

ЕВОЛЮЦІЯ ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 79–85

Описано основні етапи розвитку української медицини та їх взаємозв'язок із процесами еволюції держави й державного будівництва.

Розвиток медицини як науки і як галузі народного господарства, зміни засад і 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. У працях з історії медицини, які виходили у світ упродовж багатьох років і серед яких є багато першокласних досліджень, питанням розвитку організації управління та діяльності охорони здоров'я як галузі господарства приділялося дуже мало уваги, хоча висвітлення в них розвитку історії медичної науки та професійних аспектів і досягнень у діяльності лікарів подавалося на тлі конкретних історичних періодів [6].

Точки зору щодо взаємозв'язку розвитку науки і практики управління охороною здоров'я із конкретним етапом еволюції держави й її будівництва додержуються вітчизняні вчені та фахівці з організації та управління охороною здоров'я В. Г. Бідний, Ю. В. Вороненко, О. М. Голяченко, Є. М. Захарченко, Б. П. Криштопа, В. Ф. Москаленко, Л. А. Пиріг, Я. Ф. Радиш та ін. [1; 3; 5; 8].

Я. Ф. Радиш 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 [9].

Як відзначає В. З. Кучеренко, формування 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 до наших предків надходили знання про професійні навички, а також і практичний досвід щодо організаційних та економічних засад надання медичної допомоги і послуг. Уявляється, 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 стали регіональні особливості, пов'язані із посиленням тенденцій децентралізації влади та посиленням феодальної роздробленості. На той час продовжували існувати платна приватна медична практика і переважно безплатна монастирська медицина [12].

Монгольська навала XIII ст. справила великий негативний вплив на розвиток держави в цілому, спричинила колосальні людські та матеріальні втрати і зумовила значне відставання вітчизняної

охорони здоров'я від загальноєвропейських надбань.

Зазначимо, що саме за часів Галицько-Волинської держави (XIII–XIV ст.) спостерігається розвиток місцевого самоврядування, впровадження у містах Магдебурзького права, введення пільг для цехів і ремісників. Лікарі та аптекарі, які займалися платною приватною практикою, виготовленням і реалізацією ліків, входили до відповідних цехових об'єднань, що мали певну вагу при взаємодії із владними органами. Цей період становлення вітчизняної охорони здоров'я на професійно-корпоративних засадах відзначається обміном та використанням досвіду впровадження сучасних медичних технологій діагностування та лікування хворих, який надходив з Європи та Азії [9].

У XIV ст. з Азії на Європу одна за одною напочувалися спустошувальні хвилі епідемій інфекційних захворювань. Необхідність у зв'язку з цим забезпечення та вжиття владою відповідних заходів щодо профілактики та запобігання епідемічних хвороб стала одним з чинників залучення до процесів державного управління окремих лікарів, зростання їхнього суспільного впливу, вироблення владою з урахуванням рекомендацій лікарів конкретних управлінських рішень. Як приклади можна навести будівництво в деяких містах дерев'яних і кам'яних мостових, водопроводів та систем водовідведення, розвиток пралень, створення митно-санітарної та карантинної служб [12].

Я. Ф. Радиш 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), відомого діяча православної церкви і просвіти тих часів, засновника Києво-Могилянської академії митрополита Петра Могили (1596–1647), Єпіфанія Славенецького (?–1675) [9].

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 XVIII ст., був Аптекарський приказ. Він контролював діяльність усіх осіб, які працювали у медичній сфері, сприяв створенню мережі аптек і перших державних безплатних лікарень, забезпечував ліками представників влади, займався платним медикаментозним забезпеченням населення. Фінансування органу управлін-

ня охороною здоров'я та підпорядкованих йому державних медичних закладів здійснювалося за рахунок безпосередніх натуральних надходжень матеріальних цінностей та коштів від інших приказів (органів виконавчої влади) [12].

Більш суттєві кроки у становленні управління медичною справою в Україні припадають уже 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.), згодом перетворена у Медичну колегію (1721 р.). Об'єкти управління — лікарі, аптеки, лікарні, госпіталі та госпітальні школи (навчальні заклади), що утримувалися за державні кошти, безпосередньо підпорядковувалися Медичній колегії. Починала розвиватися мережа державних медичних закладів, зміцнювались переважно державні організаційні та економічні механізми діяльності охорони здоров'я. Фінансування витрат на утримання органу управління та закладів здійснювалося з державної казни. До середини XVIII ст. управління медичною справою в Росії являло собою централізоване керівництво державними медичними закладами, чисельність яких ще не була значною. Звертає увагу видання у травні 1737 р. Указу Медичної колегії щодо надання державними лікарями безплатної 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 [5; 11].

Нову форму управління — адміністративно-територіальну — започаткував розподіл Російської держави на губернії (1755 р.). Лише у містах, у тому числі в Україні, були засновані перші місцеві державні органи управління медичною справою — Прикази громадської опіки. Цим органам підпорядковувались аптеки, міські безплатні лікарні для цивільних, а також богадільні, 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 десять років загальне управління приказною медициною перейшло до повноважень обер-поліцмейстерів, що позбавило медичних працівників будь-яких адміністративних прав. З того часу нагляд поліції за медичною справою тією чи іншою мірою зберігався аж 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 [5; 11].

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

Як зазначає Б. П. Криштопа, таке реформування поклало початок новому в Росії та 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 і 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 у Росії державної реформи центральних органів управління: скасуванням колегій і введенням у 1802 р. нової, на європейський 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 порівняно з колишньою самостійною колегією [7].

Як зазначає Я. Ф. Радиш, 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 [9].

Одним із наслідків земської реформи другої половини XIX ст. в Росії та Україні стало передавання 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 у той час формування нових органів управління охороною здоров'я, які б відповідали її новим завданням. Їх функціональне визначення і структура будувались відповідно до “Положення про губернські і повітові земські заклади” (1864 р.), у результаті чого медичні заклади опинилися у подвійному підпорядкуванні: за напрямком 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 справили вплив губернські санітарно-статистичні бюро та губернські і повітові з'їзди лікарів. Завершеною 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 — вони не мали представництва на державному рівні. Оскільки влада не делегувала земствам свободи і самостійності, їх управлінські рішення потребували додаткового затвердження губернатором або міністром внутрішніх справ і могли бути легко скасованими [5; 7; 11].

Проте в умовах земства вперше з'явилися усі необхідні із 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 формуванню системи міського самоуправління. Згідно з "Городским положением" (1870 р.), були створені міські Думи — виборні органи громадського управління та міські управи — виконавчі органи, що отримували на зразок земств порівняно широку самостійність у вирішенні місцевих питань, у тому числі питань охорони здоров'я населення. З такою системою управління охороною здоров'я Східна Україна прийшла до жовтневого перевороту в Росії 1917 року.

Медична справа в Західній Україні століттями підпорядковувалась законам Речі Посполитої та Австро-Угорської імперії. 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. Таким органом стала створена у 1871 р. в Чернівцях Буковинська крайова санітарна рада, яка існувала до 1919 р. [5; 7; 11].

Таким чином, наведені дані свідчать про значні розбіжності в державному управлінні охороною здоров'я у Східній та Західній Україні як за часом його встановлення, так і за організаційними формами органів управління, що здебільше зумовлено особливостями устрою панівних на цих територіях держав.

Вважаємо за доцільне також звернутися 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 перетворилася 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, оскільки 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 була здебільше збережена. Впродовж 1919 р. міністр охорони здоров'я та соціальної опіки водночас обіймав посаду заступника Голови Ради Народних Міністрів, що сприяло вирішенню питань взаємодії та координації діяльності з іншими міністерствами та органами управління у 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. Західно-Української Народної Республіки серед членів її уряду — Державного Секретаріату — був і державний секретар здоров'я [1; 3; 5; 8; 9].

Як видно з аналізу розглядуваної теми, 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 епідемій вони обмежувались переважно черговими змінами назв централізованого 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 [1; 3; 5; 7; 8].

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 переламним моментом у цільовому формуванні системи управління сільською охороною здоров'я на цьому рівні, введенням при райвиконкомках 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 та районні інспектури охорони здоров'я, яким передавались низові адміністративно-господарські функції. Район на чолі із райздоровінспектором уперше ставав самостійною ланкою управління сільською охороною здоров'я, що було достатньо прогресивним підходом і реалізовувало принципи децентралізації та регіоналізації в управлінні цією сферою.

Друга половина 20-х років (особливо наприкінці) ознаменувались новими підходами уряду колишнього СРСР до ведення народного господарства та управління ним — переходом на п'ятирічні плани розвитку, виконання яких досягалось виключно вольовим, директивним методом управління. Цим було закладено засади адміністративно-командної системи управління, які повністю ліквідували паростки управління державою з наукових позицій, що мали місце у середині 20-х років [1; 3; 5; 8].

Уже наступні адміністративно-територіальні реформи в Україні призвели до скасування у 1930 р. округів та її розподілу на області з реорганізацією окружних відділів охорони здоров'я в обласні. Райздоровінспектури 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, а й ставали своєрідними центрами стратегічного і оперативного управління всіма лікувально-профілактичними закладами району [4].

Зазначений перерозподіл функцій на рівні районів області від органу місцевої виконавчої влади, яким був на той час райздороввідділ, до медичного закладу (центральної районної лікарні) вважався тоді прогресивним і перспективним. Як відзначають В. Г. Бідний, Ю. В. Вороненко, Б. П. Криштопа, В. Ф. Москаленко, 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 дісталася незалежній Україні й стала однією з причин кризи в охороні здоров'я, яку потрібно сьогодні не тільки реформувати, а й створити замість неї якісно нову відповідно до вимог ринку і досягнень світового менеджменту [1; 3; 5; 8].

У той час 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 призводило до виникнення складностей в управлінні, хоча в умовах адміністративно-командної системи і відсутності реального місцевого самоврядування міський виконавчий комітет був підпорядкований обласному рівню влади.

Щодо рівня району у місті є доцільним 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 ефективне управління розгалуженою та 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, щоправда, зазначити, що серед вітчизняних організаторів охорони здоров'я і зараз є досить багато прихильників збереження центральних районних лікарень в районах області як органів управління.

З урахуванням проведеного дослідження автор з цього приводу додержується іншої точки зору. 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 галуззю 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 змінилась і не відповідає сьогодні суб'єкт-об'єктним відносинам в управлінському процесі та має диспропорції в розвитку суб'єкта та об'єкта управління.

Є доцільним звернути також увагу на досить інтересну спробу реорганізувати свого часу 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 в Україні, наприкінці 80-х — на початку 90-х років у зв'язку із проведенням експериментів з 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 і 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 [1–3; 5; 8; 10].

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 медичних об'єднань, які самі теж були великими лікарнями або об'єднаннями поліклінік та лікарень, 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, а й справляла негативний вплив на функціонування та розвиток закладів охорони здоров'я, що входили до складу районної мережі та були підпорядковані територіальному медичному об'єднанню як органу управління.

Таким чином, дослідження історичної еволюції організації системи управління охороною здоров'я в Україні свідчить про велику складність як керованої, так і керуючої підсистем, про істотні особливості суб'єкт-об'єктних відносин у цій сфері, підтверджує прагнення владних інституцій упродовж тривалого історичного періоду як до розвитку та посилення централізації в управлінні охороною здоров'я, так і до розуміння влади щодо необхідності децентралізації, вдосконалення 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. Буднік М. М. Регіональне управління адаптацією підприємств до ринкових умов господарювання // Актуальні проблеми державного управління: Наук. зб. — 2000. — № 1. — С. 117–126.
3. Голяченко О. Як же все-таки вивести українську охорону здоров'я із кризи // Медична газета України. — 1995. — № 20 (66), трав. — С. 1.
4. Державне управління в Україні: централізація і децентралізація: Моногр. / Кол. авт.; Відп. ред. Н. Р. Нижник. — К.: УАДУ, 1997. — 448 с.
5. Журавель В. И., Бирюков В. С., Журавель В. В. Направления и условия реформирования украинского здравоохранения // Актуальні питання реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі соціально-економіч-

ного розвитку суспільства: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. — Х., 2007. — С. 12–13.

6. Захарченко Є. М. Реформування системи охорони здоров'я: історичний досвід, чинники середовища, вибір стратегій // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матеріали наук. конф. Ч. 2 / За ред. В. О. Колоденка. — Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — С. 78–83.

7. Крыштопа Б. П., Андреева И. М. Менеджер в здравоохранении. — К., 1995. — 181 с.

8. Пути реформирования системы здравоохранения в Украине: проблема выбора // Пульс Украины. — 2006. — № 2. — С. 7–8.

9. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування / Пе-

редм. і заг. ред. Н. Р. Нижник. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.

10. Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Кунгурцев О. В. та ін. Ефективність регіональної стратегії в державній політиці збереження здоров'я населення України // Проблеми формування регіональної політики в галузі охорони здоров'я: Матеріали наук. конф. Ч. 1 / За ред. В. О. Колоденка. — Одеса: ОФ УАДУ, 2001. — С. 166–174.

11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. — 680 с.

12. Экономика здравоохранения: Учеб. пособие / Под ред. В. З. Кучеренко. — М., 1996. — 144 с.

Існують різні точки зору щодо взаємозв'язку розвитку науки й практики управління охороною здоров'я із процесами будівництва держави. Дослідження еволюції системи охорони здоров'я України дає змогу зробити висновок, що розвиток місцевого самоврядування сприяє вдосконалюванню управління охороною здоров'я на територіальному рівні.

Существуют различные точки зрения относительно взаимосвязи развития науки и практики управления здравоохранением с процессами строительства государства. Исследование эволюции системы здравоохранения Украины позволяет сделать вывод о том, что развитие местного самоуправления способствует совершенствованию управления здравоохранением на территориальном уровне.

There are various points of view concerning interrelation of development of a science and practice of management by public health services with processes of construction of the state. Research of evolution of system of public health services of Ukraine allows to draw a conclusion that development of local self-management promotes perfection of management by public health services at a territorial level.

Надійшла 7 червня 2007 р.