

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

КОВАЛЬ КАТЕРИНА ВАЛЕРІЇВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

К. В. КОВАЛЬ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ЗАХАРІНА Оксана Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **КОВАЛЬ Катерина Валеріївна**
допущена до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2022 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я, прізвище)

«_____» грудня 2022 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **КОВАЛЬ Катерина Валеріївна** захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

КОВАЛЬ К. В. Удосконалення організаційного механізму надання медичної допомоги на місцевому рівні. – Рукопис. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2022.

Сфера участі місцевих органів охорони здоров'я на шляху децентралізації у наданні медичних послуг обговорювалася протягом десятиліть. Децентралізація, фінансування, залучення місцевих органів влади, медичне страхування у різних його видах, інформатизація, менеджмент персоналу – ось наріжні камені сучасної системи галузі охорони здоров'я.

Вивчення рівня залученості місцевих владних органів країн зарубіжжя до участі у наданні медичних послуг дозволив вивчити зв'язок між наданням керованої медичної допомоги та участі у цьому громадськості та місцевих установ і організацій і визначити шляхи упровадження їх в Україні.

Ключові слова: охорона здоров'я, децентралізація, місцева влада, керована медична допомога.

SUMMARY

KOVAL K. Improvement of the organizational mechanism of providing medical assistance at the local level. – Manuscript. Qualification work for a master's degree in specialty 281 "Public Administration". – Polissia National University, 2022.

The scope of participation of local health authorities in the path of decentralization in the provision of health services has been debated for decades. Decentralization, financing, involvement of local authorities, medical insurance in various forms, informatization, personnel management - these are the cornerstones of the modern health care system.

The study of the level of involvement of local authorities of foreign countries in participation in the provision of medical services made it possible to study the connection between the provision of managed medical care and the participation in it of the public and local institutions and organizations, and to determine the ways of their implementation in Ukraine. Keywords: management, health care, utility company.

Keywords: health care, decentralization, local government, managed medical care.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	9
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	13
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА КРАЩОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ ЗАЛУЧЕННЯ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КЕРОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ	15
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	22
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ	23
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	29
ВИСНОВКИ	31
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	34
ДОДАТКИ	38

ВСТУП

Актуальність роботи. Як людей, наше здоров'я та здоров'я тих, про кого ми дбаємо, є справою щоденної турботи. Незалежно від нашого віку, статі, соціально-економічних умов чи етнічної належності, ми вважаємо наше здоров'я основним активом. З іншого боку, погане самопочуття може завадити нам піти до школи або на роботу, від виконання сімейних функцій або від брати повну участь у діяльності нашої спільноти. До того ж, ми готові піти на багато жертв, лише б це гарантувало нас та наші сім'ї — довше й здоровіше життя. Словом, коли ми говоримо про благополуччя, здоров'я - це часто те, що ми маємо на увазі.

Право на здоров'я є фундаментальною частиною наших прав людини та нашого розуміння гідного життя. Право на користування найвищим рівнем здоров'я, щоб дати йому повну назву, не нова. На міжнародному рівні це вперше було сформульовано в Конституції 1946 року Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), преамбула якої дає означення, що таке здоров'я. У преамбулі далі також йдеться про те, що найвищий досяжний рівень здоров'я є одним із основних прав кожної людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного чи соціального стану.

Стаття 25, Загальної декларації прав людини 1948 року також згадувала про здоров'я як частину прав на достатній рівень життя. Право на здоров'я міжнародною угодою 1966 року було знову визнано у Пакті про економічні, соціальні та культурні права, як право людини на здоров'я.

Відтоді інші міждержавні угоди щодо права людини визнавали або стосуються права на здоров'я або його елементів, наприклад права на медичну допомогу. Право на здоров'я актуальне для всіх держав: кожна держава має ратифікувати принаймні одну міжнародну угоду з прав людини, яка визнає це право на здоров'я. Крім того, країни взяли на себе обов'язок захищати це через міжнародні декларації, національне законодавство та політику, і на міжнародних конференціях.

В останні роки все більше уваги приділяється праву на найбільший ступінь здоров'я, наприклад, моніторинговими органами з прав людини, ВООЗ та Комісією з прав людини (тепер її змінила Рада з прав людини), яка у 2002 році створила мандат спеціального доповідача з питань права кожного на можливо найвищий щабель фізичного та психічного здоров'я. Ці ініціативи допомогли роз'яснити природу права на здоров'я та як воно може бути досягнуто.

Децентралізація – це концепція, щодо якої в літературі немає загальної згоди. Його важко визначити через різні значення, які він набуває в різних контекстах. Тим не менш, у державному плануванні, управлінні та прийнятті рішень концепція децентралізації часто відноситься до передачі повноважень або розподілу повноважень з національного рівня на субнаціональний або місцевий рівні управління. У цьому сенсі децентралізація означає передачу повноважень, ресурсів, функцій і відповідальності за надання послуг з рівня центрального уряду на рівні місцевої громади чи муніципалітету в країні.

Інша ключова особливість децентралізації пов'язана з різними формами, які вона приймає. Передача повноважень, функцій і ресурсів від центральних до місцевих має як політичні, так і адміністративні форми. У політичній формі повноваження щодо прийняття рішень делегуються нижчим рівням влади, як правило, виборним органам чи муніципалітетам, а в адміністративній формі більші управлінські повноваження делегуються керівникам або призначеним органам. Третьою формою децентралізації є фіскальна децентралізація, яка означає посилений контроль доходів від органів місцевої влади для кращого задоволення місцевих потреб і підвищення ефективності надання послуг.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення атрибутів управління забезпеченням медичною допомогою і послугами на місцевому рівні та розшук напрямів його покращання.

Об'єктом дослідження є механізми керівництва галуззю охорони здоров'я за участі самоврядних місцевих органів, громадськості та інших організацій.

Предмет дослідження складають теоретико-методичні посилення та практичні фактори адміністрування медичним забезпеченням населення на місцевому рівні.

Завдання дослідження.

- дослідити дефініцію «керівництво медичним забезпеченням»;
- визначати його принципи та функціональні завдання;
- установити прикмети місцевого шабля забезпечення медичною допомогою;
- обстежити стан і прикмети створення місцевих ресурсів задля вказаної мети;
- умотивувати напрями вдосконалення моделі керівництва охороною здоров'я у царині місцевої громади.

Для довершення вставленої мети використано різноманітні ресурси мережі Інтернет, наукові статті та друковані періодичні видання і довідкова література.

Вивченню основоположних елементів реформи охорони здоров'я впродовж тривалого часу приділяли увагу вітчизняні учені, такі, як: Безгінова Л.І., Василенко Л.П., Власова Н.О., Гетьман О.О., Гут Л.В., Зайцева Л.І., Круглова О.А., Шаповал В.М. Деєва Н.М., Дедіков О.І., Дорохова Л.М., Журавель Т.М., Кузенко Т.Б., Кузькін Є.Ю., Лотиш О.В., Михайленко Р.М., Оксеєнко О.П., Осовська Г.В., Осовський О.А., Подольська В.О., Сабліна Н.В., Яріш О.В. та іноземні науковці: Mills A., Bossert T., Chitah M., Bowser D., Mitchell A., Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbæk K., Maharani A., Tampubolon G., Hutchinson P., Akin J., Ssenooba F., Regmi K., Cobos Muñoz D., Merino Amador P., Monzon Llamas L., Martinez Hernandez D., Santos Sancho J.M., Wickremasinghe D., Hashmi I., Schellenberg J., Avan B., Litvack J., Ahmad J., Bird R., Stephen N., Khemani S.

Методи дослідження. В ході виконання дослідження застосовано підхід системного характеру при вивченні наукових засад стосовно медичного і організаційного менеджменту сфери охорони здоров'я та пошук шляхів з

метою їхнього поліпшення. Застосовано також такі методи наукового пізнання, як аналізу та синтезу, бібліографічний, монографічний, компаративний та ін.

Перелік публікацій автора за темою дослідження: За темою дослідження опубліковано три тези в збірниках науково-практичних конференцій Поліського національного університету.

Обсяг і структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 36 сторінках. Структура дослідження складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (23 найменувань).

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДМІНІСТРАТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Децентралізації керівництва сферою охорони здоров'я, як і в багатьох інших сферах господарювання багатьох країн світу посідає одне з головних місць у період трансформації та модернізації. У сфері охорони здоров'я розрізняють «чотири» типи децентралізації: деконцентрація, коли повноваження передаються регіональним або районним управлінням; передача повноважень, коли перехід відбувається до уряду штату, провінції чи муніципалітету; делегування, коли напівавтономним агентствам надаються нові повноваження; і приватизація, коли право власності надається приватним особам. Нами розглянуто досить цікавий досвід місцевих органів влади країн Африки на південь від Сахари про подання медичної допомоги під час і після реформ децентралізації. Ми намагались висвітлити досягнення, виклики та проблеми, пов'язані з децентралізацією.

Окрім визначення та форм децентралізації, виникають питання щодо мотивації та цілей, які можуть відрізнятися від країни до країни та від регіону до регіону. Наприклад, у випадку Уганди, Чилі та Кот-д'Івуару децентралізація була проведена для покращення надання послуг [1].

В Уганді центральна частина політики децентралізації (Закон про місцеве самоврядування 1997 р.) передбачає, що більшість повноважень центрального уряду та відповідальності за планування та надання державних послуг мають бути передані місцевим органам влади. Однак у Шрі-Ланці та Південній Африці цілі децентралізації були пов'язані з відповіддю на етнічні та регіональні конфлікти підкреслюють, що політична децентралізація рідко керується такими цілями, як підвищення адміністративної ефективності, а радше відображає необхідність консенсусу для підтримки політичної стабільності [2].

Концепція децентралізації, розроблена [3], вперше була застосована до сектору охорони здоров'я [4, 5, 6, 7].

Децентралізація в секторі охорони здоров'я може бути політичною, адміністративною та фінансовою [8, 9].

Це може включати передачу деяких політичних, адміністративних або фінансових функцій місцевим органам влади, пов'язаних із наданням медичних послуг [10, 11].

Ці функції включають, наприклад, управління медичним персоналом, найм персоналу, закупівлю витратних матеріалів та обладнання, закупівлю та надання послуг. Однак, окрім децентралізації (передачі повноважень державним, провінційним або муніципальним органам влади), виділяють три інші категорії децентралізації в секторі охорони здоров'я: деконцентрація, коли повноваження передаються регіональним або районним відділенням; делегування, коли напівавтономним агентствам надаються нові повноваження; і приватизація, коли право власності надається приватним особам [8, 12].

Огляд показує, що більшість країн в основному зосередилися на цьому процесі, впровадивши численні політики, правила та стандарти з неоднозначними результатами для надання медичних послуг. Децентралізація загалом і передача ресурсів від центральних органів влади до місцевих зокрема є дуже політичним питанням, яке впливає на стратегію реформи охорони здоров'я щодо децентралізації. Наукова та політична література показують всю складність реалізації схем децентралізації, які сильно впливають на організацію та надання медичних послуг. Теорія простору рішень, застосована в порівняльному аналізі, виявила, що деякі функції, зокрема фінансування, залишаються під центральним контролем держави. Незважаючи на численні виклики, наш огляд визначає деякі передові практики передачі ресурсів, ключовими визначальними факторами є тип децентралізації та бажання уряду внести законодавчі та адміністративні зміни, необхідні для ефективності децентралізації. Пошук літератури, хоча й систематичний, призвів до обмеженої кількості відповідних публікацій із доказами зв'язку між

децентралізацією та наданням медичних послуг. Це здебільшого недостатня область досліджень, особливо використання фінансових ресурсів місцевими органами влади, фактори, які керують процесами прийняття рішень на місцевому рівні і вплив децентралізації на ефективність сектору охорони здоров'я.

Загалом, децентралізація в секторі охорони здоров'я має відбуватися разом із передачею або забезпеченням відповідними ресурсами, що дасть змогу адекватно реагувати на місцеві проблеми охорони здоров'я [8, 13].

Цей огляд присвячений 50 африканським країнам, розташованих на південь від пустелі Сахара. Причиною цього є те, що багато країн регіону провели реформи децентралізації, а загальний огляд цих реформ відсутній. Недавні систематичні обстеження в цій сфері [14, 15], охоплюють країни з низьким рівнем доходу в цілому і не зосереджуються конкретно на контексті вказаних країн. Реформи децентралізації тут були значною мірою підтримані міжнародними установами, такими як Світовий банк. Майже 30% проектів Світового банку (СБ), реалізованих в африканському регіоні, мали децентралізаційний компонент [16].

У 2020 р. Світовий банк провів аналітичне дослідження в 30 із 50 країн регіону, щоб визначити ступінь децентралізації [17]. Отримані досвід і уроки мають важливе значення для збереження початкового рівня надання медичних послуг і уникнення погіршення якості послуг під час розробки нових реформ децентралізації. Однак огляд доказів у цій галузі відсутній. Незважаючи на об'ємну літературу про реформи децентралізації, досі не було систематичного огляду надання медичних послуг під час і після реформ децентралізації.

Враховуючи обмежену кількість опублікованих статей про досвід надання медичних послуг місцевими органами влади в Африці на південь від Сахари під час та після децентралізації, ми також вивчали офіційні звіти про політику, які окреслюють децентралізацію та її вплив на сектор охорони здоров'я та поєднання із ним, саму систему охорони здоров'я (політика та управління, фінансування, людські ресурси, ліки та медичні товари, управління

охороною здоров'я та інформація). Щоб знайти такі звіти для нашого розгляду, ми провели пошук на веб-сайтах урядів країн Африки півдня Сахари, а також на веб-сайтах міжнародних організацій, а саме Мережі освітніх досліджень Західної та Центральної Африки, Організації розвитку Нідерландів, Королівського тропічного інституту, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Світовий банк. Веб-сторінки цих організацій перевірялися, щоб виявити відповідні звіти відповідно до пошукових термінів, критеріїв включення та виключення, перерахованих раніше.

Щоб проаналізувати зміст публікацій і звітів ми досліджували тип публікації або звіту, його цілі, матеріали та методи, основні висновки, висновки та рекомендації для майбутніх досліджень чи розвідок. Також було розглянуто наукове обговорення надійності та валідності досліджень, про які повідомляється в публікаціях, але ми не проводили додаткової систематичної оцінки якості планів дослідження. Ми також не виключали публікації через проблеми з дизайном дослідження, оскільки літератури на цю тему для Африки на південь від Сахари досить мало. Тим не менш, обмеження розглянутих досліджень були взяті до уваги при формулюванні наших висновків [18].

Слід визнати, що надалі ми ґрунтуємо і наводимо висновки на обмежених емпіричних даних. Зокрема, наш пошук літератури, хоча й систематичний, призвів до обмеженої кількості відповідних публікацій, які показують факти поєднання між децентралізацією та послугами охорони здоров'я. Це свідчить про те, що, незважаючи на зростаюче розширення політики та програм децентралізації, зв'язок між децентралізацією та наданням медичних послуг в Африці на південь від Сахари є переважно недослідженою сферою досліджень. У майбутніх дослідженнях необхідно вивчити використання фінансових ресурсів місцевими органами влади, фактори, які керують процесами прийняття рішень на місцевому рівні, і вплив децентралізації на ефективність сектору охорони здоров'я. Крім того, наш огляд дискусій щодо валідності та надійності досліджень, представлених у публікаціях, свідчить про обмеження деяких планів і методів дослідження, які перешкоджають дуже конкретним

узагальненням на основі цього огляду. Щоб розширити базу знань про децентралізацію в охороні здоров'я, яка особливо відсутня в Африці на південь від Сахари і надати докази, корисні для розробки політики в цьому регіоні, слід приділити увагу систематичній і суворій оцінці пов'язаних політичних заходів. Такий підхід має використовувати теоретичні концептуалізації, такі як і ті, що запропоновано [19, 20, 21], а також досвід оцінювання децентралізації в інших країнах, що розвиваються [9].

Результати децентралізації надання медичних послуг на територіях південних субсахарських країн в Африці є неоднозначними. Є кілька важливих факторів, пов'язаних із контекстом, які можуть сприяти успішній реалізації політики децентралізації. Ці фактори включають: оцінку політиками ролі всіх зацікавлених сторін; адекватну доступність та ефективне використання ресурсів, розумно розвинену інфраструктуру до зміни політики, відповідну інформованість та навчання тих, хто впроваджує політику, а також добру волю та активну участь місцевої громади. Ці фактори необхідно враховувати при впровадженні або зміні політики децентралізації, як в Африці, так і в інших країнах, які використовуватимуть переваги децентралізації у своїх реформах.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Важливим висновком вищеоглянутого є складність впровадження децентралізаційних механізмів, що дуже впливають на організацію та надання послуг охорони здоров'я, особливо на відносини та обов'язки між органами місцевого самоврядування та радами охорони здоров'я, механізми координації та моніторингу між зацікавленими сторонами та органами впровадження децентралізації. Відмінності у сприйнятті та переконаннях зацікавлених сторін щодо децентралізації, а також численні занепокоєння та виклики, пов'язані з процесом децентралізації, можуть бути наслідком неправильного розуміння мети децентралізації, рамок реалізації та ролі різних зацікавлених сторін.

Однак ми також визначаємо і деякі позитивні приклади. Повідомляється, що передові практики у сфері охорони здоров'я та передачі ресурсів представлені переважно в англomовних країнах, що може свідчити про вплив колоніальної спадщини. Ключові детермінанти пов'язані з типом децентралізації, бажанням центрального уряду внести законодавчі та адміністративні зміни, необхідні для ефективності децентралізації [22].

Вказується, що спосіб, у який здійснюється децентралізація (послідовність, вибір між різними формами децентралізації та спосіб управління політикою) може бути настільки ж важливим щодо подання сервісів, рівно як і власне прийняття рішення про впровадження децентралізації.

РОЗДІЛ 2.

ОЦІНКА КРАЩОГО СВІТОВОГО ДОСВІДУ ЗАЛУЧЕННЯ МІСЦЕВОЇ ВЛАДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КЕРОВАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Керована допомога змінює відносини між покупцями, постачальниками та споживачами медичної допомоги у всій системі охорони здоров'я. Зміни мають унікальні виміри в керованому лікуванні Medicaid, оскільки в багатьох штатах традиційна програма Medicaid є складною та часто малозрозумілою у розподілі відповідальності між різними рівнями влади.

Округи та інші органи місцевого самоврядування можуть мати фінансування, адміністрування, розробку політики, регулювання, закупівлю, постачальника та охорону здоров'я як обов'язки в рамках державних платформ Medicaid або зв'язані з ними, які мають бути радикально змінені з появою керованого медичного обслуговування Medicaid. Наприклад:

- Medicaid фінансує місцеві державні лікарні, громадські клініки та установи охорони здоров'я використовували для надання допомоги незастрахованим особам, а інші цілі можуть бути менш доступними керованому доглядові.

- Діяльність із реєстрації бенефіціарів, яка виконується місцевими агентствами, може бути взята на себе штатними посередниками з реєстрації в Medicaid за контрактом.

- Відповідальність за координацію догляду, ведення справ та надання допомоги особам із високими потребами групи населення, які раніше обслуговувалися місцевими установами, можуть бути переведені на керовану допомогу організацій (МКО).

- Раніше досягнуті домовленості між державою та місцевими установами про подання допомоги психіатричного профілю, послуги охорони здоров'я та дитячі щеплення можуть бути порушені керованим доглядом.

- Зусилля штату максимізувати федеральне фінансування Medicaid шляхом здійснення спеціальних виплат місцевим державним провайдером і стануть не зовсім імовірними в рамках керованого медичного обслуговування Medicaid.

Центр стратегій охорони здоров'я, який останні кілька років допомагає державам розробляти та впроваджувати програми керованої допомоги Medicaid для вразливих груп населення, визначили роль округів та інших органів місцевого самоврядування в рамках Medicaid і це розглядають як ключову проблему в ряді штатів після їх відвідувань. Центр замовив це політичне дослідження, щоб допомогти державним і місцевим чиновникам краще зрозуміти їх варіанти розробки програм у штатах, де місцеві органи влади можуть відігравати значну роль у Medicaid керованому догляді. Акцент у дослідженні робиться на допомозі державам, які знаходяться на більш-менш дочасних етапах.

Розробка програм керованого медичного обслуговування Medicaid, включно з тими, у яких, можливо, є великий досвід керованого догляд для AFDC/TANF та пов'язаних груп населення, але зараз розглядають можливість розширення керованого лікування і догляду за інвалідами та людьми похилого віку. Дослідження спирається насамперед на досвід держав у яких округи відіграли значну роль у керованому лікуванні Medicaid.

Дослідження також покликане врахувати широке розмаїття між урядовими й органами місцевого управління по всій країні у дуже різних домовленостях про контрольований догляд, які існують від штату до штату, а також відмінності в цілях керованого лікування Medicaid у різних штатах. Не існує єдиного правильного способу. Медична допомога, керована Medicaid не має жодного узгодженого способу розподілу обов'язків між державою та місцевими урядами. Те, що добре працює в одному штаті, може не працювати в іншому.

Є, однак, важливі питання та питання, які державні та місцеві посадовці мають вирішувати коли розробляються та впроваджуються програми

керованого догляду Medicaid. Це дослідження висвітлює ці проблеми та запитання та ілюструє їх обговоренням того, як державні та місцеві чиновники в різних частинах країни впоралися з ними.

Керована допомога міняє стосунки між купцями, постачальниками та набувачами медичної допомоги у всій сфері здоров'я. Роль місцевих органів влади в медичній допомозі, керованій програмою Medicaid, значно відрізняється по країні. Вони відіграють незначну роль або взагалі не відіграють ніякої у медичній допомозі, керованій Medicaid, у більш ніж одній третині штатів, хоча вони відіграють значну роль в іншій третині штатів. Директори Medicaid повідомили, що органи місцевого самоврядування укладають контракти з організаціями керованого догляду (МКО) у 10 штатах і беруть участь у розробці програми в 11 штатах, вони контролюють керований доступ до медичної допомоги та якість у 6 штатах, а також виконують адміністративні функції.

Як демонструє наявна розмаїтість, нема цілісного прийому подання штатами керованого медичного обслуговування Medicaid, і ні ніякого із засобів поділу відповідальності між державними та місцевими органами влади. Оскільки ці функції програми можуть впливати на важливі основні державні та місцеві проблеми, вони порушують проблеми та питання державного та місцевого значення і тому посадові особи повинні звернути увагу на це під час розробки та впровадження програм керованого догляду Medicaid.

Нормативні вимоги Федерального управління асигнування сектора охорони здоров'я (HCFA) та попередні зміни в на ринку керованого медичного сервісу Medicaid вказують на те, що центральне місце уваги займають державні програми керованого медичного обслуговування Medicaid.

Причини залучення місцевих органів влади до управління медичним обслуговуванням Medicaid.

Існує багато причин, чому місцеві органи влади можуть або повинні брати участь у програмі Medicaid керованого догляду, який включає аспекти:

- *Правовий.* Закон штату може покласти деякі функції, пов'язані з керованим обслуговуванням Medicaid, на місцевих уряди, як-от визначення відповідності Medicaid або надання послуг для таких функцій, як психічне здоров'я, громадське здоров'я або імунізація дітей.

- *Фінансовий.* Місцева влада надає певну частину фінансування програми Medicaid у більш ніж половина штатів, і вони також часто фінансують місцевих постачальників Medicaid, таких як лікарні, психічне здоров'я центри, клініки та установи охорони здоров'я.

- *Адміністративний потенціал та місцеві знання.* Органи місцевого самоврядування та установи можуть мати особливо потужні адміністративні здібності та досвід консультування бенефіціарів, моніторинг якості та доступу, а також розвиток зв'язків із місцевими постачальниками Medicaid і соціальні та допоміжні послуги.

- *Керований масштаб.* Деякі штати, такі як Каліфорнія та Нью-Йорк, настільки великі за площею, чисельністю населення або територіальною відстанню, яка може належати місцевій адміністрації керованого медичного обслуговування Medicaid і бути ефективнішим та дієвішим, ніж державне управління.

- *Збереження традиційних можливостей «мережі безпеки».* Місцеві органи влади можуть мати фінансові або інші зв'язки з мережею безпеки місцевих державних лікарень, клінік, відділів охорони здоров'я та психічного здоров'я центрів, які стали залежними від доходів Medicaid для підтримки лікування незастрахованих та іншої недофінансованої діяльності. Цим постачальникам може загрожувати поява керованої допомоги Medicaid. Налагоджені зв'язки між місцевими самоврядними органами та постачальниками мереж соціальної безпеки можуть полегшити державну підтримку для них.

- *Місьцеве управління та автономія.* Органи місцевого самоврядування можуть вважати, що розробники державних програм і «зовнішні» МКО не будуть достатньо чуйними до місцевих проблем і можуть також змінити

фінансування на інші частини штату. Збереження значного рівня місцевої автономії та контролю медичного обслуговування, що кероване програмою Medicaid, є одним із способів відповісти на ці занепокоєння.

- *Вплив на бенефіціарів.* У деяких випадках МКО та постачальники, які відповідають на місцевому рівні, можуть бути більш доступними та чуйними до бенефіціарів Medicaid та їхніх захисників, які є загалом погано організовані і тому мають труднощі з впливом на посадовців державного рівня. Місцевими урядами часто фінансуються та/або керують соціальні та немедичні служби, вони також можуть бути в кращому положенні для зв'язку бенефіціарів медичного обслуговування, керованого Medicaid, і місцевими постачальниками.

- *Політичні міркування.* Відповідальність місцевого уряду за функції керованого догляду може мати відповідну та виважену реакцію на занепокоєння місцевих виборних посадових осіб, у яких може виникнути вплив на прийняття рішень щодо керованого медичного обслуговування на рівні штату.

- *Обмеження та конкуруючі проблеми.* Хоча існує ряд причин, чому штат може захотіти залучити округи та другі органи місцевих урядів в опрацювання та експлуатацію керованого медичного обслуговування Medicaid, існують обмеження та конкуренція занепокоєння, які держава також повинна вирішити, зокрема:

- *Вимоги HCFA.* HCFA вимагає, щоб програми Medicaid адмініструвалися «одним державним агентством»; гарантії конфлікту інтересів повинні бути вбудовані в адміністрування програми керованого лікування; закупівлі керованого медичного обслуговування передбачають максимальну відкриту та вільну конкуренцію ступінь практичності; а бенефіціарам керованого догляду буде дозволено вибирати такі плани. Ці вимоги обмежують обсяг і тип відповідальності за кероване обслуговування Medicaid, які штати можуть делегувати місцевим органам влади. Вони також можуть суперечити цілям місцевого самоврядування у захисті місцевих обов'язків, постачальників і доступу до фінансування Medicaid.

- *Державна адміністративна координація та послідовність.* Політика та адміністративна координація можуть бути особливо складними, коли окремі рівні уряду мають різні програми та залучені пріоритети, коли можуть виникнути конфлікти інтересів між покупцем або адміністратором ролі провайдера, і коли рішення вимагають великої міри розсуду та судження. Якщо До МКО, постачальників і бенефіціарів ставляться по-різному залежно від того у якій місцевій юрисдикції вони знаходяться. Скарги та супутній адміністративний тягар можуть повернутися до рівня штатів, вимагаючи від законодавців штатів, офісів губернаторів та агентств Medicaid розібратися з конфліктами. Узгодженість вимог до статистичних даних є особливою проблемою, оскільки як МКО, так і адміністративні та наглядові органи не можуть ефективно працювати, якщо дані, які вони повинні збирати, подавати та використовувати є значно різноманітними і відмінними залежно від місцевої юрисдикції.

- *Адміністративна змога органів місцевого самоврядування.* Надання керованого медичного обслуговування програма Medicaid вимагає досвіду та навичок, які не завжди доступні на державному рівні, і це може бути ще важче розвивати та підтримувати на місцевому рівні. У великій мірі питання масштабу і ресурсів є одним із складних. Деякі установи місцевої влади з більше чисельним населенням утримують порівняну або більшу адміністративну спроможність. Це також питання лідерства, відданості, досвіду і знання. Бувають випадки, коли ці інгредієнти присутні в невеликих місцевих урядах, і багато, де вони відсутні в урядах великих штатів. Тим не менш, є обмеження щодо того, якою мірою ці менш матеріальні активи можуть компенсувати недостатній розмір ресурсів.

Основа для прийняття рішень на державному та місцевому рівнях.

Органи державної влади та органи місцевого управління, оцінюючи свої відповідні ролі, можуть вчитися на досвіді штатів які місцеві самоврядні органи відіграють важливу роль у програмах медичного обслуговування Medicaid. Проте ці рішення дуже залежать від контексту. Просто тому, що щось працює в

одному стані, це не означає що це буде працювати в іншому місці. Підходи, які були невдалими в одному контексті, все ж можуть бути вартими намагаючись в іншому. Документ містить перелік запитань, які державні та місцеві чиновники можуть поставити, щоб переконатися, що вони не залишили без уваги жодні важливі міркування. Як і скільки потрібно відповідати на питання слід приділити вагу різним часто конкуруючим міркуванням, які необхідно визначити окремо в кожному стані та контексті.

Проблеми, що викликають механізми керованого обслуговування Medicaid наразі розвивається принаймні двома важливими напрямками, обидва з яких можуть суттєво впливають на те, як штати та місцеві органи оцінюють належну роль місцевих органів влади в управлінні догляду в найближчі кілька років. Вони є:

- *Потенційний вплив МКО, у яких домінує Medicaid.* Комерційні МКО, здається, програють зацікавленість у Medicaid, залишаючи більшу частину бізнесу Medicaid MCO, що працює лише за Medicaid або домінує Medicaid. Ці MCO Medicaid часто складаються переважно з місцевих лікарень, клініки, медичні центри та інші постачальники «мережі безпеки». Органи місцевого самоврядування можуть сприйняти ці «доморощені» МКО є менш загрозливими, ніж зовнішні комерційні МКО. Якщо ця тенденція щодо місцевих MCO Medicaid розвивається в певному штаті, це може зменшити занепокоєння щодо конкуренції в приватному секторі та місцевої підзвітності, які спонукали деяких місцеві органи влади шукають ширших обов'язків Medicaid для надання меддопомоги.

- *Потенційні зв'язки з місцевими соціальними та допоміжними службами.* Держави прагнуть поширити керовану допомогу Medicaid на додатковий дохід (Supplemental Security Income - SSI) та інших інвалідів населення. Ці особи набагато більше залежать від місцевого фінансування та надання соціальні та допоміжні послуги, ніж загалом здорові AFDC/TANF (TANF - тимчасова допомога нужденним сім'ям США, програма допомоги для можливостей, яку часто просто називають «добробутом», її розпочато 1

липня 1997 року і змінила програму *Допомога сім'ї з дітьми-утриманцями – AFDC*), надаючи грошову допомогу незаможним американським сім'ям через Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США) та пов'язані групи населення (які були охоплені на попередніх етапах керованого лікування Medicaid). Більш широке залучення урядів до керованого медичного обслуговування може сприяти кращим зв'язкам між службами, що фінансуються Medicaid і цими місцевими службами. Однак це також може генерувати ще більший конфлікт щодо того, який рівень уряду має керувати.

В обох цих сферах потрібні дальші вивчення і розвідка визначеного державної та місцевої практики [23].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Штати значною мірою покладаються на місцеві органи влади в програмах медичного обслуговування Medicaid. Органи місцевого самоврядування виконували п'ять або більше з 11 функцій, перелічених в анкеті в 14 штатах (Арізона, Каліфорнія, Колорадо, Джорджія, Іллінойс, Індіана, Луїзіана, Меріленд, Міннесота, Нью-Йорк, Орегон, Пенсильванія, Техас і Вісконсін), хоча вони, як повідомляється, не відігравали жодної ролі в керованому Medicaid у 10 штатах (Арканзас, Монтана, Небраска, Нью-Гемпшир, Нью-Мексико, Род-Айленд, Південний, Дакота, Вермонт, Вашингтон і Вайомінг) і тільки одна функція у 8 других (Делавер, Гаваї, Айдахо, Айова, Міссісіпі, Теннессі, Вірджинія та Західна Вірджинія).

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ

Хороші практики децентралізації в охороні здоров'я. На основі розглянутих публікацій ми окреслюємо кілька аспектів належної практики децентралізації охорони здоров'я, про які повідомляють країни Африки на південь від Сахари. Не взяття до уваги проблеми, про які сповіщалося вище, деякі відносно хороші практики є в Гані і Танзанії. У Танзанії ефективність децентралізації в галузі охорони здоров'я аналізується з точки зору фінансових переваг, пов'язаних з управлінням. Висновки показують, що децентралізація збільшила автономію у мобілізації фінансових ресурсів з місцевих джерел та можливість вирішувати, як їх використовувати для надання медичних послуг у районі. Крім того, децентралізація надає можливість низовій громаді брати участь у процесі планування та визначати свої місцеві пріоритетні потреби. Інші переваги включають підвищення підзвітності медичних працівників і скорочення бюрократичних процедур у прийнятті рішень.

У Гані результати показують, що децентралізація сектору охорони здоров'я покращила моніторинг та оцінку, бюджетні асигнування на сектор охорони здоров'я, передачу людських і нелюдських ресурсів із центру до районів. Іншим ключовим висновком є те, що людські ресурси надають задовільні послуги; проблема, однак, полягає в тому, що їх важко утримати через розчарування, характерні для сільської місцевості.

Хоча ці публікації не зосереджували свій аналіз на успіху чи відповідних факторах, стверджується, що задовільні результати, досягнуті в Гані та Танзанії, пов'язані з типом децентралізації, який значною мірою впливає на передачу ресурсів і навичок місцевим органам влади. Структура децентралізації в цих двох країнах надає місцевим органам влади велику автономію та простір для прийняття рішень. У Танзанії децентралізація є одним із найважливіших

компонентів як місцевого самоврядування, так і реформ сектору охорони здоров'я, спрямованих на передачу ключових функцій, обов'язків, повноважень і ресурсів від центрального уряду до місцевих органів влади, а також зміцнення спроможності місцевих органів влади. Країна прийняла стратегію децентралізації шляхом передачі повноважень (D by D), згідно з якою місцеві органи влади мають бути значною мірою автономними інституціями, вільними приймати політичні та операційні рішення відповідно до законів країни, політики та інституцій, які мають повноваження володіти як людськими та фінансові ресурси.

У Гані структура місцевого самоврядування 1974 року, описана як «модель єдиної ієрархії», мала на меті скасувати різницю між місцевим і центральним урядом на місцевому рівні та створити одну спільну монолітну структуру (районні ради), яка отримала повноваження повноти уряду на місцевому рівні. Усвідомлюючи важливість децентралізації в управлінні, у 1988 році уряд Гани запровадив програму децентралізації, засновану на цінностях управління, таких як розширення повноважень, справедливість, підзвітність, стабільність і перевірка сільських і міських. Ця реформа мала на меті надати децентралізації ефективного значення шляхом створення системи управління, що складається з чотирирівневої столичної та трирівневої муніципальної/районної структури.

Ці відносно хороші практики передачі ресурсів охорони здоров'я місцевим органам влади можуть бути корисними для інших країн. Крім рамок, законів та інших нормативних актів, що регулюють децентралізацію, країни повинні усунути бар'єри для ефективної реалізації політики децентралізації, які є тенденцією до утримання повноважень на національному рівні, недостатнього фінансування та низької спроможності людських ресурсів і логістики на регіональному та районному рівнях.

Як зазначено на початку, децентралізація має на меті покращити надання державних послуг, у тому числі медичних. Це передбачає ефективну передачу функцій, влади та повноважень від центральної держави до місцевих органів

влади. Наш огляд даних щодо цієї теми для країн Африки на південь від Сахари показує, що, незважаючи на прогрес у країнах, децентралізація часто не досягає своєї мети. Різні звіти та статті показують, що більшість країн зосереджені на цьому процесі, запровадивши численні політики, правила та стандарти з пом'якшенням результатів у наданні медичних послуг. Це призвело до часткової або неповної передачі ресурсів і навичок переважно через інтенсивне втручання держави та політичне втручання.

З вивченого матеріалу можна зробити висновок, що децентралізація загалом і передача ресурсів від центральної влади до місцевого зокрема є дуже політичним питанням, яке впливає на стратегії реформи охорони здоров'я в напрямку децентралізації. У децентралізації відбуваються постійні зміни політика з безперервними змінами урядів і адміністрацій, що змінюють один одного, що призводить до нескінченного процесу, що потребує ресурсів.

У зв'язку між контекстом і ступенем децентралізації та її результатами визнається, що існує обмежена кількість доказів щодо впливу децентралізації на ефективність системи охорони здоров'я, зокрема на досягнення справедливості, ефективності, якості та фінансової надійності. Тому ми зосередилися на зв'язку між ступенем децентралізації та контролем функцій, переданих органам місцевого самоврядування. Результати нашого огляду свідчать про те, що вищий ступінь децентралізації не завжди пов'язаний із ширшими діапазонами контролю, як показано на прикладі Уганди та Замбії. Деконцентрована система охорони здоров'я, як у Замбії, де повноваження передаються регіональним або районним відділенням, пропонує такий самий діапазон вибору функцій, як і система охорони здоров'я в Уганді, де передача повноважень здійснюється автономним виборним районним радам. Це підкреслює деякі проблеми підходу простору прийняття рішень, такі як вплив більшого простору прийняття на опрацювання інноваційних рішень і підвищення продуктивності.

Висновки щодо реформ децентралізації та їх впливу на надання послуг охорони здоров'я були узагальнені на основі теорії простору прийняття рішень,

і застосовано на практиці. Ця теорія визначається як набір ефективних варіантів, які центральна влада (принципал) дозволяє використовувати місцевій владі (агент). Простір визначає конкретні «правила гри» децентралізованих агентів. Зокрема, ми розглядаємо різні функції та види діяльності, щодо яких місцева влада матиме більший вибір: фінансування, організація обслуговування, людські ресурси та управління.

Держави і місцеві органи влади, які розглядають свою відповідну роль у керованому лікуванні Medicaid, повинні зосередитися на своїх ресурсах і цілях, а також на контексті, в якому вони працюватимуть. Поки місткість і досвід важливий у всіх випадках, інші обмеження та конкуруючі проблеми залежатимуть від конкретні ролі, які передбачені для органів місцевого самоврядування, і мета, якої намагається досягти держава та місцевість. Наприклад:

- Покупець. Функціонування як покупець керованого медичного обслуговування Medicaid на місцевому чи державному рівні вимагає значних адміністративних ресурсів, навичок і досвіду. Конфлікт інтересів може виникати, якщо місцева влада також є постачальником послуг або спонсором.
- Адміністратор. Виконання адміністративних функцій, таких як визначення придатності, консультування бенефіціарів, координація догляду та моніторинг доступу та якості можуть ґрунтуватися на цьому місцеві сильні сторони та досвід. Конфлікт інтересів може виникнути, якщо місцева влада є а консультант бенефіціарів або монітор програми, а також постачальник послуг Medicaid, але увага координація може бути більш ефективною, якщо місцевий уряд керує чи фінансує різноманітні Medicaid та супутні послуги.
- Постачальник послуг. Надання послуг Medicaid або фінансування постачальників послуг може бути чим спонукає місцеву владу зацікавитися наданням послуг Medicaid покупцем керованого медичного обслуговування або функції адміністратора, але виконання деяких із цих подвійних ролей може викликати значні проблеми конфлікту інтересів.

Органи місцевого самоврядування, які хочуть взяти на себе обов'язки щодо керованого догляду за програмою Medicaid, тому що вони думають це захистить їх (та місцевих постачальників послуг) від конкуренції з боку приватного сектору що правила купівлі HCFA та конфлікту інтересів можуть перешкодити їм досягти цієї мети. Їм також слід розглянути питання про те, чи є загроза конкуренції великого приватного сектора таким яким він є тепер, як здавалося що він не буде таким рік чи два тому. Держави, які хочуть змінити фінансову та адміністративну систему керованого медичного обслуговування Medicaid відповідальність перед місцевими органами влади, оскільки вони вважають, що це може зменшити тягар на державному рівні усвідомлювати, що розділена відповідальність створює власні проблеми, і що правила HCFA вимагають, щоб держава залишається остаточно відповідальною.

Ті штати та місцевості, які хочуть розділити відповідальність за кероване обслуговування Medicaid, тому що роблять щоб спиратися на місцеві сильні сторони, зробити Medicaid більш чуйним до місцевих умов і зробити краща робота програми для отримувачів, скорішеш за все, виявить, що є засоби досягнення цих цілей яка відповідатиме федеральним нормам і призведе до програми керованого медичного обслуговування Medicaid, яка відповідає потребам своєї держави та її громадян.

Роль органів місцевого самоврядування в Medicaid у керованому догляді.

Після проведеного опитування соціологічною службою Mathematica усі директора програм Medicaid у 50 штатах США відповіли, що місцева влада функціонувала як постачальник або спонсор послуг Medicaid частіше, ніж вони виконували функції покупців або адміністраторів. Директори Medicaid повідомили, що органи місцевого самоврядування надавали або фінансували послуги Medicaid у 37 із 50 штатів. Найбільше було відділів охорони здоров'я звичайних місцевих постачальників послуг (25 штатів), за якими йдуть центри психічного здоров'я (22 штати), лікарні (21 штат) і клініки (18 штатів). Органи місцевого самоврядування функціонували як МКО в 11 штатах. Вони виконували або фінансували адміністративні функції Medicaid, такі як

визначення відповідності в 14 штатах, а також реєстрація бенефіціарів у 10 штатах. Органи місцевого самоврядування контролювали доступ до керованого медичного обслуговування та якість в 6 штатах. Вони брали участь у розробці програм керованого лікування Medicaid в 11 штатах, укладено контракти з МКО в 10 штатах.

Причини залучення місцевого самоврядування в управлінні Medicaid

Існує багато причин, чому органи місцевого самоврядування можуть або повинні брати участь у програмі Medicaid керованого догляду.

Закон штату може покласти на місцеві органи влади чи установи деякі функції, пов'язані з Medicaid керованим доглядом. Особливо часто зустрічаються обов'язки по догляду. У багатьох державах, послуги з охорони психічного здоров'я надаються або значною мірою фінансуються місцевими органами влади чи установами, такими як суспільні центри психічного здоров'я. Місцеві відділи охорони здоров'я часто мають такі обов'язки тісно пов'язані з Medicaid: послуги первинної медичної допомоги, такі як вакцинація дітей та інші моніторинг стану здоров'я, а також визначення відповідності та реєстрація бенефіціарів Medicaid.

Цей офіційний розподіл відповідальності між місцевими органами загалом відображає політичну та політичну спрямованість судження. Ці рішення могли бути прийняті в інший час і в іншому контексті, і поява керованого медичного обслуговування за програмою Medicaid може призвести до перегляду їх функцій. Якщо місцеві організації хочуть зберегти ці обов'язки, однак розробники керованого медичного обслуговування Medicaid зазвичай це зроблять з визнанням та врахуванням цих переваг.

В Орегоні, наприклад, округи відповідали за законом штату за управління місцевим населенням системи психічного здоров'я, і всі гроші для державних служб охорони психічного здоров'я, включаючи Medicaid, передано через кожен округ. Коли служби психічного здоров'я були додані до медичного обслуговування штату Орегон Medicaid у програмі законодавча влада прагнула збалансувати захист цієї давньої ролі округу з бажання краще інтегрувати

послуги фізичного та поведінкового здоров'я за допомогою керованого догляду. Законодавчій владі потрібна початкова демонстраційна програма, в округах, які обслуговують близько 25% Medicaid.

Особи, які мають право на керовану допомогу, отримали право першочергової відмови від обслуговування психіатричної допомоги підрядника. Коли ця дворічна демонстрація показала позитивні результати, держава розширила охорону психічного здоров'я в усьому штаті, вимагаючи від усіх претендентів на підрядників брати участь у плануванні процесу та надання переваги тим, які пропонують гарантії, що більше половини бенефіціарів будуть отримувати послуги від традиційних місцевих постачальників.

Якщо місцеві органи влади надають певну частину фінансування державній програмі Medicaid, то вони можуть бути більше зацікавлені в розробці та впровадженні керованої допомоги Medicaid. Обмежені доступні дані свідчать про наявність певних зв'язків між місцевим фінансуванням у програмі Medicaid і місцевими органами влади в забезпеченні медичного обслуговування.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Органи місцевого самоврядування та установи можуть мати особливо потужні адміністративні можливості та досвід у вибраних функціональних сферах, пов'язаних із керованим лікуванням Medicaid, особливо тих, які залежать від екстенсивного знайомство з місцевими умовами та регулярна взаємодія з місцевими бенефіціарами та постачальниками.

Консультації бенефіціарів та зарахування. Місцеві організації часто відіграють певну роль у бенефіціарі Medicaid консультації та запис. Директори Medicaid повідомили в опитуванні Mathematica, що місцеві уряди зіграли певну роль у визначенні відповідності вимогам у 14 штатах та реєстрації бенефіціарів у 10 штатах.

Наприклад, штат Юта значною мірою покладається на персонал департаменту охорони здоров'я округу для надання керованої допомоги консультування. Небраска розірвала контракт із посередником реєстрації та переклала відповідальність на охорону здоров'я округу департаменти та окружні медичні товариства для розширення існуючої програми охоплення. Меріленд також залучив місцеві департаменти охорони здоров'я до допомоги в охопленні.

Моніторинг. Директори Medicaid у шести штатах (Меріленд, Міннесота, Нью-Йорк, Орегон, Пенсільванія та Юта) повідомили в опитуванні Mathematica, що місцеві агентства, як правило, місцева громадськість департаменти охорони здоров'я – були залучені до моніторингу якості керованого медичного обслуговування та доступу до нього. Це функція моніторингу може бути доцільним розширенням традиційної діяльності з моніторингу громадського здоров'я також виконується місцевими департаментами охорони здоров'я в інших штатах.

ВИСНОВКИ

Впровадження Кодексу місцевого самоврядування 1991 року призвело до передачі медичних послуг одиниці місцевого самоврядування (ОМС), які, серед іншого, включали забезпечення, управління та обслуговування медичні послуги на різних рівнях ОМС. Там, де раніше було централізованою державною системою охорони здоров'я, стало багато незалежних локальних моделей здоровоохорони. Після більш ніж сімнадцяти років передачі повноважень покращення в стані здоров'я населення демонструє помітні варіації в різних місцевостях. Були пов'язані зміни в стані здоров'я з відмінностями в роботі виробників медичних послуг і місцевого медперсоналу.

Навіть при передачі повноважень, Міністерство охорони здоров'я все ще є інституційним розпорядником державної системи охорони здоров'я. Як Головне національне агентство охорони здоров'я, воно має повноваження забезпечувати узгодженість і спрямовувати діяльність у покращенні операційної діяльності ефективність систем охорони здоров'я для покращення стану здоров'я на місцевому рівні. Міністерство охорони здоров'я надихає і мотивує провінції та муніципалітети та міста, що входять до їх складу, щоб разом спланувати та розробити п'ятирічний (5) загальнопровінційний інвестиційний план охорони здоров'я (PIPH). Цей середньостроковий план охорони здоров'я став ключовим інструментом

Міністерство охорони здоров'я використовувало для налагодження партнерства з місцевими органами влади для покращення результатів охорони здоров'я та більшої справедливості

фінансування охорони здоров'я та більшого задоволення населення. Як підхід до медичних реформ, PIPH представляє інтереси всіх зацікавлених сторін, оскільки всі посадовці самоврядних органів місцевої та зацікавлені сторони в галузі охорони здоров'я планують це зробити разом задля того щоб покращити систему охорони здоров'я області.

Станом на 2019 рік 80 провінцій і 8 міст виконали свої п'ятирічні (5) плани інвестування в охорону здоров'я (PIPH/SIPH), включаючи їхні річні оперативні плани (AOP) (Департамент охорони здоров'я, 1990-2020). Перед схваленням Міністерства охорони здоров'я плани проходять перевірку Спільним комітетом з оцінки (JAC). Підписання Меморандуму про угоду (MOA) між Міністерством охорони здоров'я та ОМС про підтримку місцевої реформи охорони здоров'я впровадження запускає серію взаємопов'язаних подій для сприяння щорічному введенню в дію PIPH/SIPH:

- 1) вивільнення стартових коштів для швидкого впровадження плану;
- 2) перегляд і затвердження АОП;
- 3) підробка щорічної Угоди про рівень обслуговування (SLA) між DOH і LGU, яка докладно описує DOH і здоров'я зобов'язання партнера, що містяться в AOP;
- 4) вивільнення щорічних фіксованих асигнувань DOH та інш підтримка; а
- 5) вивільнення стимулу на основі результативності за досягнення певних завдань за попередній рік показники з системи показників ОМС.

Система показників LGU – це інструмент, інституціоналізований DOH для відстеження та оцінки загального результату впровадження медичних реформ у загальнообласній системі охорони здоров'я (PWHS). Вона вимірює проміжне значення результати доступу, якості та ефективності, включаючи основні результати реформ на основі Програм, Проектів та діяльності (PPA) DOH. Таким чином, система показників LGU забезпечує зведену оцінку ефективності зусиль різних зацікавлених сторін у PWHS.

З часом реформована PWHS поступово досягне національних цілей для проміжного результату індикатори та показують усі відмінні оцінки (зелені) у системі показників LGU. Зрештою, це буде виставка відмінності в продуктивності між усіма муніципалітетами/містами, що входять до складу, та міжмісцевими зонами охорони здоров'я (ILHZ).

Метою на 2016 рік є зменшення розбіжностей у показниках, особливо для бідних, серед місцевих установ охорони здоров'я систем (LHS). Розвиток

охорони здоров'я на територіальному рівні підтримуватиметься створенням систем політики, заснованої на дійсних показників, механізми прийняття рішень та підзвітності для зміцнення місцевих органів охорони здоров'я, розширення партнерства та підтримувати мережі та покращувати медичну допомогу, орієнтовану на клієнта, та участь громади, запроваджуючи первинну медико-санітарну систему та принципи догляду (ПМСД) у контексті універсальної медичної допомоги.

Вивчений нами позитивний досвід зарубіжних країн у залученні органів місцевого самоврядування і упровадження результатів децентралізації у поєднанні з механізмами та інструментами реформування системи охорони здоров'я поряд з трансформацією процесів попиту, замовлення, створення та поставки медичної допомоги і послуг дозволив нам запропонувати нові прийнятні для України шляхи розвитку планів уряду на збереження, відновлення та укріплення невід'ємного права її народу на найбільш досяжні показники здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Shah A, Thompson T, Zou H-f. 2004. Decentralising the public sector. The impact of decentralisation on service delivery, corruption, fiscal management and growth in developing and emerging market economies: A synthesis of empirical evidence. CESifo DICE Report. Ifo Institute for Economic Research at the University of Munich 2: 10–4. Google ScholarWorldCat (дата звернення: 24.12.2022).
2. Treisman D. 2000. Decentralization and inflation: Commitment, collective action, or continuity? *American Political Science Review* 94: 837–57. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 14.12.2022).
3. Rondinelli DA, Nellis JR, Cheema GS. 1983. Decentralization in developing countries: a review of recent experience. Staff working paper no. SWP 581. Washington, DC: The World Bank. Google ScholarGoogle reviewWorldCatCOPAC (дата звернення: 13.12.2022).
4. Mills A. 1994. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public Administration and Development* 14: 281–92. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 21.12.2022).
5. Ministère de l'Aménagement du Territoire et de la Décentralisation - Ouagadougou. 2014. Evaluation Globale des Compétences et des Ressources Transférées de l'Etat aux Communes [in French]. Ouagadougou: MATD. Google ScholarGoogle PreviewWorldCatCOPAC (дата звернення: 19.12.2022).
6. Bossert TJ, Chitah MB, Bowser D. 2003. Decentralization in Zambia: resource allocation and district performance. *Health Policy and Planning* 18: 357–69. Google ScholarCrossrefPubMedWorldCat (дата звернення: 04.12.2022).
7. Bossert TJ, Mitchell AD. 2011. Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science and Medicine* 72: 39–48. Google ScholarCrossrefPubMedWorldCat (дата звернення: 07.12.2022).

8. Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K. 2007. Introduction: the question of decentralization. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbæk K (eds). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. Berkshire: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. [Google Scholar](#)[Google Preview](#)[WorldCat](#)[COPAC](#) (дата звернення: 17.12.2022).
9. Maharani A, Tampubolon G. 2014. Has decentralisation affected child immunisation status in Indonesia? *Global Health Action* 7: 24913. [Google Scholar](#)[Crossref](#)[WorldCat](#) (дата звернення: 18.12.2022).
10. Hutchinson P, Akin J, Ssenooba F. 2006. The impacts of decentralization on health care seeking behaviors in Uganda. *International Journal Health Planning and Management* 21: 239–70. [Google Scholar](#)[Crossref](#)[PubMed](#)[WorldCat](#) (дата звернення: 22.12.2022).
11. Hutchinson P. 2002. Decentralisation in Tanzania: The view of district health management teams. Working paper WP-02-48. Chapel Hill: Measure Evaluation Project. [WorldCat](#)
12. Bossert TJ, Beauvais JC. 2002. Decentralization of health system in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning* 17: 14–31. [Google Scholar](#)[Crossref](#)[PubMed](#)[WorldCat](#) (дата звернення: 15.12.2022).
13. Regmi K. 2014. Chapter 1: Health service decentralization: an overview. In: Regmi K (ed). *Decentralizing Health Services: A Global Perspective*. New York: Springer Science + Business Media. [Google Scholar](#)[Crossref](#)[Google review](#)[WorldCat](#)[COPAC](#) (дата звернення: 17.12.2022).
14. Cobos Muñoz D, Merino Amador P, Monzon Llamas L, Martinez Hernandez D, Santos Sancho JM. 2016. Decentralization of health systems in low and middle income countries: a systematic review. *International Journal of Public Health* 62(2): 219–229. [Google Scholar](#)[Crossref](#)[PubMed](#)[WorldCat](#) (дата звернення: 23.12.2022).

15. Wickremasinghe D, Hashmi IE, Schellenberg J, Avan BI. 2016. District decision-making for health in low-income settings: a systematic literature review. *Health Policy and Planning* 31 (Suppl 2): ii12–24. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 09.12.2022).

16. Litvack J, Ahmad J, Bird R. 1998. *Rethinking Decentralization in Developing Countries*. Washington, DC: The World Bank. Google ScholarCrossrefGoogle PreviewWorldCatCOPAC (дата звернення: 02.12.2022).

17. Stephen NN. 2002. *Decentralization in Africa: A Stocktaking Survey*. Washington, DC: The World Bank. Google ScholarGoogle PreviewWorldCatCOPAC (дата звернення: 24.12.2022).

18. Municipal health services provision by local governments: a systematic review of experiences in decentralized sub-saharan african countries. URL: <https://academic.oup.com/heapol/article/32/9/1327/3978740> (дата звернення: 04.12.2022).

19. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. 1990. *Health system decentralization: concepts, issues and country experience*. Geneva: World Health Organization. Google ScholarGoogle PreviewWorldCatCOPAC (дата звернення: 19.12.2022).

20. Mills A. 1994. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public Administration and Development* 14: 281–92. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 12.12.2022).

21. Bossert TJ. 1998. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine* 47: 1513–27. Google ScholarCrossrefPubMedWorldCat (дата звернення: 04.12.2022).

22. Khemani S. 2006. Local government accountability for health service delivery in Nigeria. *Journal of African Economies* 15: 285–312. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 04.12.2022).

23. The role of local governments in medicaid managed care: issues and options. URL: https://mathematica.org/-/media/publications/pdfs/health/local_governments_mmc.pdf (дата звернення: 24.12.2022).