

**ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ**  
**ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**  
Кафедра публічного управління та адміністрування

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)**  
на тему: **ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я: МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ**

Виконав: студент 639 мз групи

галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування  
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування  
Артамонов Олександр Петрович

Керівник: доктор наук з державного  
управління, професор

Ємельянов Володимир Михайлович

Рецензент: доктор політичних наук,  
професор

Євтушенко Олександр Никифорович

м. Миколаїв - 2022 рік

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1.Наукові точки зору щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.....	7
1.2.Механізми формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я .....	16
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СВІТУ.....	28
2.1. Формування та реалізація державних політик в галузі охорони здоров'я (на основі вивчення досвіду окремих країн) .....	28
2.2. Засади державної політики в галузі охорони здоров'я України на основі аналізу нормативно-правових актів, які регулюють цю сферу діяльності держави.....	42
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ .....	55
3.1. Стан здоров'я населення України як результат реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я .....	55
3.2. Принципи державної політики в галузі охорони здоров'я в	62

найближчій

перспективі

.....

ВИСНОВКИ

.....

.....

74

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....

78

ДОДАТКИ.....

88

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У 21 столітті головною цінністю для успішного розвитку країн є людина та формування здорової нації. Зовнішньо-політичні, фінансові, економічні, організаційні, інформаційні та усі інші системи соціально-економічного життя будь-якої країни світу можуть ефективно працювати тільки за умови повноцінного розвитку людського капіталу. Останній чинник тісно пов'язаний із демографічними, освітніми, соціальними, медичними здобутками країн.

Системи охорони здоров'я є одними з найбільш динамічних та чутливих сфер соціального життя, вони потребують державного регулювання та створення відповідних умов для забезпечення принципу соціальної справедливості. Таке регулювання здійснюється на основі державної політики, яка передбачає механізми формування та реалізації. Зарубіжний досвід свідчить, що більшість країн світу, окрім Великої Британії, трансформували власні медичні системи достатньо тривалий час, змінюючи ціннісні орієнтири, виробляючи власні стратегії та методичку реформування галузі. Достатньо тривалий час відбувалася трансформація медичної системи і в нашій країні, проте рішучих кроків не було запроваджено, вона змінювалася поступово та досить повільно. Як частина соціально-економічної системи, медична галузь була одним з основних суб'єктів, що потребує державного фінансування, демонструючи нездатність до переходу до нової моделі управління на засадах менеджменту та перетворення на цілком самостійний суб'єкт економічних відносин. Масштабна медична реформа розпочалася з 2016 року, яка деякі аспекти змінювала достатньо радикально і розпочаті процеси досі незавершені. Але будь-які реформи мають знайти розуміння та суспільне визнання, для того щоб мати ефективні наслідки та результати.

Будь-яка цивілізована нація визначає охорону здоров'я у власній системі соціальних цінностей. Так і в Україні зміст державної політики в сфері охорони здоров'я пов'язаний із збереженням та зміцненням здоров'я населення, забезпечення медичними послугами, підвищення їх якості та доступності на всій території країни. Саме складність та масштаб реалізації функцій в сфері охорони громадського здоров'я зумовлює особливості формування та запровадження державної політики в галузі. Останнім часом в нашій країні триває потужна робота щодо удосконалення державного управління в сфері охорони здоров'я, що пов'язано з реформами в медичній галузі, проведено експертні дослідження, вироблені рекомендації, розроблені теоретичні обґрунтування для впровадження на центральному та місцевому рівнях. Наукові праці та експертні дослідні матеріали стали в нагоді при підготовці магістерського дослідження та дозволили встановити основні складові формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я.

Теоретичні та практичні питання публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні є предметом досліджень таких вчених, як Вакулєнко О., Гладун З., Жалінська І., Карпишин Н., Кондратюк С., Корнієць В., Кризина Н., Кузьмєнко В., Лібанова Е., Малік Є., Мінцберг, Радиш Я., Ригач Н. та ін.

Яким чином вдалося впровадити державну політику трансформації системи охорони здоров'я, наскільки вона є успішною та які надалі будуть тенденції державного управління в медичній сфері – є основними мотивами для проведення магістерського дослідження.

**Метою роботи** є визначення особливостей формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України та напрямів подальшого удосконалення державного управління в цій сфері.

Для досягнення мети визначені наступні **завдання**:

- систематизувати наукові точки зору щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- дослідити особливості механізмів формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- вивчити зарубіжний досвід щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на основі вивчення медичних систем та моделей управління ними деяких країн;
- дослідити основні засади державної політики в галузі охорони здоров'я України на основі аналізу нормативно-правових актів, які регулюють цю сферу діяльності держави;
- проаналізувати показники стану здоров'я населення як об'єкт управління та результат реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я України та як основа для розробки засад подальших напрямів державної політики в галузі;
- визначити принципи та основні засади державної політики в галузі охорони здоров'я у найближчій перспективі.

**Об'єктом дослідження** є державна політика в сфері охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є державна політика в галузі охорони здоров'я України та механізми її формування і реалізації.

**Методологічна основа роботи.** Теоретичну та методологічну основу магістерської роботи склали науково-методичні розробки та праці вітчизняних і зарубіжних вчених, які присвячені питанням формування та реалізації державної політики, в тому числі державної політики в медичній галузі. В ході магістерського дослідження були використані загальнонаукові та спеціальні методи. Системний та комплексний підходи використовувались як основні методи дослідження, також застосовувалися методи порівняння та аналогій, аналізу документів, аналізу статистичних даних, методи аналізу експертних оцінок, проведення аналогій тощо.

Інформаційною базою дослідження є основні положення законів

України, указів Президента України, постанов Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я, використовувалися відповідні законодавчі акти з питань державного управління та місцевого самоврядування, різноманітні статистичні дані та ін.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що у роботі здійснено комплексне дослідження механізмів формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що теоретичні узагальнення, висновки та пропозиції є певним внеском до теорії і практики публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я.

**Робота має таку структуру:** вступ, три розділи (сім підрозділів), висновки, загальний обсяг роботи складає 87 сторінок. Список використаної літератури складається із 81 джерела.

## РОЗДІЛ 1

### НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Наукові точки зору щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я

Система охорони здоров'я – одна із важливих соціальних систем, яка потребує державного регулювання. Згідно з визначеннями, ця система являє собою «сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. В сучасному світовому господарстві на сферу охорони здоров'я покладаються низка функцій етичного, професійного, юридичного, політичного, суспільного характеру, що визначає можливості її подальшого розвитку та реформування, тому від розвитку цієї сфери, управління нею залежить стабільність та розвиток соціальної системи» [39, с.18]. Як й будь-яка соціальна система, що регулюється державою, вона має основний механізм цього регулювання: державну політику.

Термін «державна політика» стосується суспільної діяльності та пов'язаний з отриманням, утримуванням та реалізацією влади в державі. Як сфера суспільного життя політика ґрунтується на певних ідеях та створенні відповідної системи регулювання. З точки зору методів і технології державну політику визначають як мистецтво можливостей та маніпулювання [1, с.23].

В науково-теоретичному дискурсі державна політика пов'язана з політичною складовою соціального управління – сферою діяльності, яка визначає та визначається взаємовідносинами між різноманітними соціальними групами, метою взаємодії яких є визначення мети, завдань, змісту, методів та форм діяльності держави. Державна політика має свій



практичний вияв в державному управлінні і проходить наступні етапи, що відображено на рис.1.1.

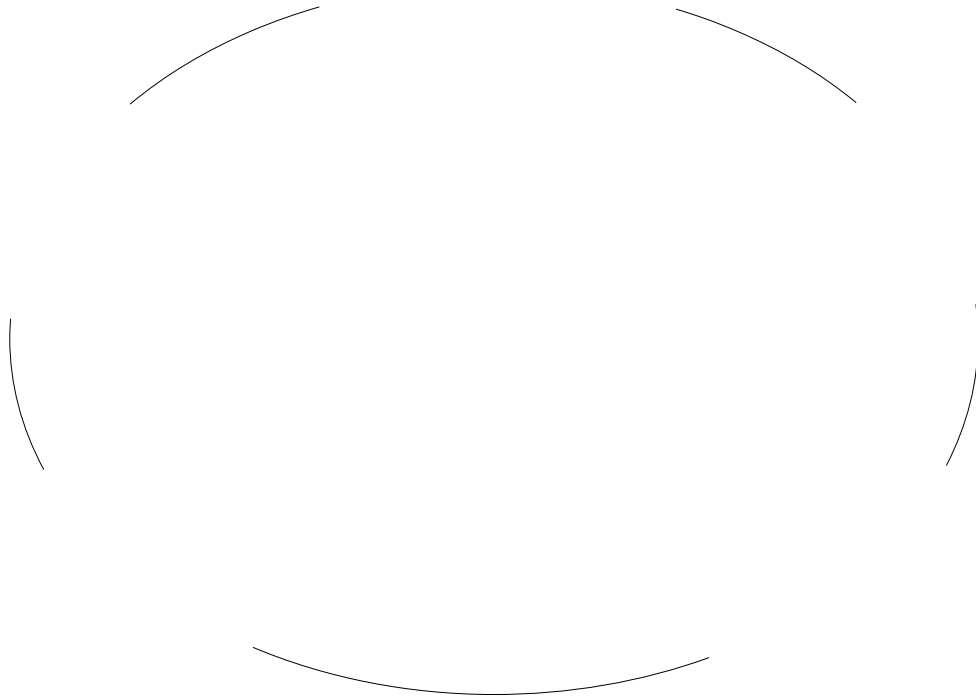


Рис.1.1. Основні компоненти державної політики

Вкрай важливо для подальшої реалізації державної політики виконання встановлених та заявлених цілей, засобів, ресурсів, які при цьому використовуються. Отже, державна політика це своєрідний механізм або інструмент, який дозволяє реалізувати владні відносини у суспільстві, забезпечити соціальний контроль, реалізувати спільні колективні цілі та устремління, вирішити важливі суспільні завдання, які впливають із задекларованих цілей [40, с.13].

У 1994 році на засіданні Європейської конференції ВООЗ було надано визначення терміну політика у сфері охорони здоров'я: «це згода, консенсус серед партнерів про те, які саме проблеми здоров'я треба вирішувати першочергово, і які стратегії при цьому слід застосовувати» [59, с.72]. В основу сучасної політики у сфері охорони здоров'я покладаються ідеї щодо реформування галузі. Також ВООЗ визначає реформу «як цілеспрямований, динамічний та стійкий процес, який призводить до систематичних

структурних змін. Реформування охорони здоров'я є нормативним, економічним та організаційним видом діяльності, яку необхідно збалансувати з етичними вимогами щодо загальнодоступності усіх видів медичної допомоги та дотримання справедливості у її розподілі для всіх соціальних груп населення. Визначення цілей – першооснова, якій підпорядковане функціонування систем управління, починаючи з розробки завдань і формування їхніх структур і закінчуючи оцінкою результатів діяльності, їх відповідності визначеним цілям і поставленим завданням» [59, с.73].

В основу сучасної державної політики покладаються методи та засоби, які й визначають сутність, зміст та форми формування та реалізації політики, сутність та напрями суспільної діяльності, об'єктивні умови забезпечення свободи та демократії.

У широкому розумінні соціальна політика – «це система цілеспрямованої діяльності суб'єктів, що сформувалася в суспільстві на певному етапі його розвитку і здійснюється на основі певних принципів та засад з метою забезпечення оптимального функціонування й розвитку соціальних відносин» [62, с.6].

Таким чином, соціальну політику розглядають «як систему управлінських, регулятивних, саморегулятивних способів і форм діяльності суб'єктів, сукупністю принципів, рішень і дій, що втілюються в соціальних програмах і соціальній практиці з метою задоволення соціальних потреб, збалансування соціальних інтересів людини та груп суспільства, досягнення соціальних цілей, розв'язання соціальних завдань та формування соціальних цінностей». Тобто соціальна політика – «це система інституційних і надінституційних, державних і громадських, суспільних та особистих, індивідуальних способів і форм діяльності, спрямованих на створення умов для всебічної самореалізації соціального потенціалу людини, її сутнісних сил» [62, с.6].

Державна політика з охорони здоров'я є одним із напрямів соціальної політики держави, вона формується вищими органами влади країни, які визначають її пріоритети, визначають доктрини, концепції та програми, які спрямовані на забезпечення діяльності держави і розвиток системи охорони здоров'я з метою зміцнення здоров'я населення. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні й забезпечує її реалізацію. Місцева або регіональна політика охорони здоров'я – це складова національної політики, вона розробляється й затверджується місцевими органами державної влади та місцевого самоврядування і є одним з пріоритетних напрямів з питань охорони здоров'я населення села, селища, міста та області, направлена на удосконалення державної діяльності щодо розвитку мережі медичних закладів, покращення медичних послуг та заходів охорони здоров'я для населення [46, с.67; 18, с.10].

Система державного управління, яка сформована у сфері охорони здоров'я, має риси як універсальної системи державного управління, так і характеризується специфічними рисами публічного управління об'єктами медичної інфраструктури [31].

Об'єктами державного управління у цій сфері є різноманітні види і типи закладів охорони здоров'я: лікарні, поліклініки, диспансери, аптеки, санаторії та ін.

Суб'єктами державного управління є Президент України, центральні і місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я обласних, Київської міської державної адміністрації, головні лікарі центральних районних лікарень, управління охорони здоров'я міських рад, адміністрація закладів охорони здоров'я.

Суб'єкти публічного управління використовують різноманітні методи в залежності від форми власності медичних закладів: акредитація медичних закладів, оперативне управління, ліцензування медичної діяльності та

контроль за дотриманням ліцензійних умов і чинного законодавства в медичній галузі [31].

Медичною галуззю визначають усю сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони здоров'я України та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту, Служби безпеки України та ін.) До системи охорони здоров'я входять медичні заклади державної форми власності, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, медичні заклади приватної і колективної форм власності. Таким чином, говорячи про «медичну галузь», розуміють певну сукупність закладів охорони здоров'я конкретної країни.

Комплексно досліджував явища генезису публічного управління як соціального феномену в галузі охорони здоров'я Я.Ф. Радиш [39]. Зокрема, він надав визначення для багатьох понять і термінів, що дозволило більш точно розрізнити основні дефініції, його дослідження дозволило удосконалити систему підготовки персоналу в медичній сфері, принципи та критерії об'єктивних і суб'єктивних чинників та способів добору управлінців в системі охорони здоров'я України. Науковцем зокрема було запропоновано такі поняття, як «державна система охорони здоров'я», «міжвідомчі державно-управлінські відносини в галузі охорони здоров'я», «державна політика України в галузі охорони здоров'я», «єдиний медичний простір України», деякі з них були введені впреше [39, с.10-11].

Інша науковець Н.П. Кризина в ході дисертаційного дослідження прийшла до висновків, що основними стратегічними цілями та напрямками публічної політики України в галузі охорони здоров'я повинні бути такі: визначення глобальних державних та регіональних цілей, показників і критеріїв управління, що обумовлено вимогою стабілізації розвитку галузі охорони здоров'я України; пріоритетне фінансування комплексних

народногосподарських програм лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів щодо охорони здоров'я; збереження і зміцнення здоров'я населення; бачення концептуальних засад щодо подолання кризи та перехід до стійкого розвитку системи охорони здоров'я України; проведення заходів із удосконалення державної медичної допомоги; удосконалення моделі та структури закладів охорони здоров'я; удосконалення інформаційно-профілактичної роботи на усіх рівнях системи охорони здоров'я, удосконалення санітарно-епідемічного нагляду та діяльності служби; формування здорового способу життя населення [19].

Т. В. Семигіна у навчальному посібнику з основ аналізу державної політики в медичній галузі також приділяє увагу ключовим термінам та поняттям. Згідно із запропонованим визначенням, «політика охорони здоров'я – це політика, яка ґрунтується на тому, що держава визнає право кожного на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їхніх прав у галузі охорони здоров'я» [46, с. 72]. На її думку, провідним напрямком державної політики у сфері охорони здоров'я «є створення як ідеології і стратегії збереження здоров'я, так і конкретних структур та інституцій для її реалізації, у тому числі законодавчої бази правового регулювання» [46, с. 73].

Як зазначає Сенюта І., сучасна політика в галузі охорони здоров'я ґрунтується на тому, що уряди країн несуть відповідальність за стан здоров'я населення, а не лише за стан та фінансування системи надання медичної допомоги. Державна політика в галузі охорони здоров'я є одним із засобів легітимації влади і ґрунтується на інформації та загальних уявленнях про бажаний рівень соціально-демографічних показників та здобутків в галузі охорони здоров'я населення [47, с. 26].

Як зазначає С.В. Петрова в своїх наукових працях, «державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і

зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження громадського здоров'я» [31].

Інший науковець Є.О. Малік більш детально аналізує систему управління медичною галуззю України на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Він зазначає, що державна політика в медичній сфері повинна бути соціальною та базуватися на оцінці ризиків здоров'я населення, що дозволить оновити підходи до встановлення напрямів та способів надання державних гарантій. На основі цього, він приходить до висновків, що в Україні доцільно запровадити змішану систему фінансування, яка включає загальнообов'язкове державне соціальне страхування [22, с.8].

Серед дослідників економічних засад управління системою охорони здоров'я слід згадати наукові праці І. В. Жалінської. В світлі вивчення економічних категорій управління медичною системою вона удосконалює поняття «громадського здоров'я» та «охорона здоров'я», надає ступінь роздробленості проблеми оцінювання громадського здоров'я й особливості сучасної політики у цій сфері [5, с.4-5].

Монографія З.С. Гладуна присвячена дослідженню механізму адміністративно-правового регулювання відносин, прав та інтересів людини, формування і реалізації державної політики, сукупності повноважень Президента, Верховної Ради, КМУ та інших органів публічного управління у сфері охорони здоров'я населення, визначено основні проблемні питання взаємодії державної, регіональної та місцевої політики, удосконаленні координації діяльності органів публічного управління та закладів охорони здоров'я різних форм власності та різного підпорядкування. Запропоновано власне бачення контексту та тенденцій гармонізації українського

законодавства в сфері охорони здоров'я з нормами міжнародного права [3].

Н.І. Карпишин присвячує дослідження теоретичним та прикладним аспектам фінансово-економічного забезпечення медичної галузі України, приділено увагу зарубіжному досвіду щодо удосконалення управлінської діяльності, надано оцінку ефективності механізму фінансування державного сектора охорони здоров'я, досліджено сучасний стан механізму фінансування національної системи охорони здоров'я, встановлені найбільш актуальні проблеми та тенденції розвитку галузі, що дозволило цьому автору запропонувати подальші напрями удосконалення функцій медичної галузі [13].

Питанням нормативно-правового забезпечення реалізації прав людини в медичній системі присвячені праці І.Я. Сенюти [47]. Вона вивчає так званий інститут медичного права та пов'язані із цим особливості нормативного забезпечення права на охорону здоров'я в Україні, вивчає право людини на охорону здоров'я в природно-правовому та юридичному контекстах. Також порушено проблему становлення і розвитку медичного права як окремої комплексної галузі права України, надано комплексний аналіз місця та ролі права на охорону здоров'я у правовому статусі громадян України та загальні рекомендації по вдосконаленню законодавчого забезпечення охорони здоров'я та надання медичної допомоги [47].

Окремий блок досліджень стосується необхідності проведення профілактичної та педагогічної роботи серед молоді щодо збереження здоров'я та ведення здорового способу життя. Слід відзначити праці таких вчених, як В.Ю. Кузьменко та С.М.Кондратюк [20; 16]. Ці дослідники присвячують дослідження змісту та формам, методам виховання в учнів належного ставлення до здорового способу життя на основі фізкультурно-оздоровчих активностей, визначаються критерії, показники і рівні сформованості здорового способу життя підлітків та молодших школярів [16; 20].

Також обґрунтування особливостей становлення особистості у підлітковому віці та роль соціально-педагогічних чинників щодо формування здорового способу життя особистості, наукові засади формування здорового способу життя, правові аспекти цього процесу знайшли своє відображення у науковій роботі О.В. Вакуленко [2].

Але найбільшу наукову зацікавленість викликають праці, присвячені аспектам реформування та трансформації галузі.

Один з видатних вчених – Г. Мінцберг у своїй науковій праці «Міфи про охорону здоров'я. Як не помилитися, реформуючи медичну систему», що вийшла друком у 2017 році, на основі комплексного вивчення стану медичної системи та аналізу суб'єктів управління в галузі виділяє основні чотири компоненти, які «... відповідають чотирьом геть різним світам лікарні й називаються лікування, піклування, контроль та спільнота» [23, с. 113]. На його думку, до спільноти варто віднести усі можливі асоціації медичних працівників, профспілки та інші організації, які контролюють професійну діяльність, а також «...залучену спільноту всіх рівнів, разом із групами захисників (наприклад, із прав пацієнтів) та різноманітні асоціації, пов'язані зі здоров'ям» [23, с. 113].

На нашу думку, це поняття в загальному змісті є важливим елементом системи охорони здоров'я будь-якої держави світу, що стосується також і нашої країни. Поняття спільноти включає різноманітні інститути громадянського суспільства: від саморегулятивних організацій лікарів (наприклад, як Асоціація стоматологів України тощо) до організацій, які представляють інтереси пацієнтів, а також це організації роботодавців, ЗМІ, профспілки, специфічні громадські організації, які спеціалізуються як на певній діяльності (наприклад, правозахисні) тощо.

Така спільнота та усі соціально активні громадяни можуть мати великий вплив на стан та трансформацію медичної галузі. Від взаємодії таких організацій з органами виконавчої влади та місцевого самоврядування



безпосередньо залежать механізми формування та реалізації державної політики в медичній галузі в демократичних країнах світу. Такий підхід зумовлює вивчення діяльності суб'єктів управління та їх роль в контексту формування та реалізації державної політики в сфері охорони громадського здоров'я.

Актуальним питанням для науковців є взаємодія органів державного управління з інститутами громадянського суспільства, оскільки, як зауважує О.Пухкал: «як дві складові єдиної суспільної системи громадянське суспільство і держава у своєму розвитку взаємообумовлюють один одного» [38, с. 1].

Таким чином, функції з реалізації та формування державної політики покладаються на державу, оскільки цей напрям належить до соціально та суспільно важливих. Політика в галузі охорони здоров'я є складовою частиною внутрішньої та зовнішньої політик держави, її змістом є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який охоплює підготовку відповідного медичного персоналу, різноманітні соціальні, економічні, соціальні, інституційні, інформаційні, наукові, санітарно-епідеміологічні заходи, які проводить держава задля збереження життя та здоров'я своїх громадян. На основі державної політики приймаються державно-управлінські рішення, розробляється відповідний інструментарій, обирається механізм її реалізації, тому дослідженню механізмів формування та реалізації державної політики присвячений наступний підрозділ.

## **1.2. Механізми формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я**

Державна політика в галузі охорони здоров'я складається з двох механізмів: формування та реалізації. Основними суб'єктами формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я є система органів

державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, які мають функції або повноваження в галузі охорони здоров'я [46,с.31].

В державній політиці з охорони здоров'я ми можемо виділити два види механізмів управління: економічний та організаційний, які представлені в додатку А.

Вдосконалення системи охорони здоров'я пов'язано з необхідністю підвищення дієвості та результативності державної політики в галузі охорони здоров'я.

Особливостями державної політики в галузі охорони здоров'я є її системний та комплексний характер, який визначається тенденціями глобалізації та світової інтеграції, зміцнення взаємозв'язку та взаємозростання складових компонентів медичної галузі.

Основними механізмами формування державної політики, які максимально впливають на діяльність галузі, є: економічні, фінансові, організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях, регулювання діяльності медичних працівників, методи оплати праці, поєднання державного регулювання та впливу ринкових механізмів, соціальний маркетинг та ін.

Водночас у питаннях формування державної політики в медичній сфері Україна орієнтується не лише на власні надбання, але як учасниця ВООЗ формує власну державну політику в галузі у відповідності до міжнародних документів.

Згідно ВООЗ основними чинниками, які впливають на показники досягнення громадського здоров'я, є наступні: якість та рівень життя домогосподарства, можливості вчасно та оперативно отримувати медичну допомогу – складають 10-15 %; соціально-економічні умови країни – 50 %, приблизно решту – 40 % складає генетика [59, с.72]. В більшості країн складається типова картина: не здоровим батькам, які проживають в поганих

екологічних умовах, до того ж мають шкідливі звички і недбало ставляться до власного здоров'я, важко народити здорових дітей. Тому державні політики в сфері охорони здоров'я визначають пріоритетами не тільки лікування хворих, а сприяння підтримці здоров'я для всього населення [52].

Формування державної політики в галузі охорони здоров'я визначається цілями, принципами та взаємодією елементів цієї сфери, визначальне значення мають суспільний лад, соціально-економічні показники та політичний розвиток, культура, історія, традиції, особливості публічного управління та адміністрування та усі інші чинники, які характерні для кожної країни.

На сучасному етапі функціонування системи охорони здоров'я будь-якої країни обумовлено певними характеристиками: ієрархічна будова; зв'язки та рівні комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При формуванні державної політики в галузі охорони громадського здоров'я важливе місце посідає аналіз стану здоров'я населення, захворюваність, основні види захворювань, традиції щодо збереження та дбайливого ставлення до власного здоров'я та ін. [59, с.73]

При оцінці систем охорони здоров'я різних країн визначається їх конкурентоспроможність в глобальному світі. З цією метою прийнято ряд показників та критеріїв, різноманітні індекси, які характеризують не лише саму систему медичної допомоги, а також беруться до уваги, наприклад, індекси вимірювання щастя (його складові залежать від якості та тривалості життя, від параметричних характеристик охорони здоров'я). Якщо вже говорити в такому контексті, то більшість людей бажають прожити довге та щасливе життя, одним із чинників чого є зміцнення та збереження здоров'я. Таким чином, держави визначають цілі та пріоритети у власних політиках з охорони здоров'я, приділяючи увагу не лише лікуванню, а й профілактиці захворювань, створенню засад для здорового способу життя, збереження навколишнього природного середовища [60, с.12].

Аналіз систем охорони здоров'я країн світу та аналіз моделей, на яких вони будуються, дозволяє стверджувати, що не існує якоїсь універсальної моделі, але в більшості випадків ми можемо побачити, що сучасні медичні системи та державні політики в цій галузі ґрунтуються на людиноцентричному, інклюзивному, інноваційному підходах та сталому розвитку системи охорони здоров'я. Сучасні моделі охорони здоров'я ґрунтуються на солідарній або лібертарній системі управління [66].

Солідарна управлінська система передбачає створення рівного доступу до мінімального переліку необхідних важливих медичних послуг, при такому розподілі витрати на лікування сплачуються державою, використовується модель солідарного фінансування медицини, при цьому мінімальний склад медичної допомоги, які гарантуються державою, визначено у Конвенції Міжнародної організації праці «Про мінімальні рівні соціального забезпечення» за № 102 (стаття 10) та «Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням» за № 130 від 1969 року (стаття 13) [7; 15].

Лібертарна управлінська система характерна для ринкових економік і розглядає медичні послуги як товар, при цьому доступ до них, можливості отримання, їх різноманітність та якість залежать від фінансової здатності людини, її страхового полісу.

У кожній країні з метою забезпечення медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення формується та реалізується власна державна політика, яка базується на особливій системі фінансування галузі. Кількість та якість можливих суспільних благ та обмежених ресурсів, ефективність їх розподілу та використання в галузі охорони здоров'я визначається системою економічних, соціальних, політичних, морально-етичних та інших норм, що притаманні певній країні. Країни-члени Організації економічної співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці власних моделей управління в галузі охорони здоров'я та механізмів фінансування галузі дотримуються

певних принципів, що відображено на рис.1.2. [72]

Принципи державної політики в галузі охорони здоров'я		
забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування, заснованого на солідарній участі незалежно від місця проживання	забезпечення високої якості медичної допомоги за оптимальних витрат	

Рис.1.2. Принципи державної політики в галузі охорони здоров'я [72]

Аналіз наукової літератури та організації систем охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє виділяти декілька наукових підходів до управління галуззю з охорони здоров'я:

- концепція використання потенціалу здоров'я;
- концепція нової людиноцентричної філософії в медицині, філософія «patient friendly» (дружня до пацієнта медицина, створення сучасних умов для лікування);
- концепція валеології, яка об'єднує валеософію (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я);
- валеометрію (вимірювання здоров'я); валеопрактику (оздоровлення організму).

В залежності від того, який підхід до фінансування домінує, виокремлюють ринкову, соціальну або змішану моделі охорони здоров'я, характеристика яких подана в таблиці 1.1.

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони

здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами: із суспільних фондів та з приватних страхових фондів (Нідерланди, Канада); з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги окремим групам населення (США).

Таблиця 1.1.

**Порівняльна характеристика ринкової та соціальної моделі управління охороною здоров'я**

Тип моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі
<i>Ринкова модель</i>	<p>Фінансування галузі відбувається з таких джерел:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– приватні страхові фонди охорони здоров'я;</li> <li>– внески з приватних джерел – прямі виплати виробникові медичних послуг;</li> <li>– комбінації цих трьох джерел фінансування;</li> <li>– стимуляція розвитку нових медичних технологій;</li> <li>– забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;</li> <li>– постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;</li> <li>– мобільність ресурсів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;</li> <li>– високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;</li> <li>– високі громадські витрати на охорону здоров'я;</li> <li>– неможливість здійснення державного контролю за дотриманням пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;</li> <li>– можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг.</li> </ul>
<i>Соціальна модель</i>	<p>Фінансування за рахунок суспільних фондів, які утворюються за рахунок податків та страхових внесків. До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– система Бісмарка (модель соціального страхування);</li> <li>– система Беверіджа;</li> <li>– система Семашко.</li> <li>– надання соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги;</li> <li>– доступність для всіх верств населення;</li> <li>– фінансуванні галузі переважно за рахунок бюджетного або обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– великий адміністративний апарат управління;</li> <li>– складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;</li> <li>– високі витрати на утримання страхової інфраструктури;</li> <li>– відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;</li> <li>– низький рівень заробітної платні медичних працівників.</li> </ul>

	– економія ресурсів; – макроекономічна та мікроекономічна ефективність	
--	---------------------------------------------------------------------------	--

В більшості випадків вибір оптимальної моделі управління охороною здоров'я залежить від фінансування охорони здоров'я, яка може будуватися за підходами: бюджетного фінансування (Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія та ін.); соціального страхування (Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Ізраїль та ін.); приватного страхування (США, Південна Корея та ін.); консолідованого фінансування (більшість європейських країн) [74].

На разі відзначаються найкращі моделі управління в галузі охорони здоров'я в таких країнах, як:

1. Великобританія (основний орган державного управління – Національна служба охорони здоров'я; держава повністю оплачує медичну допомогу, окрім співфінансування ліків, послуг зі стоматології та лікування зору).

2. Італія (децентралізована модель управління: уряд країни визначає цілі, на які будуть витратитися бюджетні кошти, здійснює контроль та нагляд за загальними показниками здоров'я населення, проводить укладання трудових контрактів з медичними працівниками).

3. Франція (має розгалужену систему страхових фондів та гарантований рівень якісної медичної допомоги).

4. Австрія, країна в якій всі жителі а також туристи мають право на безоплатне надання базових медичних послуг на високому рівні.

5. Швейцарія, яка поєднує загальне обов'язкове медичне страхування та ринковий підхід до надання медичних послуг і має найбільшу кількість довгожителів

6. Андорра (сфера охорони здоров'я перебуває під повним контролем держави і задовольняє всі потреби громадян).

7. Мальта (приділяє велику увагу якості медичного забезпечення).

8. Сан-Марино, в якій поєднується безкоштовне отримання базових медичних послуг і приватне медичне страхування, яке гарантує вищий рівень якості лікування

9. Сінгапур вважається однією з найкращих моделей системи охорони здоров'я Азії (метою державної політики в галузі охорони здоров'я є пропаганда здорового способу життя; індивідуальна відповідальність за збереження власного здоров'я, уникнення надмірної залежності від державного піклування; надання якісних та доступних медичних послуг; підвищення якості медичних послуг та ефективності галузі охорони здоров'я; надання субсидій для надання медичних послуг).

10. Японія (в країні розгалужена та добре налагоджена система загального обов'язкового державного та приватного медичного страхування) [80].

Слід зазначити, що подальший розвиток національних систем охорони здоров'я відбувається в контексті процесів децентралізації публічного управління, що також стосується й медичної галузі, запровадження нових соціальних інститутів, на які покладаються повноваження з організації та управління медичною допомогою.

Процеси децентралізації вважаються найбільш ефективним способом удосконалення системи охорони здоров'я, що дозволяє залучити різноманітні верстви населення до механізмів реалізації та формування державної політики в галузі та більш чітко і предметно встановлювати пріоритети медичного забезпечення громадян [72; 74].

В більшості країн ОЕСР відбуваються процеси трансформації медичних систем, що відображається у відповідних політиках. В кожній країні використовуються різноманітні підходи до управління сферою охорони здоров'я, в тому числі й до проведення реформування [80].

Державна політика, яка передбачає реформування медичної галузі, в основному визначається особливостями управління реформами, які



представляють в теорії декількома сучасними моделями:

- модель Роджерса-Шумейкера, яка передбачає: конструювання змін, дифузії, або поширення інформації про зміни, оцінку наслідків змін;
- модель Кантера, яка ґрунтується на так званих «хвилях активності»: ідентифікація проблеми, створення коаліцій та мобілізація;
- модель ресурсів для втілення змін;
- модель Фюргенсена, яка заважає на зміни ціннісних орієнтирів;
- модель запланованих змін Левіна;
- модель поширення нововведень Роджерса [23, с.155].

Різноманіття моделей трансформації та реформування дозволяє країнам обирати найбільш прийнятний варіант, але в цілому фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється на основі підходів, запропонованих ВООЗ у 2005 році: розширення максимального доступу до медико-санітарних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступності ліків, покращення громадського здоров'я та запровадження управління якістю в медичній галузі [70].

При проведенні різноманітних експертиз та досліджень фахівці ВООЗ показали, що потреби населення в медичних послугах можна представити у вигляді піраміди: коли на кожну тисячу жителів 750 осіб мають проблеми зі здоров'ям щомісяця, тільки 250 з них звертаються за медичною допомогою, кожні п'ять осіб з цієї кількості потребують консультації вузького спеціаліста, кожні дев'ять осіб – госпіталізації і одна особа висококваліфікованої вузькоспеціалізованої допомоги, інші отримують допомогу на рівні лікаря ПМСД у необхідному обсязі. Це основні показники системи охорони здоров'я в країнах ЄС [71].

Перехід від централізованих до децентралізованих засад управління стосується вивчення проблем кількості та якості медичної допомоги, а не спрямований на перегляд регіональних бюджетів і виділення субвенцій та інших видів фінансування галузі. Необхідність у регулюванні медичної

сфери обґрунтовується на основі визначених протоколів та стандартів лікування і встановленні основних типів та видів захворюваності населення. Це дозволяє належним чином встановити вартість бюджетних витрат на систему охорони здоров'я на основі механізму соціального замовлення для кожного регіону [81].

Головною метою державного управління повинно бути більш раціональне використання ресурсів та їх направлення на профілактичні заходи, зокрема, попередження ряду типових захворювань, збереження здоров'я, у другу чергу – безпосередньо на надання медичних послуг та лікування хворих.

Основні функції та повноваження покладаються на Міністерство охорони здоров'я України, яке формує державну політику в галузі охорони здоров'я та разом з іншими органами державної влади та місцевого самоврядування проводить її реалізацію, здійснює контроль та нагляд у цій сфері. Система охорони здоров'я повинна бути соціально-орієнтованою, ґрунтуватися на реальних показниках і охоплювати оптимальні потреби, наявні можливості та надані обсяги медичних послуг.

Що стосується нашої країни, то слід сказати, що мета державного управління охороною здоров'я полягає у забезпеченні гарантованого державою права громадян на медичну допомогу, створення прийнятних умов життєдіяльності, попередження захворювань та надання якісних медичних послуг. Особливість сучасної державної політики в сфері охорони здоров'я в тому, що вона реалізується в контексті адміністративної і бюджетної реформ, які спрямовані на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами.

Медична галузь в Україні є багаторівневою функціональною керованою системою з багатьма складовими елементами, які взаємодіють між собою і зовнішнім оточенням. Вона функціонує для суспільно необхідних цілей та здійснення всього комплексу соціальних та медичних

заходів, які спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я населення нашої держави [18, с.11]. На основі аналізу зарубіжних систем охорони здоров'я та характеристик вітчизняної системи охорони здоров'я, в цілому модель державного управління в сфері охорони здоров'я можемо представити як на рис.1.3.

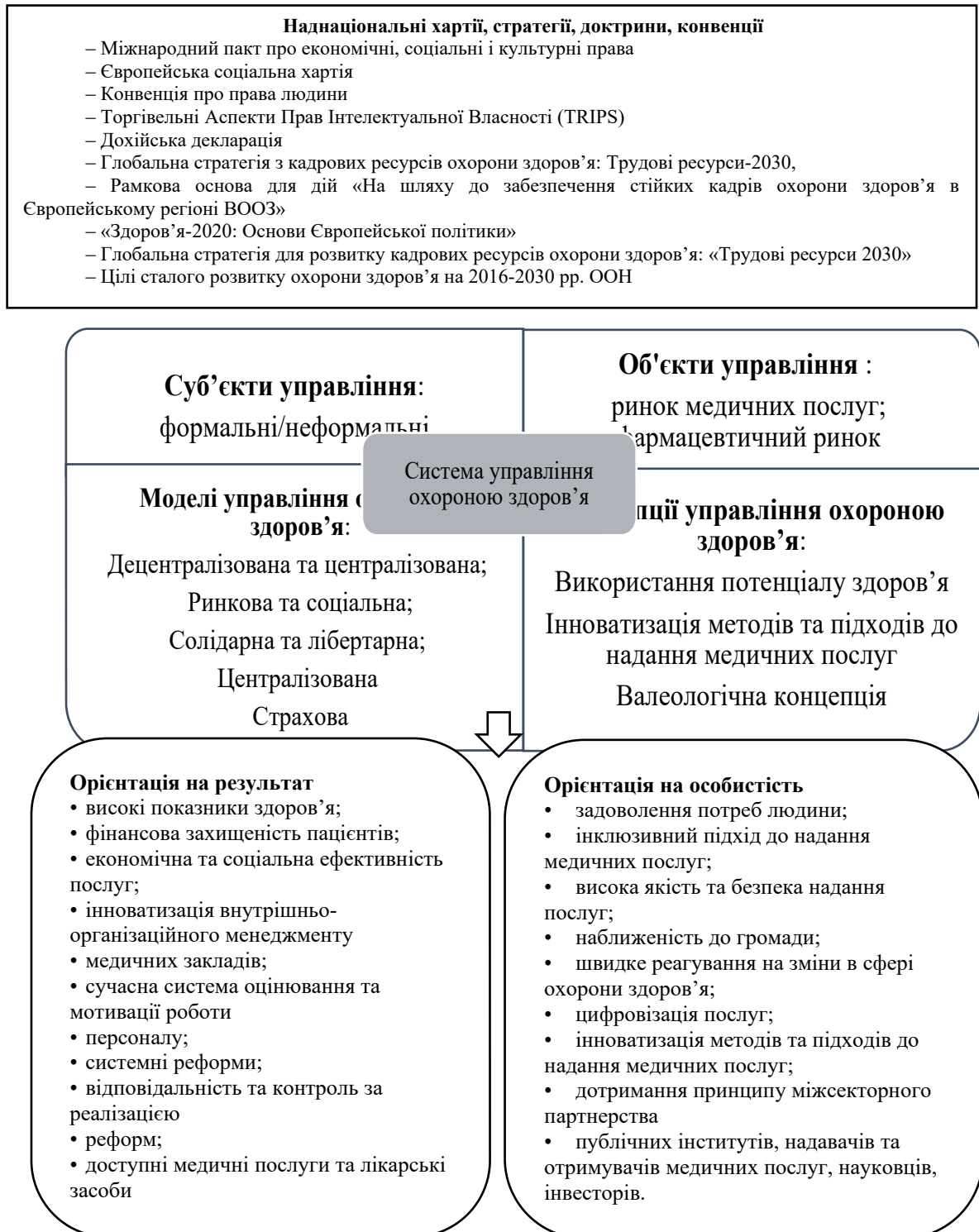


Рис.1.3. Модель державного управління в галузі охорони здоров'я

(розроблено автором)

Основним напрямом державного регулювання системи охорони здоров'я є досягнення злагодженості (у відображеній на рисунку 1.3. управлінській моделі), щоб вона функціонувала як єдине ціле. Але на практиці відбувається неузгодженість на різних етапах формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, що призводить до зниження ефективності в медичному забезпеченні та викликає необхідність реформувати медичну систему. Для розробки та запровадження ефективної державної політики, в тому числі в аспекті реформування галузі охорони здоров'я держава має пройти наступні стадії: прийняття політичних та управлінських рішень з реформування; реалізація державної політики; оцінка результатів реформ. В зарубіжній науці для підвищення ефективності управління в сфері охорони здоров'я необхідним є виконання наступних заходів: лібералізація попиту на медичні послуги на основі розширення можливостей споживчого вибору і зміни взаємодії держави, споживачів, медичних закладів і лікарів, активізація партнерських засад співпраці; диверсифікація пропозицій медичних послуг шляхом створення сприятливого середовища для недержавної та приватної діяльності на основі перерозподілу власності, виробництва й фінансування охорони здоров'я; удосконалення стимулів для медичних закладів і медичних працівників внаслідок економії витрат і підвищення якості медичних послуг на ринку [76].

Одним із обов'язкових елементів моделі регульованого ринку є здатність сторони, що фінансує, виконувати функції інформування покупця медичної послуги. Реформування повинно мати цілеспрямований характер та керованість змін, багатокладність фінансування, контроль з боку держави та ін. Таким чином, йдеться про запровадження в Україні власної специфічної моделі реформування та трансформації системи охорони здоров'я. Медична

система України є високотехнологічною та наукомісткою сферою, ресурсомісткою і передбачає методи централізованого регулювання з поєднанням тенденцій децентралізації, які відбуваються в світі.

## **РОЗДІЛ 2**

### **ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СВІТУ**

#### **2.1. Формування та реалізація державних політик в галузі охорони здоров'я (на основі вивчення досвіду окремих країн)**

Управління галуззю охорони здоров'я є складовою публічного управління соціально-економічним розвитком і спрямоване на забезпечення цілісності, соціальної безпеки, фізичного, душевного і соціального благополуччя населення, збереження та примноження національного генофонду, гуманітарного та трудового потенціалу на основі заходів з підтримки здорового способу життя та запобігання факторам ризику, епідеміологічного контролю та нагляду, імунопрофілактики, забезпечення безпеки харчових продуктів, регламентації факторів екологічного середовища життя населення, управління системою якості як при наданні медичних послуг, так і фармацевтичній галузі, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного контролю.

Витрати на охорону здоров'я на початок 2021 року у країнах світу (ОЕСР) за загальними показниками в середньому склали приблизно 4000 доларів на особу (з урахуванням купівельної спроможності) [72].

У США цей показник більше, ніж в усіх інших країнах – 10 000 доларів США на резидента, що становить 16,9% ВВП загальних витрат на охорону здоров'я. Експерти ОЕСР передбачають, що витрати на охорону

здоров'я до 2030 року будуть зростати й досягнуть рівня 10,2% ВВП у країнах ОЕСР, порівняно з 8,9% у 2019 році [69]. В нашій країні видатки на систему охорони здоров'я склали лише 3,8% ВВП у 2019 році [69].

Наступне місце за рівнем витрат на забезпечення функціонування системи охорони здоров'я серед країн ОЕСР посідає Швейцарія і витрачає майже 70% аналогічного показника США, натомість середній показник витрат на охорону здоров'я на душу населення для усіх країн ОЕСР складає менше 40% (приблизно 3994 доларів США) аналогічного показника в США. Багато країн – членів ОЕСР з високим рівнем доходу, таких як Німеччина, Франція, Канада та Японія, витрачають половину або менше суми, яку витрачає США у розрахунку на душу населення у галузі охорони здоров'я, видатки Великобританії та Італії близькі до показника, середнього для країн ОЕСР [69].

Найменше серед країн – членів ОЕСР на охорону здоров'я витрачають Мексика та Туреччина, видатки в цих країнах складають близько чверті середнього показника для країн ОЕСР та є аналогічними показникам країн, що розвиваються (Південна Африка та Бразилія). Китай витрачає на охорону здоров'я на душу населення близько 20% середнього показника витрат для країн ОЕСР, Індія та Індонезія – менше 10% [69]

Державні схеми фінансування на національному або регіональному рівні, або для конкретних груп населення, забезпечують право громадян на отримання медичних послуг за місцем проживання. Альтернативою державному фінансуванню є реєстрація мешканців в системі загальнообов'язкового медичного страхування через державні чи приватні організації, які повинні покривати основну частину вартості використаної медичної допомоги. У більшості країн ОЕСР, прямі витрати домогосподарств, а також добровільне медичне страхування залишаються основним елементом фінансування охорони здоров'я, проте їх частка може суттєво відрізнятися в різних країнах [69].

Загалом модель державного фінансування та обов'язкового медичного страхування є основними механізмами фінансування у всіх країнах ОЕСР (рис. 2.1.).

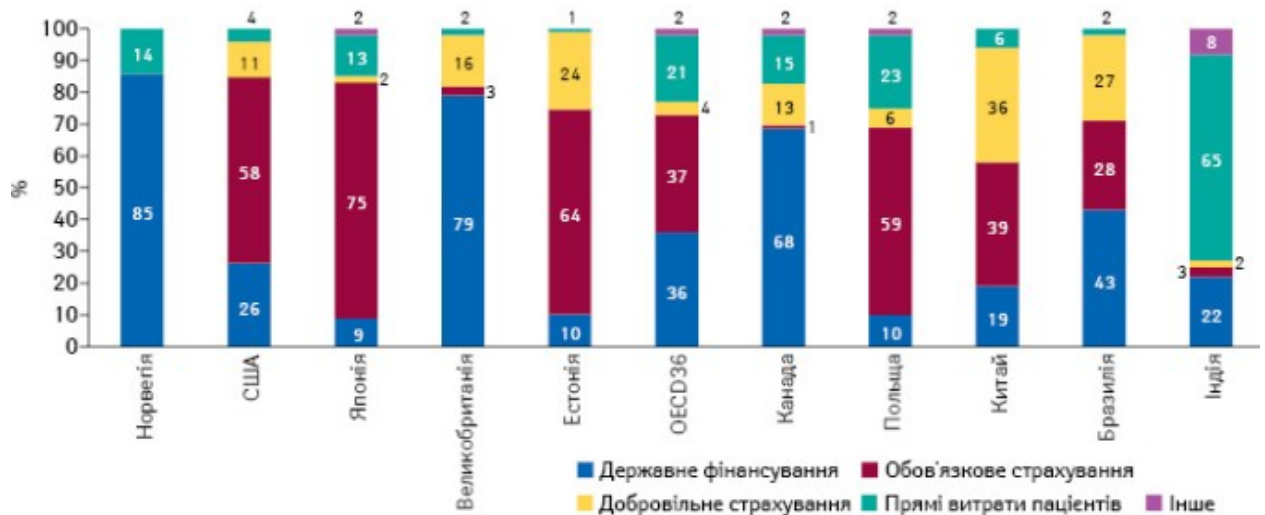


Рис. 2.1. Структура фінансування сфери охорони здоров'я в країнах ОЕСР [69].

За показниками лише 3/4 всіх витрат на охорону здоров'я в рамках ОЕСР покриваються цими видами фінансування. Наприклад, у Норвегії, Данії, Швеції та Великобританії на схеми центрального, регіонального чи місцевого самоврядування припадає близько 80% або більше всіх витрат на охорону здоров'я, решту суми складають прямі виплати пацієнтів [69].

Обов'язкові методи медичного страхування є основним джерелом фінансування медичної допомоги в Німеччині, Японії, Франції, Люксембурзі та Нідерландах, і вони покривають приблизно 3/4 всіх витрат на охорону здоров'я. Незважаючи на те, що Німеччина та Японія покладаються на систему соціального медичного страхування, Франція доповнює покриття медичного страхування системою різноманітних медичних програм приватного страхування, які стали обов'язковими з 2016 року [67].

В країнах ЄС основними цілями публічної політики в сфері охорони

здоров'я можна виділити наступні:

1. Міжсекторне співробітництво з метою покращення параметричних характеристик системи охорони здоров'я.

2. Покращення якості життя людей.

3. Використання інструментарію стратегічного управління в досягненні цілей охорони здоров'я, при цьому такими цілями мають бути: розробка напрямків політики і стратегій щодо здоров'я та благополуччя як загальної соціальної мети, створення для зацікавлених сторін механізмів участі та визначення шляхів досягнення цілей.

4. Обмін знаннями та запровадження інновацій, розширення бази знань, необхідних для розвитку охорони здоров'я, підвищення професійних компетентностей медичних працівників та інших спеціалістів, їх адаптація до нових підходів в охороні здоров'я, спрямування допомоги на потреби пацієнтів, використання новітніх технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

6. Підвищення свідомості кожного громадянина щодо дбайливого ставлення до власного здоров'я [67].

Реалізація європейської моделі публічної політики в сфері охорони здоров'я ґрунтується на таких основних документах як Талліннська хартія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2008 рік) «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», Стратегія «Здоров'я – 2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття», які визначили основними завданнями:

- прискорення прогресу та досягнення максимального потенціалу Європейського регіону в сфері охорони здоров'я, подолання викликів та ризиків здоров'я людства, пов'язаних з нездоровим способом життя;

- переорієнтація системи охорони здоров'я з лікування хвороб на профілактику захворювань та покращання рівня здоров'я, яка має бути побудована на засадах справедливого та сталого фінансування [52; 65; 68;



74].

Сучасні виклики глобалізації, діджиталізації економіки та розвиток інформаційного суспільства зумовлюють якісні зміни та підвищують вимоги населення до системи охорони здоров'я, потребують збільшення інвестицій в цифрову медицину та інші інновації.

Сфера охорони здоров'я зіштовхується з такими глобальними викликами, як пандемія коронавірусу, що пов'язано із стрімким поширенням інфекційного захворювання на території усіх країн світу і вимагає прийняття наднаціональних адаптивних рішень та стабілізаційних програм, створення платформ для обміну досвідом, знаннями і засобами, інноваційних підходів щодо управління сферою охорони здоров'я загалом.

При оцінці здатності національних економік до довгострокового прогресу, перш за все оцінюється індекс людського розвитку (ІЛР), який стосується таких компонентів:

- довготривале та здорове життя;
- доступ до знань;
- гідний рівень життя [64].

Тривалість і здоров'я вимірюється середньою очікуваною тривалістю життя. Для України ці показники складають 72 роки, у світі значення цього показника складає 75 років [64].

Протягом 1990 до 2020 років значення ІЛР України збільшилося з 0,705 до 0,850, тобто на 7,3%. За період з 1990 по 2020 роки очікувана тривалість життя при народженні в Україні збільшилась на 2,8 років, середня кількість років навчання збільшилася на 2,4 роки, а очікувана кількість років навчання зросла на 2,8 років. ВНД на душу населення України скоротився приблизно на 25,8 % в період між 1990 та 2020 роками. Загалом значення ІЛР України 2020 року на рівні 0,850 відповідає середньому значенню 0,850 для країн у групі високого людського розвитку, але є нижчим за середнє значення для країн Європи та Центральної Азії, яке становить 0,879 [55].

Аналізуючи різні країни світу за рівнем медичного забезпечення, слід відзначити такі характеристики, що країни, які розвиваються, мають так званий епідемічний тип патології, натомість у розвинених країнах патологія в основному неепідемічна, інфекційні, паразитарні хвороби перестали бути основними проблемами охорони здоров'я, відносно невисока загальна і дитяча смертність, майже зведена до нуля материнська смертність та важкі хвороби від недостатності харчування. Втім в більшості країн бідність, невисокий рівень загальної та медичної культури, низький розвиток національних систем охорони здоров'я та інші негативні фактори погіршують стан здоров'я населення планети, на що вказують високі показники загальної смертності, особливо дитячої, материнської, розповсюдження інфекційних, у тому числі епідемічних, паразитарних захворювань, хвороб, пов'язаних із харчуванням та водоспоживанням, зниження середньої тривалості життя та інші негативні тенденції [66].

Населення більшості країн світу не має доступу до сучасної кваліфікованої медичної допомоги, уряди не в змозі забезпечити безкоштовну медичну допомогу всім категоріям населення, значна частина жителів неплатоспроможна та не може оплатити базові медичні послуги. У більшості країн поряд з державними закладами охорони здоров'я існують й приватні, тобто позабюджетні медичні установи, послуги яких доступні для більш-менш заможних та платоспроможних громадян [69; 70].

В економічно розвинутих країнах витрати на систему охорони здоров'я щороку зростають і складають 7-14% ВВП [70]. Інколи таку ж частку складають витрати і в країнах, що розвиваються. В економічно менш розвинених країнах всі основні показники матеріально-технічної бази охорони здоров'я також в десятки разів менше, ніж в розвинених: наприклад, в лікарнях 10-30 ліжок на 10000 населення проти 60-120 в економічно розвинених; на одного лікаря припадає 5000-50 000 населення проти 500-1500 в розвинених країнах та ін. [70].

В рамках глобальної Стратегії сталого розвитку до 2030 року у відповідності до цілей сталого розвитку охорони здоров'я визначено основні орієнтири системи управління охороною здоров'я щодо забезпечення здорового способу життя для всіх у будь-якому віці. До 2030 року визначені такі стратегічні напрями, які держави зобов'язуються впровадити у власні системи охорони здоров'я:

1) знизити глобальний коефіцієнт смертності породіль до менш ніж 70 випадків на 100 000 народжених;

2) значно зменшити смертність, якій можна запобігти, серед числа новонароджених і дітей віком до 5 років. Усі країни повинні прийняти заходи зі зменшення неонатальної смертності, до показників не більше як 12 випадків на 1000 новонароджених, а смертність у віці до 5 років – до показників не більше ніж 25 випадків на 1000 новонароджених;

3) подолати епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб та інших інфекційних захворювань;

4) зменшити на 1/3 передчасну смертність від неінфекційних захворювань на основі заходів із профілактики та лікування, а також підтримувати психічне здоров'я та благополуччя населення;

5) удосконалити профілактичну роботу та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем;

6) скоротити кількість смертей і травм внаслідок дорожньо-транспортних пригод вдвічі;

7) сприяти вільному доступу до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, забезпечити увагу питанням охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях;

8) забезпечити широке охоплення медичними послугами більшості населення країн, у тому числі передбачити захист від фінансових ризиків,

підвищення якості основних медико-санітарних послуг, безпечних, ефективних, якісних та доступних ліків та вакцин для всіх;

9) скоротити кількість випадків смертей та захворювань внаслідок впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів;

10) значно активізувати імплементацію Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну у всіх країнах;

11) сприяти науково-експериментальним дослідженням і розробкам вакцин та лікарських препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних хвороб, забезпечувати доступність основних лікарських засобів і вакцин згідно з Дохійською декларацією «Угода ТРІПС і суспільна охорона здоров'я»;

12) нарощувати потенціал усіх країн, а особливо країн, що розвиваються, у сфері попередження та зниження ризиків, для регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я [73].

Для більш детального розгляду та аналізу зарубіжного досвіду моделі формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я ми обрали такі країни, як Німеччина, Чехія та Словаччина.

Отже, в Німеччині страхова медицина бере свій початок з 1883 року, коли було прийнято відповідні страхові закони або так звані «закони Бісмарка». На сучасному етапі медичне страхування є частиною загальнодержавної системи соціального страхування і забезпечує медичну допомогу в разі хвороби, необхідності нагляду, профілактики, нещасних випадків, допомозі при пологах, проходження лікування у спеціалістів загальної практики, фахівців в амбулаторіях, на дому, в стаціонарних відділеннях, необхідності стоматологічної допомоги, забезпечення необхідними ліками та медичними препаратами тощо.

На медичне страхування йде понад 8% ВВП, що становить з 13% усіх витрат на охорону здоров'я. Кошти на медичне страхування надходять з

трьох джерел: 6,5% фонду оплати праці сплачують застраховані, стільки ж роботодавці, решту коштів – покриває держава з бюджету [48]. Фінансування охорони здоров'я, таким чином, забезпечується на 60% в основному за рахунок соціального страхування, на 10% – з коштів приватного (добровільного) страхування, на 15% – за державними асигнуваннями і на 15% – з особистих коштів громадян. Таким чином, на одну людину з усіх джерел на охорону здоров'я витрачається понад 2000 доларів на рік. Всі операції зі страхування здоров'я здійснюють понад 1200 страхових (лікарняних, як їх називали) кас, об'єднаних в асоціації, які контролюють діяльність кас і витрачання коштів лікарями [48].

Традиційно зберігається кілька видів (форм) кас:

- місцеві (переважно для непрацюючих, членів сімей застрахованих), розташовані за місцем проживання;
- виробничі (за місцем роботи);
- морські, гірницькі, сільськогосподарські, ерзац каси (головним чином для службовців) [48].

Таким чином, страхування охоплює понад 90% населення. Заможні громадяни зазвичай користуються добровільним страхуванням, хоча вони можуть бути застрахованими й в системі соціального, державного страхування (такі особи складають приблизно 3%) [48].

Структура управління охороною здоров'я та організації медичної допомоги в Німеччині характерна для економічно розвинених країн: вона охоплює національний, регіональний та муніципальний рівні. Загальнонаціональний контроль здійснює Федеральне міністерство охорони здоров'я та соціальної допомоги.

У регіонах (так званих «землях») є відповідні міністерства, їх органи та установи. Муніципальні установи підвідомчі місцевим органам влади, відповідним радам, комітетам і т.п.

Усі медичні установи працюють на федеральному, регіональному,

місцевому адміністративних рівнях. Медична адміністрація не поширює свою юрисдикцію на страхові каси та їх асоціації, хоча тісно взаємодіє з ними. Окрім профспілок, лікарських асоціацій, асоціацій страхових кас, контроль над страховими організаціями здійснюють міністерства праці, науки, охорони здоров'я та ін.

В Чеській Республіці можемо визначити наступні особливості системи охорони здоров'я такі:

- соціальне медичне страхування охоплює все населення і фінансується з внесків громадян, роботодавців і держави;
- різноманітні форми обслуговування (амбулаторна допомога – в основному приватна, а лікарні державні; в обох випадках постачальники послуг укладають контракти зі страховим фондом);
- спільне обговорення фінансових питань основними зацікавленими сторонами (Уряд стежить за обговоренням і повинен схвалити кінцевий результат; якщо зацікавлені сторони не в змозі дійти згоди, вона може прийняти рішення сама) [61].

Медична допомога в Чеській Республіці надається головним чином на основі державного медичного страхування. На разі існує дев'ять страхових фондів: найбільший з них – ФВМС (має 77 філій по країні). Право на медичне страхування мають всі постійно проживаючі особи в Чеській Республіці, а також ті, хто не живе постійно, якщо їх роботодавець зареєстрував своє підприємство в Чехії [61].

Кожен страховий фонд зобов'язаний приймати будь-якого клієнта, що відповідає критеріям державного медичного страхування, а решта можуть укласти страховий контракт. Будь-який застрахований може раз на рік змінити страховий фонд. Ті, хто не має права на державне страхування, можуть оформити в ФВМС добровільну медичну страховку, але вона матиме додатковий характер. Процес переходу від фінансування за рахунок податків до системи медичного страхування зумовив зростання зацікавленості з боку

медичних працівників, які очікували, що при страховій системі почнуть заробляти набагато більше.

Система обов'язкового медичного страхування була введена 1 січня 1993 року і на разі вона включає дев'ять страхових фондів. Система заснована на принципах рівності та єдності суспільства і фінансується за рахунок внесків фізичних осіб, роботодавців і держави, яка фінансує безробітних, пенсіонерів, дітей та утриманців до 26 років, студентів, жінок відпустці по догляду за дитиною, військовослужбовців, ув'язнених і тих, хто отримує соціальну допомогу, що складає приблизно 56% населення) [61].

Держава також є гарантом страхової системи. Страхові внески стягуються як частка заробітку (до оподаткування): 4,5% платять працівники та 9% роботодавці, а загалом 13,5%. Верхня межа внеску приблизно в шість разів перевищує рівень середнього заробітку по країні. Завдяки цьому система фінансування носить частково регресивний характер. Ті, хто працюють, сплачують самостійно ті ж 13,5%, але лише від 35% прибутку. Для них встановлено також мінімальний внесок з урахуванням рівня інфляції. За непрацюючих Міністерство фінансів щомісяця сплачує 13,5% від мінімального місячного заробітку, встановленого державою [61].

Медична страховка повністю або частково покриває такі види послуг: профілактичні послуги (огляди, вакцинації згідно з рекомендованим календарем щеплень і т. д.); діагностичні процедури; амбулаторне та стаціонарне лікування, в тому числі реабілітація та догляд за хронічними хворими; забезпечення лікарськими засобами та медичним обладнанням; перевезення хворих; санаторно-курортне лікування за направленням лікаря та ін.

Набір медичних послуг в Чеській Республіці досить великий і включає навіть курортне лікування і безрецептурні лікарські засоби, якщо їх прописав лікар, що не оплачується в багатьох інших країнах. З державної системи охорони здоров'я виключені лише окремі види послуг: не

оплачуються косметична хірургія, якщо немає медичних показань, і деякі послуги за запитом клієнта, головним чином, різні медичні огляди. Окремі послуги, включаючи деякі види стоматологічної допомоги (наприклад, протезування), частково оплачуються споживачем. Протези, окуляри і слухові апарати можуть частково або повністю оплачуватися державою [61].

У Словацькій Республіці система охорони здоров'я ґрунтується на державному фінансуванні і реалізується через обов'язкове медичне страхування для громадян країни. Медичне обслуговування контролюється Міністерством охорони здоров'я Словаччини та Бюро з нагляду за охороною здоров'я. Всього в Словаччині п'ять страхових компаній, які займаються медичним страхуванням, дві найбільші з них – державні. Застраховані громадяни можуть в будь-який момент змінити страхову компанію, але між страховими компаніями практично немає конкуренції. Сплата страхових внесків є обов'язковою для всіх працюючих громадян. Є пільгові категорії громадян, за них страхові внески сплачує держава. До них відносяться: безробітні та ті, хто знаходиться в пошуках роботи; пенсіонери; інваліди; тимчасово непрацездатні за станом здоров'я; військові запасу; жінки, які перебувають у відпустці по вагітності та догляду за дитиною [49].

Роботодавець зобов'язаний зареєструвати кожного нового співробітника в одній із страхових компаній. При цьому для працівника страховий внесок становить 4% від базового окладу, роботодавець сплачує 10%. Працюючі інваліди платять тільки 2,6%, решту покриває держава. Індивідуальні підприємці виплачують повністю 14%. Мінімальна зарплата, з якої віднімається страховий внесок, становить 91 Євро [49].

Страхування покриває більшість медичних послуг, таких як нагляд та контроль лікарів, госпіталізація і всі види операцій, ведення вагітності, спостереження за новонародженими, реабілітація. Велика частина медичних послуг в Словаччині надається безкоштовно, доплата здійснюється за деякі рецептурні ліки, стоматологічні послуги та медичні апарати. Необов'язкові



медичні процедури, такі як косметична хірургія та лікування за кордоном не покриваються страховкою.

На отримання безкоштовних лікарських препаратів мають право:

1. Особи, які страждають хронічними захворюваннями;
2. Вагітні жінки;
3. Ветерани воєн [49].

Всі ліки діляться на три категорії: безкоштовні ліки першої необхідності, частково субсидовані, платні.

Умовно всіх лікарі в цій країні поділяються на чотири категорії: лікарі загального профілю (терапевти), дитячі лікарі загального профілю (педіатри), акушери-гінекологи, вузькі фахівці. Терапевти проводять базовий огляд, ставлять діагноз, здійснюють профілактичне лікування, виписують рецепти, відвідують на дому, надають екстрену допомогу. Пацієнти самі вибирають собі лікаря, змінити його можна лише один раз на півроку. Необхідно відзначити, що прийняття хабарів лікарями в Словаччині карається згідно законодавства.

Система медичного забезпечення охоплює рівні адміністративно-територіального поділу. У кожному селищі є медичний центр, а в кожному місті, принаймні, одна лікарня і кілька медичних центрів. У медичних центрах працюють кваліфіковані вузькі фахівці. Тут надаються такі послуги як: ведення вагітності, стоматологічні, терапевтичні, педіатричні, також тут можна отримати необхідну екстрену допомогу та пройти різні діагностичні процедури.

У Словаччині налічується всього 44 клініки [49]. Великі багатопрофільні клініки знаходяться у великих містах: Братиславі, Кошице. Прийом хворих здійснюється через відділення невідкладної допомоги або за направленням лікаря. У ситуаціях, коли не потрібна невідкладна допомога, прийом до лікарні здійснюється за так званим листом очікування. Невідкладна допомога в Словаччині безкоштовна навіть для тих, у кого

немає медичної страховки, і здійснюється вона у будь-якій лікарні в будь-який час.

Стоматологічна допомога в Словаччині не покривається страховкою. Через державну систему охорони здоров'я доступні лише профілактичні огляди. Ліки в аптеках продаються виключно за рецептом лікаря (антибіотики, наприклад, можна отримати тільки за рецептом, а безрецептурні ліки мають більш високу ціну).

Підсумовуючи, можемо сказати, що оптимізація національних систем управління охороною здоров'я в сучасному світі відбувається в таких напрямках:

- вироблення стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин між суб'єктами управління системою охорони здоров'я;
- вирішення специфічних проблем з питань бюджетного / позабюджетного фінансування щодо медичного забезпечення та дотримання соціальних гарантій для населення;
- децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади, яка характерна для більшості європейських країн;
- удосконалення медичного обслуговування, переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності (80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта – вузькоспеціалізованими медичними працівниками);
- посилення конкуренції в сфері охорони здоров'я;
- сприяння розвитку системи добровільного медичного страхування;
- запровадження моделі управління знаннями, яка стимулює інновації, сприяє розвитку співпраці, обміну знаннями між людьми,

прискорює процес навчання, примножує соціальний капітал, зберігає висококваліфікований медичний персонал;

- сприяння використанню сучасних інформаційних технологій, створення основи для багаторазового користування знаннями і впровадження інновацій;

- підтримка лідерства в прийнятті управлінських рішень, впровадження менеджменту закладів охорони здоров'я;

- покращення обслуговування пацієнтів на основі заощадження часу;

- диференціація підходів до управління діяльності в закладах охорони здоров'я та при організації надання медичних послуг.

## **2.2. Засади державної політики в галузі охорони здоров'я України на основі аналізу нормативно-правових актів, які регулюють цю сферу діяльності держави**

Державна політика України в сфері охорони здоров'я пройшла декілька етапів свого розвитку, які умовно можна поділити на такі періоди:

- стабілізаційний (1991 – 2000 роки);
- пошуковий (2000 – 2010 роки);
- пілотний (2010 – 2013 роки);
- інституційно-підготовчий (2014 – 2017 роки);
- реформування (2017-2022 роки).

Створена в країні законодавча основа регулювання сфери управління охороною здоров'я та нормативно-правова база, що її підкріплює та деталізує, спрямована на європейські та світові стандарти надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я громадян. Система, що формується, є значною мірою соціальною, в її основі полягає система медичного обслуговування виключно соціального спрямування, тому швидко перейти

до комерційно-страхової моделі достатньо складно та пов'язано з додатковим навантаженням на державний та місцевий бюджети та фінансове забезпечення домогосподарств.

Крім того, нова модель ґрунтується на імплементованих європейських підходах, що пов'язано з високим рівнем соціальної захищеності громадян. Така модель поєднує ринкові та комерційні підходи із принципами функціонування соціальної держави, важливу роль в цьому процесі відіграє нормативно-правова база у галузі регулювання відносин в охорони здоров'я.

Ці відносини регулюються нормативними актами різної юридичної сили – Конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативно-правовими актами органів влади різних рівнів.

Таким чином, законодавство України в сфері охорони здоров'я – «це комплекс законодавчих і нормативно-правових актів, які регулюють правові, соціально-економічні та морально-етичні основи розвитку і функціонування системи охорони здоров'я в Україні» [46, с. 103].

О. Ціборовський, С. Істомін, В. Сорока в своїх наукових працях говорять, що «прийняття законів у сфері охорони здоров'я та участь державної влади у законодавчому регулюванні системи охорони здоров'я та медичного обслуговування зумовлені бажанням забезпечити гарантії та контроль якості послуг і товарів, що стосуються організації надання медичної допомоги населенню» [57, с. 35]. Тому доцільно розглянути державну політику в медичній галузі на основі вивчення нормативно-правових засадах в цій сфері.

На сьогодні суспільні відносини, що належать до предмета правового регулювання системи охорони здоров'я закріплені в нормах, що містяться у наступних актах законодавства України: Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Цивільному кодексі України,

Бюджетному кодексі України, та інших законодавчих актах України.

Законодавство України про охорону законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України, в якій визначено, що «кожна людина має невід'ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27); «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» (ст. 49); «кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50) [17].

Відповідно до Конституції центральна роль в процесі реалізації політики в сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема органам виконавчої влади [17]. Суспільство і держава несуть відповідальність за життя та здоров'я своїх громадян, перед майбутніми поколіннями за збереження генофонду народу, визначають та дотримуються основних пріоритетів діяльності держави в галузі охорони здоров'я, опікуються питаннями удосконалення умов праці, навчання і відпочинку населення, визначають напрями та заходи з вирішення екологічних проблем, удосконалення медичних послуг та пропаганди здорового способу життя.

Окрім Конституції України, основним нормативно-правовим актом, який регламентує основні засади в системі управління охороною здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який було прийнято 19 листопада 1992 року [6]. Основні принципи національної системи охорони здоров'я було закріплено в ст. 4, де визначено тип охорони здоров'я, принципи (вітчизняна система побудована за англійською моделлю охорони здоров'я), на основі чого приймаються подальші законодавчі засади та удосконалюється система охорони здоров'я у практичному вимірі, тобто у формах сімейної та приватної медицини, запровадженні системи соціального страхування, схеми фінансування з

різних джерел, підвищення соціальних стандартів [6].

Головними положеннями цього Закону стали визначення базових термінів та понять, які використовуються у практиці медичного забезпечення та становлення ринкових відносин, регламентація основних прав та обов'язків суб'єктів взаємодії в медичній галузі, механізми організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми, види та способи надання медичної допомоги, схеми забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона материнства та дитинства, медико-санітарне забезпечення, санаторно-курортна діяльність, надання експертних медичних послуг, регулювання фармацевтичної діяльності, засади міжнародної співпраці [6].

Відповідно до закону та до Конституції України держава гарантує громадянам певні права в медичній галузі, які реалізуються шляхом: «створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я; організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я; фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом; здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я; організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації; встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я» [6; 17].

В цілому закон охоплює достатньо широкий спектр питань медичного забезпечення, що дозволяє зробити висновок про відповідність основ законодавства 1992 року пізніше прийнятим законодавчим та нормативним актам, спрямованим на створення нової системи охорони здоров'я. У цьому законі описана структура системи реформування охорони здоров'я на основі програми медичного забезпечення. Крім цих основних положень, у Законі

регламентується контроль та відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг. У фінансовій сфері така відповідальність розповсюджується на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичного обслуговування, відповідальність покладено на МОЗ України [6].

За цей довгий термін значна кількість поправок та доповнень до Закону значною мірою усучаснили його сутність, особливо зміни, що були прийняті після 2017 року в контексті підготовки до втілення основних механізмів медичної реформи.

Що стосується інших нормативно-правових актів, то перші напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені 20 років тому та закріплені в затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [53]. Позитивним здобутком Концепції розвитку охорони здоров'я населення України є визначення державної політики у сфері охорони здоров'я: створення умов для здорового способу життя, активізація профілактичної діяльності у системі охорони здоров'я, запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, посилення просвітницької роботи серед населення [53]. Але закріплені в нормативно-правовому акті положення переважно мають декларативний характер. При такому стані здоров'я, яким характеризується населення України, необхідно надавати більше інформації щодо раціонального харчування, впливу фізичної активності на здоров'я, умов проживання на окремих територіях тощо.

Для удосконалення роботи в галузі доцільно було удосконалити систему інформаційного забезпечення охорони здоров'я. Для цього напрямку впроваджено моніторинг стану здоров'я, діяльності закладів охорони здоров'я та їх ресурсного забезпечення, рейтингові оцінки регіонів, розроблено і втілено в практику моніторинг впровадження сімейної

медицини. Визначено, що обсяг інформації повинен зосереджуватись саме на базових рівнях управління, чим вищий рівень управління, тим інформація має бути меншою за обсягом, але комплекснішою за своїм характером [53].

Подальшого розвитку ці напрями набули у затвердженій Постановою КМУ від 10 січня 2002 року № 14 Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002 –2011 роки», в Указі Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», та в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженому Постановою КМУ від 13 червня 2007 року № 815 [32; 54; 35]. У 2009 році було розроблений «План заходів щодо подальшого розвитку системи подання медичної допомоги в Україні в умовах фінансово-економічної кризи», але на практиці його не було реалізовано [34].

Створення телекомунікаційних систем зв'язку для дистанційної діагностики пацієнтів і консультування лікарів, удосконалення системи збору та зберігання медичних даних громадян України тощо – це ті напрямки розвитку системи, які слід якнайширше запроваджувати.

Ще одним нормативним документом є розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 року № 1164-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» [41]. Серед головних результатів, яких необхідно було досягти в процесі реалізації Концепції визначено наступні: стабілізація рівнів первинного виходу на інвалідність, що стосувалося насамперед населення працездатного віку на основі запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення з 52,6 до 50 осіб (на 10 000 осіб); зниження рівня госпіталізації у закладах охорони здоров'я до 17 %; досягнення охоплення вакцинацією дитячого населення до рівня 95%; досягнення середнього часу доїзду до пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості – до 20 хвилин; зниження рівнів поширеності основних факторів ризику здоров'я, насамперед куріння, зловживання



алкоголем та наркотичних препаратів, незбалансованого харчування та надмірної ваги тіла, низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії тощо; зниження негативного впливу соціальних чинників на розвиток хронічних захворювань; запровадження державної системи безперервного медико-гігієнічного навчання через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичного виховання, інші соціальні інститути та засоби масової інформації; впровадження у навчальних закладах усіх рівнів акредитації стратегії «Здоров'я через освіту» [41].

Також багато роботи тривало навколо питань якості медичної допомоги та медичних послуг. Одним із механізмів забезпечення якості медичної допомоги було вироблення стандартів медичної допомоги. Згідно законодавства «державний стандарт медичної допомоги – встановлені державою еталони, правила, зразки, вимоги, характеристики, відповідно до яких має плануватися, здійснюватися та оцінюватися діяльність, що стосується надання медичної допомоги» [24]. Важливим кроком щодо забезпечення якості надання медичної допомоги був наказ МОЗ України від 01 серпня 2011 року №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я на період до 2020 року», яким визначено шляхи вдосконалення управління якістю медичної допомоги, серед яких слід вказати: «забезпечення розробки нових та оновлення чинних медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і дотриманням цих стандартів; створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у т. ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які надаються на різних рівнях системи охорони здоров'я, вдосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація,

атестація) та відомчого (незалежна експертиза) контролю якості» [24].

Для ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення підвищення рівня контролю за якістю медичної допомоги відповідно до ст. 7, 14, 22, 141 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» наказом МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 752 затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги, у відповідності до чого «контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу» [25].

В подальшому для забезпечення якості медичної допомоги МОЗ України прийняло ще два накази, які доповнили нормативно-правову базу у сфері безпосереднього управління якістю медичної допомоги населенню: «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» від 06 серпня 2013 року №693 та «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» від 11 вересня 2013 року №795, яким запроваджено відповідний порядок моніторингу основних індикаторів якості медичної допомоги. Таким чином, в Україні вже достатньо тривалий час йдеться про підвищення якості медичних послуг та медичної допомоги, а також про стандартизацію у сфері охорони здоров'я [26; 27].

У 2015 році МОЗ України видав Наказ «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я [28]. Як зазначають вчені, «розвиток телемедицини має два позитивні чинники, які у скрутні фінансові часи та в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабкого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах

поліпшити якість медичного обслуговування населення. Перший, це – можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців, другий – забезпечення доступності послуг у часі» [23, с. 108].

Серед документів, які займають важливе місце в реформуванні системи охорони здоров'я в Україні, слід визначити Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки [30]. У цьому документі описані загальні показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, визначено цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова модель охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості. У відповідності до стратегії визначені основні пріоритети в сфері реформування системи охорони здоров'я (табл.2.1.)

В Стратегії наголошено, що «заклади охорони здоров'я та місцеві органи влади пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками: розробка власного плану розвитку; оцінка результатів із застосуванням сучасних інформаційних і комунікаційних технологій; підзвітність і використання медичної інформації; забезпечення якості; співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства» [30].

**Таблиця 2.1.**

**Основні пріоритети реформування системи охорони здоров'я [30]**

в сфері надання послуг	зміцнення первинної медичної допомоги, реформа мережі лікарень, розбудова системи громадського здоров'я, модернізація служби екстреної допомоги, вдосконалення стоматологічної допомоги
в сфері фінансування охорони здоров'я	диверсифікація та переорієнтація джерел фінансування, розподіл функцій покупців та надавача послуг, створення закупівельного агентства, консолідація коштів, перехід від постатейного фінансування до системи оплати за наданні послуги, розвиток

	медичного страхування
в сфері управління	реформування Міністерства охорони здоров'я, забезпечення автономності постачальників послуг, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я

14 листопада 2017 року було прийнято Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», який був розроблений та прийнятий з метою врегулювання найбільш гострого питання медичного забезпечення, а саме: системи охорони здоров'я сільського населення [10]. Основними заходами були встановлені такі: наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я; впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини; розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей; надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом; розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення; запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників та ін. [10].

В законодавчому регулюванні знайшло своє відображення питання

розвитку телемедицини, що є дуже важливим напрямом розвитку медичної галузі України. У відповідності до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року і Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 року та Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років телемедицину було визначено одним зі стратегічних інноваційних напрямів системи охорони здоров'я, приділено увагу аспектам термінології, базових понять, принципів та методів впровадження в практичну діяльність телемедицини [9; 10; 30].

Важливим, майже ключовим елементом реформування є забезпечення сфери охорони здоров'я України достатніми фінансовими ресурсами, оскільки їх обсяг безпосередньо впливає на результативність медичної реформи. Необхідність реформування системи охорони здоров'я України не викликала сумнівів, оскільки за багатьма показниками соціальними та медичними, наша держава посідає 89 місце у світі (серед 184 країн) за витратами на одну людину, а за показником тривалості життя – 108 місце [4; 12].

Як зазначають вчені, «економічний механізм може мати різні режими функціонування: від жорсткого адміністративно управління з високою централізацією прийняття рішень до повного саморегулювання в умовах вільного ринку» [22, с.8]. Між цими станами можливий перелік варіантів.

Фінансові засади медичного забезпечення регулюються згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», прийнятого у 2017 році: держава за рахунок коштів державного бюджету бере на себе фінансування у межах програми медичних гарантій екстреної медичної допомоги; первинної та вторинної медичної допомоги, а також третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної допомоги та реабілітації; медичної допомоги дітям до

16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [9].

Профілактичні заходи в галузі охорони здоров'я передані на місцевий рівень, таким чином, органи місцевого самоврядування опікуюються питаннями фінансування місцевих програм розвитку та фінансового регулювання комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема встановлені види допомоги на капітальний ремонт та реконструкцію, оновлення матеріально-технічної бази, заохочення медичних працівників та підвищення оплати їх праці, підвищення якості з надання медичних послуг населенню, програми профілактики громадського здоров'я та інші.

Сучасна медична реформа в Україні окреслила перелік проблем, які вимагають зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, пов'язані зі створенням конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, модернізації менеджменту закладів охорони здоров'я, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ [60]. Тобто все це пов'язано із запровадженням стратегії управління змінами в сфері охорони здоров'я, яка й так перебуває в умовах постійних трансформаційних змін. Впровадження ринкових механізмів у державну систему охорони здоров'я робить її більш ефективною та економічною і, як наслідок, удосконалює систему охорони здоров'я, запроваджено достатньо складний перехід від утримання державних та комунальних закладів охорони здоров'я до оплати поданих ними послуг за договорами про медичне обслуговування населення [64].

Важливе значення в цьому контексті має процедура ліцензування професійної діяльності лікарів, яка обумовлена світовим досвідом та реальними потребами системи охорони здоров'я, зокрема, необхідністю встановлення чітких підстав набуття, припинення, обмеження права на надання медичних послуг та медичну діяльність на території України, що має на меті підвищити відповідальність медичних працівників та удосконалити

засади щодо безпеки пацієнтів. З метою забезпечення нагляду за дотриманням прав та безпеки пацієнтів, забезпеченням якісної медичної допомоги та додержанням етичних і правових принципів здійснення фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я передбачено створення при закладах охорони здоров'я наглядових рад за участі громадськості [58, с.4].

Незважаючи на воєнний стан, в Україні тривають реформи в сфері охорони здоров'я. Так, у вересні 2022 року було прийнято Закон України «Про систему громадського здоров'я», який має сприяти врегулюванню відносин в системі громадського здоров'я, зміцненню здоров'я населення та покращенню ситуації із запобігання найбільш розповсюджених в Україні хвороб [11]. В законі визначено основні поняття та терміни, визначено основних суб'єктів правовідносин в медичній системі, засади їх організаційної діяльності, повноваження між центральними органами виконавчої влади, передбачено створення Координаційної ради з питань громадського здоров'я як постійного консультативно-дорадчого органу при МОЗ.

Згідно закону визначено механізми та функції з епідеміологічного нагляду та контролю, заходи із впровадження високих показників охорони здоров'я та благополуччя громадян. Також він закладає основи для підвищення ефективності фінансового забезпечення та розподілу ресурсів в медичній галузі, можливості залучення недержавного сектора в медичній діяльності.

Таким чином, в останні роки в процесі проведення медичної реформи, значно розширена і вдосконалена законодавча і нормативно-правова база державного управління надання якісної медичної допомоги. Зазначені законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин

між державою і суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, визначають рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, удосконалюють контроль якості та подальший розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

### **РОЗДІЛ 3**

#### **НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

##### **3.1. Стан здоров'я населення України як результат реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я**

За часи незалежності населення нашої держави постійно скорочувалося, відносно 52 млн осіб у 1991 році до 44,6 млн осіб у 2018 році, де приблизно 70% громадян проживають у містах. Наприклад, Київ – найбільше місто з населенням у 2,9 млн жителів, також є великі міста, де кількість населення перевищує 1 млн осіб (Дніпро, Харків, Одеса). Таке зменшення кількості населення є наслідком високого рівня міграції та



високих показників смертності. Урбанізація та доступність програм із планування сім'ї зумовили зниження рівня народжуваності з 1,8 до 1,4 новонароджених дітей на 1 жінку у період з 1991 до 2017 років, що також пояснює зниження приросту населення в країні [21].

Також важливим показником стану здоров'я населення є визначення тенденцій захворювання та поширеності основних хвороб. Система охорони здоров'я тісно пов'язана з такими показниками соціально-економічного розвитку як демографічна ситуація. В нашій країні спостерігається доволі складна ситуація в цьому напрямку: рівень смертності перевищує рівень народжуваності вже достатньо тривалий час, зростають тенденції старіння нації, а також міграції [3, с.28; 21; 30].

За статистичними показниками у довоєнний період ці показники склали: з січня по листопад 2021 року громадян країни зменшилось на 380,2 тисячі осіб, на 1 грудня 2021 року чисельність населення становило за приблизними підрахунками 41,208 млн осіб, про що також засвідчувала, окрім інших джерел, й Державна служба статистики [4].

За цей період померло 651 тисяча осіб, натомість як за аналогічний період у 2020 році померло 548,5 тисячі осіб, водночас, дітей народилося менше, ніж у 2020 році: 252,8 тисячі (-19 тисяч), таким чином в сукупності на 100 померлих припадає тільки 38 народжених [4]. Що стосується міграційної політики, яка тісно пов'язана із захистом громадського здоров'я, то імміграція переважає над міграцією не значно: за час, який аналізується, в країну прибуло 438,8 тисячі осіб (+38 тисяч), тоді як виїхало 425 тисяч осіб (+27 тисяч) [4].

За науково-експериментальними прогнозами, які надано директором Інститут демографії Е.Лібановою, населення нашої країни мало скоротитися до 2030 року приблизно до 35 млн осіб, а в найгіршому випадку – до 30 млн осіб (це довоєнні показники) [21].

Вона також наголосила, що в результаті початку повномасштабного вторгнення на територію України, українців зменшиться на набагато більшу кількість осіб (за припущеннями обраховується мільйонами). Війна не лише сама по собі як явище забирає життя багатьох людей, але також вона тісно пов'язана із значним зниженням народжуваності, підвищенням рівня смертності через погіршення стану здоров'я та скорочення середньої тривалості життя внаслідок стресів, несвоєчасного лікування та надання якісної та доступної медичної допомоги, зростання інфекційних хвороб та інших хвороб внаслідок руйнування критичної інфраструктури, поява великої кількості хронічних захворювань [21].

Але на думку Е.Лібанової, все ж таки втрати не перевищать межу катастрофічного масштабу. Більшість втрат стосується міграційних потоків та державної політики в цьому контексті, оскільки значна частина жінок та дітей може залишитися за кордоном і ніколи вже не повернутися в Україну. Вони також можуть потягнути за собою й інших своїх членів родин, батьків, осіб чоловічої статі та інших, якщо з'явиться така можливість [21].

Ми також розділяємо думку і вважаємо, що якщо війна буде тривати ще принаймні шість місяців, то жінки, які спочатку мали намір емігрувати та повернутися назад до України, можуть знайти собі стабільну роботу за кордоном та залишитися в країнах поки що тимчасового перебування. Така кількість втрат може складати від 600 тисяч до 5 млн громадян України, що найбільш є негативною тенденцією – найменша вікова категорія – діти, які є на разі дуже високоінтегровані в соціум зарубіжних країн [21].

За даними ООН, з початком повномасштабного вторгнення на територію України за межі України виїхало понад 7,5 млн осіб, переважно це жінки з дітьми [78].

Зважаючи, що не варто мати сподівання на великий бекі-бум після війни, якщо порівнювати із часами Другої світової війни, відбуваються тенденції із погіршення стану здоров'я громадян, до того ж в Україні й до

війни відстежувалося зростання проблем зі здоров'ям жінок та лікуванням, які стосувалися їх репродуктивних функцій та ін. Після війни відбувалися бебі-буми, оскільки поверталися чоловіки, жінки їх не бачили тривалий час і тоді народжувалося стільки дітей, скільки вони могли. Сучасне життя пов'язане з великою кількістю контрацептивів, батьки думають про власну безпеку, освіту, кар'єру, відпочинок тощо. Тому переважно народжуються діти, які є бажаними та яких батьки планували.

Також існують й інші джерела, які свідчать про скорочення кількості громадян України. Наприклад, в ООН також зробили розрахунки, що в Україні до 2050 року кількість населення зменшиться до 35 млн осіб, таким чином, країна вважається такою, де населення скорочується достатньо швидкими темпами [78].

Фахівці Національної академії наук надали прогноз на основі статичних показників та розрахунків, що до кінця 21 століття населення нашої країни становитиме не більше 22 млн осіб, якщо нічого не буде здійснено з боку держави [21]. На їх думку, велике скорочення населення стосується не тільки України, але також й більшості країн ЄС, де ця проблема на разі вирішується за рахунок мігрантів [21]. Також були припущення, що Україна може бути привабливою для мігрантів із колишніх республік СРСР, азійських країн та Кавказу. Тому можливо було б за їх рахунок стабілізувати чисельність населення. Але науковці вказують на відсутність передумов для зростання кількості населення українців на основі природного приросту населення [50, с.7].

В Україні планувалося провести перепис населення у відповідності до механізмів та процедури компанії Apple, який було заплановано на 2023 рік [21].

Також в Україні залишається доволі високим рівень смертності, у 2021 році він зріс на 6,1% порівняно з попереднім роком; за дев'ять місяців 2021 року в Україні померло 487,9 тисячі громадян, основною причиною

смертності стали серцево-судинні захворювання. Зміни у рівнях смертності протягом останніх років відображені в таблиці 3.1. [4].

**Таблиця 3.1.**

**Показники рівня смертності по Україні протягом 2017-2021 [4].**

Рік	Показники смертності (тис.осіб)
2015	594,8
2016	583,6
2017	574
2018	587,7
2019	581,1
2020	616,8
2021 (січень - вересень)	488,855

Слід відзначити, що основною причиною смертності у ці роки були серцево-судинні захворювання (наприклад, за дев'ять місяців 2021 року від цього захворювання померло 307 126 громадян) [4].

Серед захворювань, які викликають смертність слід назвати: ішемічна хвороба серця (213 279 людей); цереброваскулярні хвороби (59 283 людини); алкогольна кардіоміопатія (2 551 людина). На других позиціях серед причин смертності посідають онкологічні хвороби, у 2021 році від онкологічних захворювань померло 56 322 особи (у 2020 році – 77 891 особа). На третьому місці серед основних причин смертності названо літальні випадки внаслідок захворювань на коронавірус та ускладнення після лікування – 40 200 громадян у 2020 році та 21 285 осіб за дев'ять місяців 2021 року. Також до найбільш розповсюджених причин смертності в нашій країні віднесено нещасні випадки: у 2021 році за цими статтями померло 20 817 людей. Через хвороби органів травлення померло 18 093 громадянина у 2021 році [4; 75].

Серед інших причин смертності є такі: хвороби органів дихання; інфекційні та паразитарні хвороби; хвороби нервової системи; хвороби сечостатевої системи; ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин; розлади психіки та поведінки; хвороби шкіри та підшкірної клітковини; хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини;

хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму. У 2021 році понад 700 осіб померли від природжених вад розвитку, деформації та хромосомної аномалії, а також 62 жінки померли через вагітність, пологи або післяпологовий період [75].

Також важливими показниками є інформація щодо дитячої смертності у порівняльних характеристиках. За статистикою ЮНІСЕФ, протягом останніх двадцяти років рівень дитячої смертності віком до п'яти років знизився майже на 60%, водночас цей показник є доволі високим у світі: в 2019 році від причин, яким можна було запобігти або виліковних хвороб померли 7,4 млн дітей віком до 14 років. Найвищий рівень смертності простежується в країнах Африки, цей показник вище у 9 разів, ніж в країнах ЄС (Додаток Б) [79].

З Додатку Б видно, що у 2019 році найвищий коефіцієнт смертності дітей віком до 5 років був у Нігерії та Сомалі (117 – на 1 тис новонароджених осіб), у першу десятку потрапили країни: Чад, ЦАР, С'єрра-Леоне, Гвінея, Південний Судан, Малі, Бенін, Буркіна-Фасо. Що стосується України, то у 2020 році померло 3350 дітей у віці до 17 років, через зовнішні причини померли 756 дітей, що відображено в таблиці 3.2. [79].

**Таблиця 3.2.**

**Дитяча смертність у 2020 році [79].**

<b>Причина смертності</b>	<b>Кількість осіб</b>
Транспортні нещасні випадки	181
Утоплення та занурення у воду	131
Навмисне самоушкодження	94
Ушкодження з невизначеним наміром	91
Дія диму, вогню та полум'я	34
Отруєння іншими речовинами	34
Напад з метою вбивства (заподіяння ушкодження )	33
Падіння	29
Отруєння та дія алкоголю	3
Інші зовнішні причини	126

Слід також зазначити, що в 1990 році дитяча смертність становила 19 осіб на 1000 дітей до 5 років, протягом періоду до 2019 року цей показник поступово знижувався, у 2019 році становив 8 осіб на 1000 дітей до 5 років [79].

На разі у 2022 році статистичні джерела та джерела ЗМІ вже засвідчили значне зменшення рівня народжуваності в Україні, відбулося зростання народжуваності поза межами країни, і також ця тенденція зростатиме, оскільки є відсоток вагітних, які мають наміри народжувати за кордоном внаслідок кращих умов медичного забезпечення, після пологового нагляду та безпечних умов проживання [21]. Але в разі перемоги Україну очікують швидкі темпи розвитку економіки, мається на увазі розроблений «План Маршала» для України, який активно обговорюється на західних платформах, що може сприяти підвищенню народжуваності в нашій державі. На разі ми можемо сказати, що найбільш напруженою буде ситуація в прикордонних районах (Донецька, Луганська, окремі райони Чернігівської та Харківської областей, Запорізької та Херсонської), натомість значно краще в регіонах, які межують з країнами ЄС.

За даними Державної служби статистики народжуваність характеризувалася такими показниками: у 2019 році народилося 25,8 тисяч немовлят, у 2020 році – 25,3 тисячі малюків, у 2021 році – 23 тисячі малюків, на початок 2022 року – 18 тисяч немовлят. Якщо порівнювати помісячно, то наприклад, у січні 2022 року народилося на 18% менше немовлят порівняно з січнем місяцем 2021 року (18063 відносно 21929) [4]. На часі рішення про народжуваність вирішуються у взаємозв'язку з воєнним станом країни та подальшим розвитком подій. Подальші напрями мають прийматися державою та забезпечуватися медичними установами. Наприклад, на рівні Києва кількість вагітних у 2022 році у травні-червні зменшилася в два рази порівняно з попереднім роком та склала 50% від довоєнного рівня. Зробити

інші прогнози щодо інших регіонів та країни в цілому сьогодні важко, оскільки бойові дії тривають [4].

Водночас, система охорони здоров'я все ще не пододала ряд проблем, які стосуються державної політики в цій галузі та визначають її ефективність:

- високі витрати на охорону здоров'я, все ще наявність власних витрат громадян (так зв. «з кишені»), все це негативно впливає на тих, хто сплатити самотійно за медичні послуги не має змоги, відсутність заходів в державній політиці із запобігання неофіційних оплат за надані медичні послуги;

- фрагментарність у державній політиці, відсутність узгодженості в політиці та формуванні медичного простору регіонів, а також розподілі ресурсів, що призводить до існування структур та медичного персоналу, які не відповідають потребам розвитку місцевого самоврядування та забезпечення охорони здоров'я на місцевому рівні;

- зниження показників здоров'я населення, що вимагає поліпшення доступу до медичних послуг, їх урізноманітнення, проведення діагностичних та профілактичних заходів не формально, а дієво, що потребує вироблення відповідної політики на регіональному рівні;

- міграція медичного персоналу, що становить загрозу для медичної системи України та обмежує можливості органів публічного управління усіх рівнів щодо планування та реалізації державної політики в медичній галузі;

- не належним чином скоординовані дії органів публічного управління та державної політики щодо пропаганди здорового способу життя, відповідного бережливого ставлення до власного здоров'я, необхідності проведення діагностичних процедур тощо.

Адже більшості захворювань можна запобігти шляхом підвищення самоконтролю та відповідальності громадян за власне здоров'я, формування

розуміння та детермінант здоров'я, до яких можуть призвести неправильне харчування, неправильний спосіб життя, зловживання алкогольними та наркотичними речовинами, що вимагає формування поведінкових факторів ризику на загальнонаціональному рівні. Тому зважаючи на ці негативні риси доцільно розробляти подальші напрями та засади державної політики в галузі охорони здоров'я.

### **3.2. Принципи державної політики в галузі охорони здоров'я в найближчій перспективі**

Подальші напрями державної політики Україна ґрунтуються на прагненні щодо збереження, захисту та зміцнення здоров'я громадян, що знайшло втілення у відповідній політиці останніх років, укладанні та підписанні міжнародних угод та декларацій (Національна політика України, Талліннська хартія, політична декларація засідання Генеральної Асамблеї ООН високого рівня) [51; 52; 63]. У 2022 року Президентом України було запроваджено ініціативу United24, яка визначає медичну допомогу як одну з провідних галузей, яка буде фінансуватися з національних та зарубіжних джерел із прозорими механізмами отримання та розподілу фінансових та матеріально-технічних ресурсів [77]. Свої плани про допомогу та спільну діяльність на основі цієї платформи вже висловили багато міжнародних партнерів та урядів зарубіжних держав, неурядові організації різноманітного спрямування та спеціалізації.

Також з метою забезпечення залучення внутрішніх та зовнішніх інвестицій в галузь охорони здоров'я КМУ розроблено проект Стратегії охорони здоров'я до 2030 року, який фокусується навколо п'яти визначених принципів, що мають визначальний вплив на формування коротко-, середньо та довгострокової політики в галузі [36]. Короткосторокова політика пов'язана із наданням гуманітарної допомоги для вирішення гострих та



невідкладних проблем. Середньострокова та довгострокова політика пов'язані із формуванням інвестиційних планів для медичної сфери.

Це такі основні принципи:

- пацієнтоцентричність;
- резильєнтність;
- фінансовий захист та забезпечення рівності у доступі до медичних послуг;
- ефективність та стабільність;
- підзвітність [14; 36].

Розглянемо їх детальніше. Отже, принцип пацієнтоцентричності або орієнтованості на людину – це не просто принцип, а в сучасних умовах трансформації це своєрідне гасло для проведення реформування медичної галузі. Він означає, що в центрі державної політики в сфері охорони здоров'я має бути людина з її потребами в зміцненні та збереженні здоров'я, що пов'язано із новими пріоритетами в запровадженні та наданні медичних послуг, фінансуванні медичної галузі з метою забезпечення доступності медичних послуг для усіх категорій населення.

На практиці це означає, що, наприклад, інвестиції не повинні бути спрямовані на вертикальну систему надання послуг, що організована по кожному захворюванню, а в цілому система охорони здоров'я має бути зосереджена на моделях, які реалізують підтримку здоров'я людини в комплексі. Для цього можна використовувати різноманітні механізми державного управління, в тому числі інтеграції медичних послуг, які спрямовані на певну хворобу або стан, що скоординовані та зосереджені на потребах людини.

Принцип резильєнтності вбачається в тому, що система охорони здоров'я як соціальний інститут разом із соціумом здатні протистояти, реагувати та відповідати на різноманітні виклики та небезпеки, робити це ефективно та своєчасно, відновлюючи або зберігаючи основні структури та

функції [36]. Так звані резильєнтні структури та процеси можуть захистити суспільство, і ставати більш надійними та стійкими, при цьому громади стають більш згуртованими, формується медичний простір території, люди мають можливості для збереження власного здоров'я та життя. Для реалізації цього принципу необхідно розвивати таку модель та механізми управління, які дозволяють людям вчасно відповідати на загрози та виклики, мати можливість для здобуття нових навичок та набувати нові знання, а медичній системі мати можливість відстежувати, оцінювати та вирішувати зростаючі медичні потреби та ризики в сфері охорони здоров'я.

Це стосується, наприклад, коли надзвичайні ситуації створюють можливості для формування оглядів та оцінок, вносити зміни для забезпечення резильєнтності на основі отриманого досвіду. З цією метою доцільно обґрунтувати моделі управління, які можуть адаптуватися до різноманітних обставин, які виникають в сфері громадського здоров'я в різних регіонах та країні в цілому, до конкретних змін, наприклад, як переміщення послуг та пацієнтів, втрата кваліфікованого медичного персоналу, зростання кількості ВПО, прогнозоване повільне або часткове повернення біженців з-за кордону тощо [37, с.12]. Частково ми можемо сказати, що вітчизняна модель є резильєнтною, оскільки наша країна довела здатність швидко адаптувати свої медичні заклади та послуги до умов воєнного стану та перерозподіляти усі наявні обмежені ресурси в галузі охорони здоров'я.

Принцип фінансового захисту та забезпечення рівності у доступі до медичних послуг пов'язаний із необхідністю відповідати суспільним запитам та мати змогу задовольняти надання усіх видів медичних послуг. На разі актуальним є доступ для тих категорій, які найбільше постраждали від війни як прямо, так і опосередковано, для найбільш уразливих категорій населення (які вже мають різноманітні захворювання та інвалідність) та які при цьому найменше здатні вирішити власні фінансові проблеми. Також до цієї групи

осіб віднесено тих людей, які зазнали гендернозумовленого насильства, хто зазнає страждань від психічних і фізичних травм, отриманих внаслідок війни, для людей, яким війна спричинила бідність, втрату майна та засобів для життя, особливо це стосується людей літнього віку із хронічними захворюваннями.

Наступний принцип – ефективності та стабільності полягає в ефективному розподілі ресурсів, особливо у зв'язку з тим, що країна може зіткнутися найближчими роками із значними податковими обмеженнями. Увага до цього принципу була підвищена ще в результаті пандемії COVID-19, оскільки усі заходи які пов'язані з ефективністю медичних послуг та управління в медичній системі враховують не лише наявні потреби в ресурсах, але й стосуються потреб резерву або здатності до швидкого нарощування потужностей [29; 35; 42; 43]. Ефективний розподіл фінансових та інших ресурсів має ключове значення для забезпечення доступності та якості надання медичної допомоги та для подальших інвестицій в галузь. Це також дозволяє адаптувати медичну систему до управління в умовах ведення війни, коли наявні ресурси та місце розташування послуг необхідно скорегувати у відповідності до демографічних показників, які швидко змінюються. Водночас, слід зазначити, що стабільність – це все ж таки інша категорія, яка стосується здатності країни досягати прогресу та встановлених державною політикою цілей, охоплювати медичними послугами усе населення країни [35].

Принцип підзвітності стосується тих чинників, що система охорони здоров'я у вигляді суб'єктів її управління має відповідальність та зобов'язання в галузі охорони здоров'я перед населенням за використання існуючих ресурсів та діяльність. Тому на основі цього принципу вкрай важливо розробити чітку та прозору модель управління, з визначеними функціями та повноваженнями основних суб'єктів управління, їх ролі в системі охорони громадського здоров'я, встановлення основних рівнів

управління, відносин між управлінськими структурами (наприклад, між центральним рівнем виконавчої влади, МОЗ, НСЗУ, Центром громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (ЦГЗ МОЗу) та Центральним агентством із закупівель «Медичні закупівлі України», місцевими адміністраціями, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я) [14; 35; 36; 56]. Також важливим чинником є залучення громадського сектора до розробки та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Такий підхід вимагає запровадження процедур стандартизованого бюджетування, бухгалтерського обліку, фінансової звітності, забезпечення прозорості закупівель та витрат, налагодження комунікаційних зв'язків.

Для забезпечення ефективності на разі законодавчо врегульовано вимогу щодо надходження коштів на витрати з надання медичних послуг на основі механізмів Національної служби охорони здоров'я в межах Програми медичних гарантій (ПМГ) [56]. Проте деякі ресурси можуть надходити окремо (наприклад, безпосередньо постачальникам послуг і фізичним особам), у максимально можливому обсязі вони мають бути інтегровані або принаймні скоординовані з угодами щодо закупівлі медичних послуг через НСЗУ. Капітальні інвестиції повинні бути прозорими та ґрунтуватися на національних практиках закупівлі або уніфіковані практики партнерів.

Зазначені принципи відображають цілі системи охорони здоров'я, але вони є швидше адаптованими для поточних станів та ситуацій. Вони стосуються рішень щодо відновлення країни, які приймаються на національному рівні або в межах багатогалузевих регіональних програм відновлення. Вони не є специфічними для конкретного джерела фінансування чи регіону, можуть бути використані в якості критеріїв та показників оцінки ефективності, спрямування державних та приватних інвестицій, на поточну гуманітарну допомогу, яка надходить в країну, а також створюють фундамент для подальшого відновлення України. Для

того, щоб отримати максимальну користь від запровадження цих принципів в державну політику в сфері охорони здоров'я як критеріїв оцінки заходів із відновлення, доцільно також узгодити критерії та показники оцінювання.

Для подальшого розвитку медичної системи головними завданнями стають трансформація на шляху до більш стійкої, орієнтованої на людину, справедливої, ефективною та підзвітної системи охорони здоров'я.

Зазначені вище принципи не є новими для України, частково вони визначалися в інших законодавчих актах, зокрема, в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки, у Стратегії охорони здоров'я до 2030 року та ін. [30; 36]. Сучасна інтерпретація полягає в необхідності розгляду цих принципів як критеріїв для оцінки та спрямування можливих інвестицій у відповідності до основних напрямків політики в галузі охорони здоров'я України. Це має сприяти для скоординованого та адаптивного підходу щодо інвестування у відновлення системи охорони здоров'я країни. Принципи допомагають реалізувати гасло «відбудувати краще» або, що є більш бажаним, «будувати нове прогресивнішим способом».

Подальші процеси відновлення мають ґрунтуватися на довоєнних стратегіях та реформі в медичній галузі, яка розпочалася у попередні роки та тривала на початку 2022 року [43; 45; 60]. Основною метою має бути зменшення не ефективності в управлінні, розробити та запровадити модель стійкої та надійної системи охорони здоров'я, яка може відповідати на можливі виклики та кризи. Такий підхід також корелює з політикою ВООЗ в сфері реформування системи громадського здоров'я [66].

Отже, основні п'ять принципів допомагають відповісти на питання що та як робити в контексті відновлення та планування розвитку медичної системи, визначити конкретні механізми державної політики та пріоритети. Війна вимагає від нашої країни відновлення функціональності мережі закладів охорони здоров'я, доступ до медичних послуг для населення країни.

В умовах війни триває реагування на надзвичайну ситуацію в містах та регіонах, відбувся перехід до моделі кризового управління, оскільки центральні та місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування діють в умовах воєнного стану та отримують гуманітарну допомогу, спрямовану на покриття нагальних потреб.

Подальший перехід потребує стабільного та динамічного розвитку та відновлення системи охорони здоров'я в Україні, який:

- ґрунтується на сильних сторонах існуючої системи охорони здоров'я України, враховує напрями проголошених раніше реформ та здобутки, яких вдалося досягти;
- визначити середньострокові перспективи розвитку медичної системи, на основі вивчення можливостей для стабілізації, поглиблення та прискорення реалізації існуючої стратегії реформ в Україні;
- ґрунтується на принципах як критеріях для розробки заходів та плану відновлення;
- передбачає послідовність впровадження заходів із відновлення.

В цьому контексті доцільно зміцнити існуючі, відремонтовані або перебудовані заклади первинної медичної допомоги, щоб вони були пристосованими для надання базових медичних послуг та для задоволення потреб у збереженні здоров'я громадян, здатними до нарощування потенціалу щодо розширення спектру медичних послуг. Це пов'язано із:

- переведенням стаціонарних послуг на амбулаторний рівень в межах трансформації системи охорони здоров'я;
- збільшенням охоплення населення цими послугами;
- розширення переліку та обсягу послуг, які надаються відповідно до клінічних протоколів;
- розширення переліку послуг для задоволення критичних потреб, що виникли в результаті війни, зокрема робота з травмою та реабілітацію,

проблеми з боку психічного здоров'я, допомога особам, які пережили гендернозумовлене насильство, та координацію послуг для ВПО;

- координація із системою громадського здоров'я;
- розширення послуг з профілактики хвороб та підтримки здорового способу життя;
- залучення мобільних бригад, які наразі надають основні медичні послуги в рамках гуманітарної допомоги, які згодом можуть стати частиною надання послуг у форматі виїзних консультацій для віддалених районів або забезпечити надолуження у наданні основних послуг, таких як імунізація [29; 35; 42; 43; 44; 45].

Інтеграція медичних послуг, які надаються як гуманітарна допомога, тобто як короткострокова підтримка невідкладних потреб, при розширенні послуг ПМСД має бути інституціоналізована за допомогою адаптації існуючих моделей фінансування постачальників послуг через НСЗУ [29]. Такі моделі повинні фінансувати медичні послуги, основні лікарські засоби та ін.

Зважаючи, що відбудеться скорочення гуманітарних поставок лікарських засобів та медичного обладнання, одним із замісних механізмів має бути розширення централізованих закупівель лікарських засобів та реімбурсації в рамках програми «Доступні ліки», що також допоможе передачі частини стаціонарних послуг на амбулаторний рівень [56].

Одним із пріоритетних напрямів відновлення територій після російської окупації є заходи з відновлення державних та приватних аптек, посилення спроможності Центрального закупівельного агентства «Медичні закупівлі України», зміцнення національного виробництва та мережі постачання медичних товарів. На основі консолідації усіх зусиль, запровадження розширених послуг ПМСД та покращеними інформаційними системами охорони здоров'я та фінансовими системами можна забезпечити безперервність медичної допомоги по всій країні. Для цього слід залучати

кошти як державного бюджету, так і міжнародних донорів, сприяти забезпеченню резильєнтності та адаптивності медичної системи, які необхідні для надання медичних послуг в Україні

Таким чином, багатопрофільні лікарні слід побудувати у відповідності до прогнозованих потреб у первинних, вторинних та третинних медичних послугах для населення, яке проживає або буде проживати на певній території. Початковий етап краще запроваджувати у формі побудови та розширенні послуг ПМСД в процесі переходу від надання послуг в межах гуманітарної допомоги до покращення доступу до лікарських засобів, травматологічної та невідкладної допомоги, а також посилення епідеміологічного нагляду.

На цьому етапі найбільш доцільним є створення майданчика для подальшої державної політики щодо відбудови та реконструкції багатопрофільних лікарень та центрів амбулаторної допомоги. Слід враховувати час, який буде необхідний для реконструкції та відновлення медичної мережі, початкові та подальші заходи можуть бути розпочаті одночасно, але доцільно визначати пріоритети державної політики для залучення фінансування та швидшої реалізації державної політики та досягнення заявлених результатів.

Слід також зазначити, що існують певні критерії, за якими регіони можуть мати істотні відмінності, і які мають вплив на формування та реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я, що відображено в таблиці 3.2.

**Таблиця 3.2.**

**Фактори впливу на формування та реалізацію державної політики в галузі охорони здоров'я на найближчі роки**

<b>Фактор впливу</b>	<b>Його характеристика</b>
статус конфлікту	наприклад, державний контроль над територіями з різним рівнем порушення надання послуг, території бойових дій або території, які тимчасово не контролюються урядом



кількість ВПО	врахування кількості ВПО та (або) біженців, що повертаються з-за кордону
кількість медичних працівників	Кількість медичного персоналу, які залишаються в медичних закладах або в регіоні
перехід від військового до цивільного управління	використання потенціалу медичних закладів та можливості для якнайшвидшого переходу до цивільного управління

Серед подальших заходів щодо відновлення функціонування медичної системи та надання послуг населенню країни можемо виділити наступні:

- визнання різних часових рамок для різних видів інвестицій;
- координація інвестицій з інституційною системою, функціями та взаємовідносинами, зокрема можливість закупівлі послуг ПМГ через НСЗУ для забезпечення стабільності інвестицій у заклади охорони здоров'я;
- розвиток фізичної інфраструктури та людського капіталу;
- надання керівництву медичних закладів повноважень покращувати облік і фінансове управління на рівні закладу;
- корегування інвестицій щодо регіонального розвитку регіонів із вимогами національних стандартів, особливо зважаючи на необхідність залучення інвестицій в інфраструктуру медичних закладів на місцях за територіальним принципом, а не за рівнем місцевої адміністрації; надання пріоритету багатопрофільним закладам.

Отже, основні визначені принципи державної політики в галузі охорони здоров'я можуть бути використані як критерії оцінки для залучення інвестицій у відновлення медичної галуззі України.

Не менш важливим напрямом державної політики в сфері збереження життя та здоров'я громадян країни є готовність до всіх видів небезпек. Ці питання набули особливого та гострого звучання в умовах війни.

Вони достатньо складні та потребують підготовки населення до можливості захисту від усіх видів небезпек: хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові речовини (ХБРЯВР). Це пов'язано з переорієнтацію

закладів охорони здоров'я, які надають екстрену медичну допомогу, підготовкою персоналу та в цілому удосконалення діяльності медицини катастроф. Ці питання стосуються запровадження координаційної політики між різнопрофільними структурами, як наприклад, Державною службою України з надзвичайних ситуацій та військово-медичними відомствами, з метою активізації готовності нашої держави до використання підходів до усіх видів ризиків.

Не можемо не брати до уваги політику щодо подолання пандемії COVID-19 та її наслідків, важливо й надалі забезпечувати дотримання рекомендацій ВООЗ ЖЕЕ, що може бути досягнуто у запровадженні наступних кроків: прийняти національний план дій з безпеки у галузі охорони здоров'я на п'ять років на основі підходів «Єдине здоров'я» та «небезпеки всіх типів» на рівні уряду, різних міністерств та відомств; розробити та впровадити багатогалузевий план реагування на надзвичайні ситуації на небезпеки всіх типів на основі стратегічної оцінки ризиків та картографії; розробити модель управління та лідерства з управління, контролю та координації, засновану на доказах і адаптовану до потреб територіальних громад; розробити та впровадити багатоетапну програму регулярних навчальних курсів та тренувань для працівників усіх секторів; залучити громади до механізми повідомлення про можливі ризики та інформування про алгоритм дій; запровадити у процедури планування використання своєчасних і якісних даних на основі сучасних інформаційних джерел; створити повноцінну мережу постачання та своєчасної підтримки, що мають бути доступними в будь-який час; підготуватися до надання основних послуг у галузі охорони здоров'я людям, які змінюють постійне місце проживання та для ВПО.

В процесі післявоєнного відновлення основний акцент полягає в площині залучення інвестицій та міжнародної допомоги, розробці державної політики у відповідності до міжнародних стандартів на основі визначених

принципів. Для розбудови системи ефективного реагування на нові загрози, необхідним є також перегляд епідеміологічної ситуації, що може змінитись внаслідок війни. В цьому контексті забезпечення відновлення водопостачання та санітарних послуг є першочерговим завданням і повинно бути включеним в державну політику разом із розширенням спектру ПМСД.

## **ВИСНОВКИ**

В результаті проведення магістерського дослідження було досягнуто

мету магістерської роботи щодо визначення особливостей формування та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я України та напрямів подальшого удосконалення державного управління в цій сфері. Для досягнення мети було визначено ряд завдань, виконання яких дозволяє сформулювати наступні висновки та пропозиції.

1. Систематизовано наукові точки зору щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Було визначено, що в сфері публічного управління та адміністрування питання удосконалення державної політики в галузі охорони здоров'я розглядалося достатньо тривалий час, існують комплексні дослідження, які окреслюють основні підходи до формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я, моделі охорони здоров'я в країнах світу, основні глобальні напрями розвитку системи охорони здоров'я та питання уніфікації в медичній сфері.

2. Досліджено особливості механізмів формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Загалом при розгляді державної політики в галузі охорони здоров'я її вивчають з позицій двох процесів: формування та подальшої реалізації. Більшість проблемних питань полягає саме в площині реалізації державної політики. Аналіз наукової літератури дозволяє говорити, що принципи, на яких будувалася раніше медична система країни та державна політика, в сучасних умовах державотворення потребують перегляду, частково, зважаючи на головний фактор впливу – воєнний стан в Україні. Водночас зміна принципів пов'язана зі зміною заходів та методів державної політики в галузі та виробленням пропозицій щодо напрямів розвитку в найближчому майбутньому.

3. Вивчено та проаналізовано зарубіжний досвід щодо формування та реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на основі вивчення медичних систем та моделей управління ними деяких країн. В глобальному вимірі політики з управління охороною здоров'я пов'язані із уніфікацією та удосконаленням стандартизації надання медичних послуг,

інтеграцією медичних послуг та закладів в систему ринкових відносин країн, розподілом повноважень між усіма суб'єктами управління, децентралізацією основних управлінських функцій, запровадженням менеджменту в систему закладів охорони здоров'я, вирішенням фінансування галузі з дотриманням вимог соціальних гарантій, розвитком добровільного страхування, пріоритетністю в ранній діагностиці захворювань та їх профілактиці, впровадженням інновацій в медичну галузь.

4. Досліджено основні засади державної політики в галузі охорони здоров'я України на основі аналізу нормативно-правових актів, які регулюють цю сферу діяльності держави. Протягом років незалежності Україна пройшла тривалий етап трансформації галузі, що супроводжувалося значними негативними рисами в державній політиці. Виділяють п'ять етапів становлення медичної галузі України, які визначаються певними особливостями та нормативно-правовими актами, тобто змінами в державній політиці. Але сучасна політика в умовах воєнного стану також має власні, відмінні від попередніх періодів, риси. Тому цей етап ще знайде своє місце при подальших дослідженнях. Він пов'язаний з необхідністю швидко адаптувати медичну галузь до управління та забезпечення громадського здоров'я в умовах воєнного стану, що в науковому змісті, на жаль, є унікальним досвідом України.

5. Проаналізовано показники стану здоров'я населення як об'єкт управління та результат реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я України, на основі чого приймаються подальші напрями державної політики в медичній галузі. В минулі роки за різноманітними розрахунками населення України мало скоротитися до 35млн. осіб до 2030 року, за деякими джерелами взагалі – до 30 млн осіб. Демографічні показники вказують, що держава належить до таких типів держав, де населення скорочується достатньо швидкими темпами.

Серед основних причин смертності визначаються серцево-судинні

захворювання, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні хвороби, алкогольна кардіоміопатія, онкологічні хвороби, захворювання на коронавірус та ускладнення після лікування, а також нещасні випадки.

Внаслідок збройної агресії населення України значно скоротиться і за попередніми оцінками ця кількість осіб сягає мільйонів, оскільки гинуть люди внаслідок воєнних дій, а також мають місце супутні показники – зниження народжуваності, підвищення смертності через погіршення стану здоров'я та скорочення середньої тривалості життя внаслідок стресів, несвоєчасного лікування, можливе зростання інфекційних хвороб внаслідок антисанітарії, перехід захворювань в хронічні. Кількість осіб, які становлять міграційні потоки з початком воєнного вторгнення, склала 7,5 млн осіб, переважно, це жінки та діти. Тут є свої особливості, оскільки ці категорії є високоінтегрованими в соціуми зарубіжних країн. Якщо на початку більшість громадян сподівалася на швидке повернення, то на разі тенденції залишитися на місцях тимчасового проживання зростають.

Загалом системи охорони здоров'я позначається такими негативними рисами: високі витрати на систему охорони здоров'я, відсутність бачення формуванні медичного простору та медичної спільноти регіонів, зниження показників здоров'я громадян, висока міграція медичного персоналу, не достатньо сформована політика здорового способу життя та дбайливого ставлення до власного здоров'я та ін.

6. Визначено принципи та основні засади державної політики в галузі охорони здоров'я у найближчій перспективі. В зарубіжних дослідженнях та експертних оцінках щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я України наголошується на необхідності запровадити такі принципи державної політики, як піцієнтоцентричність; резильєнтність; фінансовий захист та забезпечення рівності у доступі до медичних послуг; ефективність та стабільність; підзвітність. На нашу думку, зазначені принципи й раніше були підґрунтям для державної політики в галузі охорони

здоров'я, окрім одного – це так званий принцип резильєнтності. Його особливість полягає в тому, що система охорони здоров'я повинна бути готова до протистояння зовнішнім небезпекам, реагувати та відповідати на загрози та ризики, негативні тенденції та соціальні виклики, водночас при цьому бути ефективною та реагувати оперативно та дієво. Також ці питання пов'язані з удосконаленням діяльності не тільки певних ланок, як наприклад, центри екстреної медицини, але й широкою підготовкою населення до самозбереження та захисту від усіх видів небезпек, що набуло особливого значення у 2022 році.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аналіз політики охорони здоров'я: навч. посіб. / Тетяна Семигіна. – К. : ВПЦ НаУКМА, 2012. – 479 с.

2. Вакуленко О.В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.05 / О.В. Вакуленко ; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – К., 2001. – 20 с.
3. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : моногр. / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
4. Державна служба статистики: статистична інформація // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ukrstat.gov.ua/>
5. Жалінська І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07 / І. В. Жалінська ; НАН України ; Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. – К., 2011. – 20 с.
6. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-XII // ВВР України. – 1993. – № 4. – Ст. 12, 19.
7. Закон України «Про ратифікацію Конвенції Міжнародної організації праці про мінімальні рівні соціального забезпечення №102» від 16 березня 2016 року №1024-VIII // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1024-19#Text>
8. Закон України «Про лікарські засоби» від 2018 року № 22 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр>).
9. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року №2168-VIII // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>).
10. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» 14 листопада 2017 року №2206-



VIII // [Електронний ресурс]. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

11. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06 вересня 2022 року №2573-IX // [Електронний ресурс]. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2573-20>

12. Здоров'я та зміни клімату – в Україні розглянули Національний план дій з адаптації населення. Київ: Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; 24 травня 2019 року // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/news/zdorovya-ta-zmini-klimatu-v-ukraini-rozglyanuli-nacionalniy-plandiy-z-adaptacii-naselennya>).

13. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : автореф. дис... канд. екон. наук: 08.04.01 / Н.І. Карпишин ; Терноп. держ. екон. ун-т. – Т., 2006. – 21 с.

14. Ключові принципи кадрової політики Центру громадського здоров'я. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України; 2019 рік // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (<https://phc.org.ua/karerata-navchannya/vakansii>).

15. Конвенція «Про медичну допомогу і допомоги у випадку хвороби» за № 130 від 1969 року // [Електронний ресурс]. – Режим доступу:  
[https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993\\_184#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/993_184#Text)

16. Кондратюк С.М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.07 / С.М. Кондратюк ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2003. – 20 с.

17. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. – К.: Преса України, 1997. – 80 с.

18. Корнієць В. В. Адміністративно-правові основи відповідальності за правопорушення у санітарно-епідеміологічній сфері в контексті

адміністративно-правової реформи в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / В. В. Корнієць ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2010. – 20 с.

19. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених // [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>

20. Кузьменко В.Ю. Виховання в учнів 8 - 9 класів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.07 / В.Ю. Кузьменко ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2003. – 20 с.

21. Лібанова Е. Стало відомо, скільки людей наразі проживає в Україні // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://konkurent.ua/publication/105751/stalo-vidomo-skilki-ludey-narazi-prozhivae-v-ukraini/>

22. Малік Є.О. Система фінансування охорони здоров'я: конкурентні та соціальні критерії розвитку: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.00.08 / Є.О. Малік ; Держ. вищ. навч. заклад «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – К., 2007. – 18 с.

23. Мінцберг Г. Міфи про охорону здоров'я: як не помилитися, реформуючи медичну систему. – Київ, 2019. – 232 с.

24. Наказ МОЗ України від 01 серпня 2011 року №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я на період до 2020 року // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>

25. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 752 «Про Порядок контролю якості медичної допомоги» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.medconsulting.com.ua/ua/nakazy-moz/nakaz-moz-ukrajini-752-vid-28092012-pro-poryadok-kontrolyu-yakosti-medichnoji-dopomogi>

26. Наказ МОЗ України від 06 серпня 2013 року №693 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» //

[Електронний ресурс]. – Режим доступу:  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1717-13#Text>

27. Наказ МОЗ від 11 вересня 2013 року №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>

28. Наказ МОЗ від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

29. Наказ МОЗ України від 19 березня 2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministrymandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-prozatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>).

30. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я на період 2015-2020 років // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

31. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. - № 2 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://el-zbirn-du.at.ua/2014\\_2/14.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf)

32. Постанова КМУ від 10 січня 2002 року № 14 «Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002 –2011 роки» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text>

33. Постанова КМУ від 13 червня 2007 року № 815 «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF#Text>

34. Постанова КМУ від 20 грудня 2008 року №1107 «Про затвердження Програми діяльності КМУ «Подолання впливу світової фінансово-економічної кризи та поступальний розвиток» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1107-2008-%D0%BF#Text>

35. Постанова КМУ від 22 грудня 2017 року № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п>).

36. Проект Стратегії розвитку галузі охорони здоров'я до 2030 року // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://uozkmr.gov.ua/main/1583-rozrobleno-proyekt-strategyi-rozvitku-galuz-ohoroni-zdorovya-do-2030-roku.html>

37. Прутько С.Г. Політико-правові засади екологічно безпечного розвитку України : автореф. дис... канд. політ. наук: 23.00.02 / С.Г. Прутько ; Ін-т держави і права ім. В.М.Корецького НАН України. – К., 2007. – 19 с.

38. Пухкал О.Г. Модернізація державного управління в контексті розвитку громадянського суспільства в Україні: монографія. – К, вид-во КНУ ім.Т.Шевченка, 2010.

39. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Я.Ф. Радиш ; Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2003. – 35 с.

40. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.О. Рингач ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2010. – 36 с.

41. Розпорядження КМУ від 31 жовтня 2011 року № 1164-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80#Text>

42. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 року № 1013-г «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>).

43. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 року № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/>.

44. Розпорядження КМУ від 27 грудня 2017 року № 1018-р «Про схвалення Концепції розвитку психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/pro-shvalennya-konceptsiyi-rozvit>).

45. Розпорядження КМУ від 22 травня 2019 року № 383-р «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-p>).

46. Семигіна Т. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : монографія. – К. : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.

47. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні : моногр. / І. Я. Сенюта; Акад. прав. наук України, НДІ держ. буд-ва та місц. самоврядування. – Л. : Вид-во «ПАІС», 2007. – 223 с. – (Пр. Львів. лаб. прав людини і громадянина. Сер. І. Дослідж. та реф.; Вип. 14).

48. Система охорони здоров'я в Німеччині // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://integreat.app/dortmund/uk>

49. Система охорони здоров'я Словаччини // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2015/october/article-9.php>

50. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: Автореф. дис... канд. наук з

держ. упр.: 25.00.02 / Н.Д. Солоненко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. – К., 2004. – 20 с.

51. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правове забезпечення запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 / В. Ю. Стеценко ; Харк. нац. ун-т внутр. справ. – Х., 2010. – 40 с.

52. Таллинская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. ВООЗ. Европейское бюро ВООЗ. Таллин, Эстония, 25-27 июня 2008 // [Електронний ресурс]. – Режим доступу <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349657/WHO-EURO-2008-4229-43988-62009-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

53. Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>

54. Указ Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text>

55. Україна піднялася на 14 позицій в Індексі людського розвитку // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dzi.gov.ua/press-centre/news/ukrayina-pidnyalasya-na-14-pozytsij-v-indeksi-lyudskogo-rozvytku>

56. Українська програма «Доступні ліки» значно покращила доступ пацієнтів до лікарських засобів // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (<http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/news/news/2019/04/ukrainesaffordable-medicines-programme-shown-to-have-significantly-improved-access-to-medicines>).

57. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / Ціборовський О. М., Істомін С. В., Сорока В. М. – К., 2011. – 72 с.

58. Шатковська І. В. Адміністративно-правове забезпечення лікарської таємниці в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / І. В. Шатковська ; Нац. ун-т біоресурсів і природокористування України. – К., 2010. – 20 с.

59. Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я // Економіка і право охорони здоров'я. - № 2 (4). – 2016. - С. 72-75.

60. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К.: Медінформ, 2018. - 458 с.

61. Як працює система охорони здоров'я в Чехії // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/iak-pratsiuie-sistiema-okhoroni-zdorovia-v-chiekhii-341746/>

62. Яковлєв М. В. Явище інституційного ізоморфізму у процесах демократичної трансформації постсоціалістичних держав (теорія питання): автореф. дис. ... канд. політ. наук : 23.00.01 / М. В. Яковлєв ; НАН України, Ін-т політ. і етнонац. дослідж. ім. І.Ф. Кураса. – К., 2010. – 16 с.

63. European Atomic Energy Community, European Union, The Member States, Ukraine. Association Agreement between the European Union and its Member States, of the one part, and Ukraine, of the other part. OJEU. UHC2030 International Health Partnership.

64. Evaluation of the affordable medicines programme in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311229/9789289054003-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

65. GAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

66. Global compact for progress towards universal health coverage. UHC2030 International Health Partnership; 2019 ([https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About\\_UHC2030/mgt\\_arrangements\\_\\_\\_docs/UHC2030\\_Official\\_documents/UHC2030\\_Global\\_Compact\\_WEB.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_Global_Compact_WEB.pdf)).

67. Goroshko A, Shapoval N, Lai T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/381590/ukraine-fpeng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/381590/ukraine-fpeng.pdf?ua=1)).

68. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf)).

69. Health at a Glance 2019: OECD Indicators // <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>

70. International health regulations (2005), third edition. Geneva: World Health Organization; // (<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>).

71. Model EMS clinical guidelines, version 2.2. Falls Church (VA): National Association of State EMS Officials; 2019 // ([https:// nasemso.org/wp-](https://nasemso.org/wp-)



content/uploads/National-Model-EMS-Clinical-Guidelines-2017-PDF-Version-2.2.pdf).

72. OECD // <https://www.oecd.org/ukraine-hub/en/>

73. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (United Nations General Assembly resolution 70/1 // [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)).

74. Thirteenth general programme of work 2019–2023. Geneva: World Health Organisation; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>).

75. Ukraine health reform: leapfrogging to modern health system. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/370850/pollab-ukraine-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/370850/pollab-ukraine-eng.pdf?ua=1)).

76. Ukraine joins European Health Research Network to strengthen the health research system for evidence-informed policymaking. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 3 December 2018 // (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidenceinformed-policy-making/news/news/2018/12/ukraine-joins-european-health-research-network-to-strengthen-thehealthresearch-system-for-evidence-informed-policy-making>)

77. UNITED24 – ініціатива Президента України // <https://u24.gov.ua/uk>

78. UN: The Sustainable Development Goals // <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

79. UNISEF : Office of global insight and policy // <https://www.unicef.org/globalinsight/>

80. World Health Organization model list of essential medicines: 21st list. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf?ua=1>).

81. WHO's Global Health Estimates // <https://www.who.int/data/global-health-estimates>