

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА АДМІНІСТРУВАННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: «СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»

Виконала: студентка 6 курсу 639МЗ групи
галузі знань:

28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:

281 Публічне управління та адміністрування
Качалова Олена Андріївна

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. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	6
1.1. Система охорони здоров'я у категоріальному апараті науки публічного управління	6
1.2. Принципи та форми державного управління системою охорони здоров'я	12
1.3. Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я	21
РОЗДІЛ 2. ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ВІТЧИЗНЯНОЮ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТЛІ СУЧАСНИХ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ	29
2.1. Реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я	29
2.2. Децентралізована модель фінансування сфери охорони здоров'я	39
2.3. Механізми державного регулювання надання медичних послуг як однієї із важливих складових сфери охорони здоров'я	47
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	59
3.1. Проблеми функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та способи їх вирішення	59
3.2. Впровадження в Україні позитивного іноземного досвіду державного управління системою охорони здоров'я	65
ВИСНОВКИ	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	85

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У ХХІ ст. у сфері охорони здоров'я ключовими лозунгами стали такі терміни як якість, результати та цінність. Відповідно головною метою будь-якої системи охорони здоров'я є доступність і якість медичного обслуговування. На сьогодні демократичні країни світу ставлять перед собою завдання як за мінімальні ресурси побудувати ефективну модель системи охорони здоров'я та досягти найвищого рівня здоров'я населення, забезпечити кращі показники здоров'я людей і продовження тривалості їх життя. Адже здоров'я нації – це беззаперечна цінність кожної держави. Це, зокрема, стосується й України, однією із найважливіших функцій якої, як соціальної і правової держави, є збереження і зміцнення здоров'я населення.

Незважаючи на складну економічну ситуацію та повномасштабну війну в Україні, безупинно здійснюється державне управління системою охорони здоров'я, триває процес реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, орієнтованої на потреби пацієнтів із використанням сучасних інформаційних і медичних технологій, що є важливим і необхідним кроком з огляду на євроінтеграційний зовнішньополітичний курс держави. Все це, у свою чергу, потребує ґрунтовного наукового дослідження з метою окреслення сучасного стану державного управління вітчизняною системою охорони здоров'я та моделювання можливих шляхів його удосконалення.

Вищенаведене свідчить про значну актуальність теми дослідження та визначає його цільову спрямованість.

Стан наукової розробки теми. Загальні питання здійснення державного управління системою охорони здоров'я в Україні у своїх роботах досліджували: В.Б. Авернов'янов, С.Б. Булеца, З.С. Гладун, Д.І. Горбатова, Д.В. Карамішев, В.А. Москаленко, І.В. Рожкова, Л.М. Руснак, Є.Ю. Ткач. Окремі аспекти здійснення державного управління вітчизняною системою

охорони здоров'я у світлі сучасних публічно-управлінських перетворень відображені у наукових працях: В.Л. Бабченка, А.Д. Барзиловича, Ю.В. Ващенко, Ю.А. Матвієнка, Д.І. Романюка, С.А. Рудого, М.П. Стівана, Ю.Б. Ященко та інших дослідників.

Метою роботи є дослідження сучасного стану державного управління системою охорони здоров'я в Україні.

державного регулювання надання допомоги по безробіттю в Україні під час дії воєнного стану.

Зазначена вище мета досягається постановкою таких **завдань**:

- розглянути теоретико-правові засади державного управління системою охорони здоров'я в Україні;
- охарактеризувати процес реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я;
- описати децентралізовану модель фінансування сфери охорони здоров'я;
- проаналізувати механізми державного регулювання надання медичних послуг як однієї із важливих складових сфери охорони здоров'я;
- визначити проблеми функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та запропонувати способи їх вирішення;
- узагальнити іноземний досвід державного управління системою охорони здоров'я та обґрунтувати необхідність його впровадження в Україні.

Об'єктом роботи є суспільні відносини, що виникають у зв'язку із державним управлінням вітчизняною системою охорони здоров'я.

Предметом роботи є державне управління вітчизняною системою охорони здоров'я.

Методи дослідження. При написанні роботи були використанні загальнонаукові і спеціальні методи дослідження. Формально-логічний метод використано для визначення основних понять дослідження. На основі системно-функціонального методу розглянуто теоретико-правові засади державного управління системою охорони здоров'я в Україні. За допомогою

порівняльно-правового та системно-аналітичного методів проаналізовано окремі аспекти здійснення державного управління вітчизняною системою охорони здоров'я у світлі сучасних публічно-управлінських перетворень. Використання причинно-наслідкового аналізу та методу прогнозування дало змогу визначити проблеми функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та запропонувати способи їх вирішення. На основі логічного і діалектичного методів зроблено відповідні висновки.

Наукова новизна дослідження. Дана робота є самостійною науковою працею в галузі публічного управління, в якій автором отримано науково-обґрунтовані результати, що описують існуючий стан державного управління вітчизняною системою охорони здоров'я у світлі сучасних публічно-управлінських перетворень. Основні положення кваліфікаційної роботи, що визначають її наукову новизну, полягають: в систематизації процесу реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я; у формулюванні способів удосконалення функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я; у визначенні можливостей впровадження в Україні іноземного досвіду державного управління системою охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що на основі аналізу нормативно-правової бази і здобутків вітчизняної науки публічного управління, в кваліфікаційній роботі досліджено сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я та запропоновано способи удосконалення функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я. Практичне застосування отриманих результатів сприятиме оптимізації здійсненню державного управління системою охорони здоров'я, а також підвищення якості надання медичних послуг.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об'єднують вісім підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи складає 89 сторінок, основного тексту – 75 сторінок. Список використаних джерел налічує 69 найменувань. Робота містить 5 рисунків та 5 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Система охорони здоров'я у категоріальному апараті науки публічного управління

Поняття «здоров'я» неможливо сформулювати однозначно, воно є дещо умовним і об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, фізіологічних та біохімічних показників, що визначаються з урахуванням статевих та вікових факторів, а також кліматичних і географічних умов. Зараз налічується понад чотирьохсот визначень цього терміну.

Сутність здоров'я стосується філософських, політичних, соціальних та інших аспектів. Філософські аспекти полягають у виборі ціннісних орієнтирів, політичні – у забезпеченні стабільності та безпеки держави, соціальні – у відновленні трудових ресурсів та здатності до суспільно-корисної діяльності, економічні – у підвищенні продуктивності та результативності праці, створенні якісних матеріальних благ, що поліпшують добробут населення, якість і рівень життя людей. Психологічна складова визначається перевагами, мотивацією у поведінці зі здоров'язбереження, медична – у формуванні потреби саме у послугах охорони здоров'я [24].

Здоров'я є природним, невідчужуваним і невід'ємним благом, без якого певною мірою втрачають значення інші суспільні цінності, оскільки нездорова людина так чи інакше обмежена у своїй фізіологічній і соціальній активності, у спілкуванні, у побуті, у виборі місця проживання, в освіті та трудовій діяльності тощо. Здоров'я є однією із найважливіших потреб і прагнень людини, однією з цілей розвитку суспільства, прогрес якого

нерозривно пов'язаний із цим благом [66, с. 79]. Інакше кажучи, здоров'я є важливим соціальним та економічним чинником, від рівня якого значно залежать економічні ресурси, фізичний, духовний і моральний потенціал суспільства.

Відповідно до положень Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, якого практично не буває. Також вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів [58].

Окрім того, у визначенні ВООЗ в одну низку з традиційними критеріями здоров'я – фізичним (соматичним) і душевним (психічним) – поставлено також і спосіб життя, якого людина дотримується через соціальні й економічні обставини [20., с. 131].

У вітчизняному законодавстві закріплено, що здоров'я – це «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад» [27].

Разом із тим, більшість вітчизняних науковців наголошують на тому, що здоров'я – це «максимально досяжний та оптимальний фізичний і психічний стан людського організму, який є необхідним для забезпечення біологічного існування, здатності до тривалого активного життя й відтворення здорового покоління» [66, с. 90].

Водночас іноземні дослідники визначають здоров'я «як функціонування психіки і тіла людини – не тільки відсутність хвороб (болю та безсилля), а й наявність у неї достатньої кількості енергії, ентузіазму і настрою для виконання чи завершення справи» [8, с. 91].

Здоров'я відображає якість пристосування організму до умов зовнішнього середовища, становить процес взаємодії людини із середовищем існування; сам стан здоров'я формується у результаті взаємодії зовнішніх (природних, соціальних) та внутрішніх (спадковість, стать, вік) чинників.

Не менш важливим у комплексній характеристиці здоров'я є фактори, що впливають на процес його формування і подальшого збереження. Це такі фактори як: соціально-економічні та екологічні умови; стан системи охорони здоров'я; спадковість; умови та спосіб життя [65].

Отже, на основі вищевикладеного можна узагальнити, що здоров'я – це стан оптимального функціонування організму і його здатність перебувати в рівновазі з навколишнім середовищем, доброго самопочуття людини та нормальної її життєдіяльності.

Здоров'я є невід'ємним правом будь-якої людини, важливість забезпечення якого зростає із кожним роком. Враховуючи це, в 1948 р. на міжнародному рівні у статуті ВООЗ було задекларовано право на охорону здоров'я. На основі цього ряд міжнародних та регіональних організацій, різні країни світу у своїх конституціях закріпили право на охорону здоров'я. Як наслідок, забезпечення права на охорону здоров'я стало пріоритетом у сфері світового розвитку, який, як і запорака благополуччя та добробуту окремої людини і суспільства в цілому, знайшов своє відображення у Цілях розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй (далі – ООН).

Згідно зі ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ, охороною здоров'я є «система заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Такі заходи здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи, заклади охорони здоров'я; фізичні особи-підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики; медичні та фармацевтичні працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни» [27].

З наукової точки зору, охорона здоров'я трактується як «суспільне благо, коли надання медичної допомоги кожній людині має важливе значення для суспільства загалом» [20, с. 132]. У свою чергу, така позиція у більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу щодо важливості дотримання принципу солідарності та всеохоплюючого доступу населення до ресурсів охорони здоров'я. З іншого боку, ринкові важелі за своєю природою засновані на припущенні, що кожна медична послуга є товаром, який можна продати на відкритому ринку. Крім того, неокласична ринкова концепція потребує проведення чітких відмінностей між такими категоріями, як попит і пропозиція, тобто між покупцем і надавачем медичних послуг. Однак сучасна система охорони здоров'я передбачає чотиристоронні взаємовідносини (між пацієнтом, лікарем, медичним закладом і стороною, яка його фінансує) [55, с. 245].

Безпосередньо Д.В. Карамішев трактує охорону здоров'я як «систему заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожного громадянина, надання йому адекватної медичної допомоги у разі погіршення або втрати здоров'я» [19, с. 236].

На думку С.Б. Булеца, охороною здоров'я є виявлення, попередження та припинення захворювань, рання діагностика, лікування, покращення стану хворої людини, попередження погіршення самопочуття шляхом профілактичних оглядів та лікування, професійний догляд, піклування, медична реабілітація, забезпечення хворого ліками та іншими засобами лікування [5, с. 39].

У свою чергу, Л.М. Руснак визначає охорону здоров'я як «систему способів, засобів і методів, здійснюваних органами державної влади, органами місцевого самоврядування, а також кожною фізичною особою окремо, реалізація яких покликана зміцнювати (якщо це не є можливим, – зберігати на такому самому рівні), розвивати та відновлювати рівень фізичного й психічного стану організму людини» [54, с. 111].

Отже, охороною здоров'я є система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини. Відповідно сферою охорони здоров'я структура суспільства, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я нації. При цьому здоров'я нації є керованим процесом, регулювання якого і покликана здійснювати сфера охорони здоров'я на державному й регіональному рівнях.

Окремо хотілося б зазначити, що сфера охорони здоров'я характеризується такими рисами як:

- 1) значущість охорони здоров'я. Від стану здоров'я населення залежить політичний стан і соціальний настрій у будь-якій країні. Усім відомо, що здоров'я та охорона здоров'я стосуються усіх і кожного. Попит на послуги з охорони здоров'я є високим і постійним протягом усього життя людини. Немає жодної суспільної сфери, від якої людина була б так залежна, як від сфери охорони здоров'я. Провідна роль охорони здоров'я – це забезпечення потреб у медичних послугах, зниження негативного впливу на стан здоров'я, зменшення фінансових витрат на його відновлення та збереження. Згідно зі статистичними даними в Європі кожна людина

щорічно 5-10 разів звертається до лікарів, кожна п'ята особа лікується у стаціонарі, кожна четверта людина звертається до швидкої медичної допомоги;

2) фінансовоємність охорони здоров'я. Неможливо знайти у світі жодну суспільну галузь, вартість якої перевищувала б вартість охорони здоров'я. Це 10-15% ВВП в економічно розвинених країнах (безпосередньо у США – до 20% ВВП). У грошовому еквіваленті – це від трьох до семи тисяч доларів на рік в розрахунку на мешканця. Великі обсяги наданих медичних послуг зумовлені високою частотою звернень людей за медичною допомогою, обов'язковістю і невідкладністю її надання, реалізацією профілактичних програм, високою вартістю технологій, обладнання, ліків, необхідністю витрат на постійне оновлення і вдосконалення медичного обладнання тощо;

3) складність системи охорони здоров'я зумовлено композиційними та динамічними аспектами. Композиційна складність пов'язана з наявністю таких складових, як: будівель, споруд, обладнання, інструментарію, транспорту, комунікацій. На відміну від інших суспільних галузей, у сфері охорони здоров'я найголовніше – технології та обладнання, що на сьогодні дуже високовартісне. Тому обсяги фінансування сфери охорони здоров'я перевищують фінансування будь-якої іншої сфери. Динамічна складність викликана великою кількістю існуючих і потенційно можливих зв'язків між рівнями, частинами, складовими, а також багатокomпонентністю взаємозв'язків на усіх рівнях надання медичної допомоги;

4) консерватизм охорони здоров'я зумовлений значущістю і відповідальністю за збереження здоров'я, складністю і специфічністю, у тому числі ієрархічною багатокomпонентністю, безліччю взаємозв'язків, великою чисельністю працівників, потенційним професійним авторитетом і затребуваністю серед пацієнтів, їх опором нововведенням, що викликаний небажанням можливої втрати важелів впливу, роботи, зменшення доходів, необхідністю освоєння нових професій, набуття нових знань й умінь тощо.

Також на формування консерватизму сфери охорони здоров'я впливає опір реформам з боку населення внаслідок обмеження його інтересів, скорочення програми обслуговування та ін. [24].

Отже, на основі вищевикладеного можна узагальнити, що з позиції науки публічного управління, сфера охорони здоров'я являє собою одну із суспільних сфер, що представлена сукупністю державних і недержавних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань і забезпечення довголіття людини, а також зміцнення здоров'я всієї нації. Комплексна реалізація цих заходів призводить до зростання рівня і якості життя населення країни у довгостроковій перспективі.

1.2. Принципи та форми державного управління системою охорони здоров'я

Державне управління системою охорони здоров'я як одна із важливих діяльностей нашої держави здійснюється на основі і з урахуванням певних закономірностей, керівних ідей. Вони у сукупності являть собою відповідні принципи, які умовно можна поділити на загальні і спеціальні. До загальних принципів, зазвичай, відносяться принципи: законності, об'єктивності, демократизму, публічності, правової упорядкованості, єдиноначальності і колегіальності, ефективності, доцільності, універсальності тощо. Окрім того, враховуючи те, що у 2014 р. Україна підписала угоду про асоціацію з Європейським Союзом, то державне управління системою охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких принципах як: відкритості (активна комунікація із громадськістю); участі (сприйняття громадян та їх об'єднань як безпосередніх, активних і зацікавлених сторін); ефективності (політико-управлінські рішення мають ухвалюватися своєчасно й передбачати певну міру гнучкості в їх реалізації з метою врахування місцевих умов або специфічних особливостей сфери охорони здоров'я); підзвітності (обов'язок влади реагувати на потреби громадян); злагодженості/зв'язку (послідовність

між різноманітними інструментами, механізмами державного управління системою охорони здоров'я) [63].

У свою чергу, до спеціальних принципів державного управління системою охорони здоров'я відносяться ті провідні засади, які притаманні саме цьому виду управлінської діяльності (див. Рис. 1.1).

Державне управління у сфері охорони здоров'я реалізується на практиці в конкретних формах і конкретними методами. Якщо державне управління системою охорони здоров'я розкриває основні напрями цілеспрямованої діяльності відповідних суб'єктів владних повноважень щодо виконання їх управлінських зобов'язань, то форми показують, яким чином це здійснюється. У загальному сенсі форми покликані забезпечувати найбільш доцільне виконання функцій управління, досягнення його цілей із найменшими витратами ресурсів (трудових, фінансових, інфраструктурних тощо).



Рис. 1.1. Спеціальні принципи державного управління системою охорони здоров'я

З наукової точки зору термін «форма державного управління» ототожнюють із такими поняттями як «форма управлінської діяльності», «форма діяльності органів виконавчої влади», тим самим підкреслюючи, що в Україні сфера державного управління обмежена виключно компетенцією органів виконавчої влади. Так, наприклад, Ю.І. Крегул під формами державного управління розуміє «відмінні за своїм характером та наслідками способи зовнішнього вираження діяльності органів виконавчої влади» [1, с. 273]. Схожої думки дотримується і Д.В. Лученко, який розглядає форми державного управління як «зовнішній вияв конкретних дій, які

здійснюються органами виконавчої влади для реалізації поставлених перед ними завдань» [2, с. 134].

Різноманіття завдань і функцій органів державного управління системою охорони здоров'я обумовлює використання різних форм їх діяльності, які зазначені в законах, положеннях, статутах та інших актах, що регламентують їх функціонування. При цьому для виконання своїх зобов'язань органи та посадові особи повинні використовувати лише ті форми, які встановлені нормами права. Недотримання обов'язкової форми управління тягне недійсність або можливість оскарження дій та рішень відповідних суб'єктів владних повноважень.

Таким чином, враховуючи вищевикладене, можна узагальнити, що формою державного управління системою охорони здоров'я є зовнішнє вираження дій суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я, яке здійснюється в рамках їх компетенції для виконання поставлених перед ними завдань та тягнуть за собою певні наслідки.

Застосування органами державного управління системою охорони здоров'я тієї чи іншої форми багато в чому визначається їх компетенцією, характеристиками об'єкта впливу, поставленою метою, прагненням отримати той чи інший конкретний результат. Форми управління таких органів влади законодавчо передбачені і до певної міри регламентовані адміністративно-правовими нормами. Вони найчастіше містяться у законах і підзаконних актах, що визначають компетенцію того чи іншого суб'єкта владних повноважень (положення про той чи інший орган, посадові інструкції, правила тощо).

Аналіз ступеня адміністративно-правової регламентації, порядку використання форм державного управління у сфері охорони здоров'я показує, що вони не однакові. Найбільш детально регламентовані форми, що пов'язані з реалізацією правозастосовчих, правоустановчих і правоохоронних функцій органів державного управління системою охорони здоров'я. Саме вони викликають найістотніші юридичні наслідки і їх регламентація має

важливе значення з позицій забезпечення режиму законності. У свою чергу, значно менше регламентовані форми, що не спричиняють прямих юридичних наслідків (наприклад, наради, консультації). Тут владним суб'єктам надається широка можливість самостійного вибору форм їх діяльності [29, с. 97].

Окремо хотілося б підкреслити, що ступінь регламентації використання форм діяльності органами державного управління системою охорони здоров'я не перешкоджає вільному вибору тієї з них, яка в даній ситуації є доцільною, ефективною, найбільшою мірою відповідає поставленим завданням і меті (наприклад, проведення інструктажів замість видання наказів). Це означає що в процесі державного управління системою охорони здоров'я відповідні органи та їх посадові особи на основі чинного законодавства самостійно встановлюють обов'язкові правила поведінки (норми права) з питань, що віднесені до їх компетенції.

Форми державного управління у сфері охорони здоров'я можна класифікувати за різними підставами, зокрема, за: ступенем юридичного вираження (основні, похідні); за досягнутими результатами (позитивне регулювання, реакція на негативні явища в державному управлінні); за спрямованістю (зовнішні, внутрішні); за колом осіб, на яких вони поширюються (загальнообов'язкові, адресовані конкретним суб'єктам); за умовами застосування (за звичайних умов громадського життя, за умов надзвичайного стану); за юридичним змістом (зобов'язуючі, забороняючі, дозволяючі) тощо.

Більш докладно хотілося б зупинитися на таких формах державного управління системою охорони здоров'я як зовнішні, що впливають на суспільні відносини державного управління у сфері охорони здоров'я та внутрішні, що впливають на внутрішньо управлінську діяльність структурних підрозділів органів державної влади у сфері охорони здоров'я. Адже саме в цих формах, на наш погляд, відбивається зміст діяльності органів публічної влади з питань забезпечення охорони здоров'я.

Безпосередньо зовнішні форми державного управління системою охорони здоров'я спрямовані на взаємодію різних органів влади, для забезпечення виконання покладених на них відповідних завдань і функцій у сфері охорони здоров'я. Наприклад, Національна служба здоров'я України під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними урядом, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями [49].

Натомість внутрішні форми державного управління системою охорони здоров'я пов'язані саме з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (наприклад, розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням) [11, с. 170].

Як і зовнішнім, так і внутрішнім формам державного управління системою охорони здоров'я притаманні певні характерні такі ознаки як:

- підзаконний характер – означає, що діяльність суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я, заснована на законі, здійснюється у межах і у порядку, визначених у законі, та із метою, передбаченою законом;
- юридично-владний характер – означає, що кожен суб'єкт наділяється певним обсягом прав, через які й досягається мета, як забезпечення пріоритетності охорони здоров'я у власній діяльності;
- виконавчо-розпорядчий характер проявляється у тому, що суб'єкти публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я повинні

виконувати приписи, встановлені нормами чинного законодавства з охорони здоров'я [11, с. 170].

Основною формою державного управління системою охорони здоров'я є встановлення загальнообов'язкових норм і видання правових управлінських актів, тобто видання органами влади або їхніми посадовими особами нормативних актів, направлених на конкретизацію норм законів, які регламентують певні питання в цій сфері. Це пов'язано з тим, що загальні норми та правила поведінки, сформульовані в законах, не повною мірою здатні охопити всі аспекти суспільних відносин. І тому встановлення правових норм підзаконного характеру під час діяльності суб'єктів державного регулювання у сфері охорони здоров'я є адміністративною правотворчістю, яка здійснюється у формі видання органами та посадовими особами нормативних актів [59, с. 273]. Такими актами, наприклад, є: Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 р. № 285, «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 15 липня 1997 р. № 765, Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 р. № 446 тощо.

До внутрішніх форм належать, насамперед, дії, які здійснюються всередині будь-якого апарату. Ними є дії та заходи, передбачені у планах робіт окремого органу на відповідний період. Це також інструктажі співробітників, вивчення документів, що регламентують діяльність органу, навчання його особового складу, стажування молодих спеціалістів, збирання й обробка інформації, що характеризує роботу та її результати, контроль за виконанням прийнятих рішень. Організаційні форми здійснюються різними суб'єктами державного управління системою охорони здоров'я [11, с. 171].

До внутрішніх форм державного управління системою охорони здоров'я, також відноситься:

- участь органів влади та громадських організацій у розробленні й обговоренні нормативно-правових актів із питань охорони здоров'я;
- затвердження порядку ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Водночас ліцензування є однією із форм державного зовнішнього контролю за медичною діяльністю.
- затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я й атестації лікарів і лікарів, які є фізичними особами-підприємцями. До речі, в Україні значення акредитації закладів охорони здоров'я є значно заниженим, а процедура має надто формалізований характер, що зумовлює перегляд чинного законодавства. У свою чергу, атестацію медичного персоналу слід вважати важливим елементом надання управлінських послуг у сфері охорони здоров'я. Під впливом реформ галузі охорони здоров'я були переглянуті умови щодо проходження атестації лікарів. У 2019 р. були затверджені наказом МОЗ України «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» [12]. Нині лікар має проходити атестаційне навчання щороку, це, на наш погляд, дає йому можливість бути конкурентоспроможним й отримувати нові уміння і навички одразу після появи новітніх технологій і практик на ринку медичних послуг;
- ведення реєстрів (наприклад, Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби, Реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення, Державний реєстр медичної техніки та виробів медичного призначення, Державний реєстр лікарських засобів України тощо);
- затвердження порядку та здійснення медичного страхування – «страхова діяльність, яка визначається як система соціально-економічних відносин із захисту інтересів громадян або членів їх родин у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією витрат громадян, зумовлених оплатою медичної та фармацевтичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтриманням здоров'я, наприклад, проведенням профілактичних та оздоровчих заходів, зубним протезуванням тощо» [64, с. 742];

- утворення спільних консультативно-дорадчих та експертних органів, рад, комісій, груп для забезпечення прав людини і громадянина у процесі формування та реалізації державної політики щодо забезпечення охорони здоров'я;

- виконання спільних проектів інформаційного й аналітично-дослідницького характеру з питань охорони здоров'я;

- видача дозволів на застосування нових технологій;

- затвердження стандартів, регламентів, сертифікацій послуг;

- проведення профінформаційних семінарів з метою розширення знань у сфері діяльності з охорони здоров'я тощо [11, с. 171-172].

Ще однією внутрішньою формою державного управління є матеріально-технічні дії (операції). Під такими діями розуміються врегульовані технічними нормами дії щодо створення нормальних умов для роботи апарату управління. Це одержання й обробка інформації, облік, діловодство, адресно-довідкова робота тощо [10, с. 115].

Застосування матеріально-технічних дій має допоміжний характер. За їх допомогою покращується забезпечення ефективного процесу адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я. Прикладом таких дій є: складання звітів (про надання медичної допомоги різним категоріям громадян, про медичні послуги, про лікарські засоби, їх вартість, об'єм); розгляд заяв громадських організацій щодо надання медичних послуг, здійснення обробки статистичної інформації шляхом аналізу і порівняння тощо.

Важливе місце з-поміж форм державного управління системою охорони здоров'я посідає контроль, метою якого є встановлення результатів діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я, допущених відхилень від усталених вимог, принципів організації, виявленні причин таких відхилень, а також визначення напрямів усунення перешкод для ефективного функціонування усієї сфери охорони здоров'я. Інакше кажучи сутність такого контролю зводиться до спостереження і перевірки розвитку системи охорони здоров'я та усіх її компонентів згідно з визначеними напрямами, та

попередження і виправлення ймовірних помилок і неправомірних дій, які здійснюють перешкоди такому розвитку.

Держава через спеціально уповноважені органи влади реалізує контроль і нагляд за додержанням законодавства у сфері охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв і вимог медичного обслуговування, направлених на забезпечення здорового навколишнього природного середовища та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності у вказаній сфері, стандартів надання медичних послуг, медичних технологій. Такими органами є Міністерство охорони здоров'я, яке є, умовно кажучи, універсальним органом влади, котрий здійснює контроль за сферою охорони здоров'я, а також Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, в межах повноважень якої є державне регулювання лікарських засобів та наркотичних засобів, психотропних речовин, розроблення стандартів і технічних вимог їх вироблення та їх використання, протидія незаконному розповсюдженню їх на території України [11, с. 172].

Поряд із контролем з боку держави діють і громадський та експертний контроль, ключовим призначенням яких є слідування за процесом реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Перший вид контролю є формою участі громадськості в управлінні для підвищення ефективності діяльності органів влади (наприклад, Громадська рада при Міністерстві охорони здоров'я України), інший – здійснюється спеціально уповноваженими інституціями (наприклад, Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України).

Отже, державне управління системою охорони здоров'я здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів (законності, об'єктивності, публічності, ефективності, доцільності, універсальності, дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я, орієнтація на сучасні загальноприйняті і всесвітньо визнанні стандарти здоров'я тощо). Водночас державне управління системою охорони здоров'я, як організаційно-владний

процес, відбувається із застосуванням певних форм, котрі є зовнішнім вираженням професійної діяльності суб'єктів уповноважених на виконання публічно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я. Такі форми можна об'єднати у дві групи: 1) зовнішні – спрямовані на взаємодію із органами влади, для забезпечення виконання завдань і функцій покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (спільні наради, всеукраїнські з'їзди, видання спільних нормативно-правових актів тощо); 2) внутрішні – спрямовані на організацію внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (наприклад, розподіл посадових обов'язків, керівництво окремими підрозділами, проведення нарад, організація діловодства, здійснення матеріально-технічного забезпечення тощо).

1.3. Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я

Державне управління системою охорони здоров'я в Україні ґрунтується і здійснюється на основі цілої низки нормативно-правових актів. Основним законом, в якому закладені підвалини такого управління є Конституція України, в ст. 3 якої закріплено, що «людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, забезпечення і гарантування яких є головним обов'язком держави» [21]. В ряді інших статей Конституції України (ст. 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей законодавчий акт встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. При цьому держава створює умови для

ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Конституційними нормами також закріплено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена, і держава сприяє їх розвитку незалежно від форми власності [21].

Наприкінці 1992 р. Верховною Радою було прийнято Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає «правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [27].

На основі Конституції України та Основ законодавства України про охорону здоров'я парламентом буди прийняті спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності. Це такі законодавчі акти як:

- Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р. № 4004-ХІІ, який «регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні» [36];

- Закон України «Про лікарські засоби» від 4 квітня 1996 р. № 123/96-ВР, який «регулює правовідносини, пов'язані із створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, у тому числі лікарських засобів, вироблених з крові людини та плазми крові (препаратів крові), переробкою, транспортуванням, зберіганням і розподілом компонентів крові, що використовуються для виробництва лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ,

організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів виконавчої влади і посадових осіб» [45];

- Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489-III, що «визначає правові та організаційні засади забезпечення громадян психіатричною допомогою виходячи із пріоритету прав і свобод людини і громадянина, встановлює обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та соціально-правового захисту, навчання осіб, які страждають на психічні розлади, регламентує права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги, здійсненні соціального захисту і навчання осіб, які страждають на психічні розлади» [47];

- Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III, який окреслює «правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб» [43];

- Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII, який «визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій» [34].

Серед підзаконних нормативних актів, що регулюють питання здійснення державного управління системою охорони здоров'я можна виокремити:

- Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р.

№ 1694/2005, головним завданням видання якого є «забезпечення ефективного розвитку системи охорони здоров'я, збереження генофонду нації, проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу» [46];

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» від 20 червня 2000 р. № 989. Цим актом уперше було організаційно запропоновано комплексний механізм подальшого удосконалення первинної медико-санітарної допомоги [44], на виконання якої Міністерством охорони здоров'я України видано наказ «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» від 11 вересня 2000 р. № 214 та низка інших актів управління, якими встановлювались штатні нормативи і типові штати медичних закладів, затверджувалась номенклатура закладів сімейної медицини і типові положення про них, таблиці оснащення закладів і підрозділів загальної практики. До речі, саме ці загальнодержавні й інші галузеві нормативні документи створили стратегічну основу механізмів публічного управління розвитком первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, яка починаючи з 2017 р. набула подальшого кардинально нового розвитку [61, с. 179];

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року» від 13 червня 2007 р. № 815, яка визначає стратегічні напрями розвитку системи охорони здоров'я, відповідні завдання, шляхи і строки виконання [38];

- Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р. № 208, якою затверджені «Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я». У цьому документі визначені стратегічні перетворення у

системі охорони здоров'я, які розробляє Міністерство охорони здоров'я України разом з іншими зацікавленими органами, та законодавчі акти щодо реформування надання громадянам медичної допомоги, удосконалення системи контролю за її якістю, фармакотерапії захворювань і якості лікарських засобів. Визначено також механізми оптимізації надання послуг з екстреної та невідкладної медичної допомоги, первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної, лікарняної, а також високоспеціалізованої медичної допомоги; критеріїв класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги та порядок направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного рівня; методичні рекомендації органам місцевого самоврядування щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я і оптимізації їх мережі та створення міжрайонних об'єднань таких закладів; рекомендації щодо економічного механізму управління реорганізацією закладів охорони здоров'я [16];

- Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р, відповідно до положення якого «метою реформи фінансування системи охорони здоров'я є створення та запровадження нової моделі фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я» [48];

- Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану» від 18 березня 2022 р. № 314, яка регламентує порядок здійснення господарської діяльності на період дії воєнного стану в Україні. Безпосередньо, зазначено, що «у період воєнного стану право на

провадження господарської діяльності може набуватися суб'єктами господарювання на підставі безоплатного подання до органів ліцензування, дозвільних органів та суб'єктів надання публічних послуг декларації про провадження господарської діяльності, без отримання відповідних дозвільних документів, крім певних видів господарської діяльності» [13];

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення зміни до постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» від 13 травня 2022 р. № 592, яка регулює питання проходження вітчизняними закладами охорони здоров'я акредитації в умовах війни. Зокрема, чітко встановлено, що «на період дії воєнного стану акредитація закладів охорони здоров'я не проводиться; акредитаційні сертифікати, строк дії яких закінчується в період дії воєнного стану або закінчився за три місяці до дня введення воєнного стану, продовжують діяти протягом 12 місяців з дня припинення або скасування воєнного стану» [33].

Окремо хотілося б виділити акти управління Міністерства охорони здоров'я України, котрий є ключовим суб'єктом здійснення державного управління системою охорони здоров'я. Це такі акти як:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я» від 14 березня 2011 р. № 142, яким визначено «вимоги до процесу, умов та результатів медико-санітарної допомоги у закладі охорони здоров'я. На основі Стандартів проводиться експертиза відповідності закладу будь-якої форми власності встановленим критеріям шляхом оцінювання досягнення стандартів по кожному пункту/підпункту, що здійснюється за бальним принципом» [57];

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів» від 26 квітня 2011 р. № 237, що врегульовує різні питання, пов'язані із транспортуванням незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів на митну

територію України. На сьогодні, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13 березня 2022 р. № 481, дія цього документу зупинено до припинення або скасування воєнного стану в Україні [41];

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 1 серпня 2011 р. № 454, метою якої є «визначення основних підходів та механізмів до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів медичної допомоги, поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості» [37];

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до реєстраційних матеріалів» від 30 вересня 2020 р. № 2220, який визначає порядок реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів (або медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до відповідних реєстраційних матеріалів [35].

Отже, враховуючи вищевикладене можна узагальнити, що нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я являє собою численну кількість законодавчих і підзаконних нормативних актів. Ці акти врегульовують питання стосовно: розробки і реалізації загальнодержавних програм щодо попередження і боротьби із різними захворюваннями; розвитку сімейної медицини; удосконалення системи закладів охорони здоров'я та медичного обслуговування; створення якісної й оперативної системи надання екстреної медичної допомоги; здійснення комплексу заходів стосовно підвищення рівня забезпечення населення належною медичною допомогою та необхідними лікарськими засобами, особливо у сільській місцевості; забезпечення медичної сфери висококваліфікованими працівниками тощо.

Висновки до Розділу 1

Вітчизняна сфера охорони здоров'я являє собою одну із суспільних сфер, що представлена сукупністю державних і недержавних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань і забезпечення довголіття людини, а також зміцнення здоров'я всієї нації.

Державне управління системою охорони здоров'я в Україні здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів. Водночас державне управління системою охорони здоров'я, як організаційно-владний процес, відбувається із застосуванням певних форм, котрі є зовнішнім вираженням професійної діяльності суб'єктів уповноважених на виконання публічно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я. Такі форми за відповідними ознаками можна класифікувати на різні види. Частіш за все їх об'єднують у дві групи: зовнішні та внутрішні.

Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я являє собою численну кількість законодавчих і підзаконних нормативних актів, що врегульовують питання стосовно: розробки і реалізації загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я; розвитку сімейної медицини; удосконалення системи медичного обслуговування; створення якісної й оперативної системи надання медичної допомоги; забезпечення сфери охорони здоров'я висококваліфікованими працівниками тощо.

РОЗДІЛ 2

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЗДІЙСНЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ВІТЧИЗНЯНОЮ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У СВІТЛІ СУЧАСНИХ ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ

2.1. Реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я

Ключовою ідеєю зміни існуючої системи охорони здоров'я є побудова кардинально нової, більш ефективної, фінансово результативної і соціально орієнтованої системи медичного обслуговування населення, надання доступних (як територіальною, так і за фінансовою ознакою) та якісних медичних послуг та інших послуг у сфері охорони здоров'я. Відповідно у результаті реформування вітчизняна система надання медичної допомоги модифікується у трьохрівневу систему (див. Додаток А).

Процес реформування вітчизняної системи надання медичної допомоги ґрунтується на загальних (верховенство право, гуманізм, законність, рівність тощо) та відповідних спеціальних принципах, що взаємопов'язані між собою і витікають один з одного (див. Додаток Б).

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу, передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом їх оптимізації. При цьому оптимізація такої мережі закладів охорони здоров'я включає:

- виділення із структури центральних районних лікарень самостійних поліклінік та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини;

- реорганізація сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують понад 1,2 тис. осіб, в амбулаторії загальної практики сімейної медицини;
- виділення із структури центральних районних лікарень самостійних поліклінік та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини;
- реорганізація сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують понад 1,2 тис. осіб, в амбулаторії загальної практики сімейної медицини;
- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги, до складу яких входять амбулаторії загальної практики сімейної медицини та фельдшерсько-акушерські пункти, що забезпечують надання первинної лікарської, долікарської та невідкладної медичної допомоги населенню.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» від 29 липня 2016 р. № 801, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – центр первинної медичної допомоги) є закладом охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі. Основними завданнями таких центрів є:

- 1) організація надання населенню первинної медичної допомоги та забезпечення належної її доступності і якості;
- 2) організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну, третинну, екстрену, паліативну медичну допомогу та медичну реабілітацію;
- 3) організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню;
- 4) планування розвитку первинної медичної допомоги та проведення організаційно-методичної роботи за напрямом первинної медичної допомоги;
- 5) здійснення фінансового, матеріально-технічного кадрового забезпечення первинної медичної допомоги;

- б) сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами;
- 7) забезпечення взаємодії між різними підрозділами центрів первинної медичної допомоги в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення [40].

Реформування сфери охорони здоров'я стосовно первинного рівня надання медичної допомоги передбачає також відкриття амбулаторій та формування фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів (далі – фельдшерських пунктів).

Амбулаторія створюється з метою забезпечення населення первинною медичною допомогою, у тому числі невідкладною медичною допомогою, шляхом наближення місця надання такої допомоги до місць проживання прикріпленого населення та забезпечення реалізації права пацієнтів вибрати лікаря, що надає первинну медичну допомогу. Такі заклади охорони здоров'я створюються на територіях із кількістю населення 1,5 тис. осіб у містах та 1,2 тис. осіб у сільських місцевостях.

Згідно із Положенням про амбулаторію, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 р. № 801, основними завданнями таких закладів є:

- 1) забезпечення реалізації права пацієнтів вибрати лікаря, що надає первинну медичну допомогу;
- 2) надання прикріпленому населенню безоплатної первинної медичної допомоги, у тому числі невідкладної медичної допомоги;
- 3) організація надання населенню долікарської медичної допомоги, у тому числі у підпорядкованих фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктах, проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів;
- 4) взаємодія із дошкільними навчальними закладами та навчальними закладами на прикріпленій території з питань проведення профілактичних медичних оглядів, щеплень та виконання лікувально-оздоровчих заходів;

5) дотримання обсягу та якості первинної медичної допомоги відповідно до медичних стандартів, клінічних протоколів та інших нормативних актів із медичної практики;

б) проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики та раннього виявлення інфекційних і неінфекційних захворювань, організація такої роботи у підпорядкованих фельдшерських пунктах та медичних пунктах тимчасового базування тощо [30].

На відміні від амбулаторій, фельдшерські пункти забезпечують надання безпосередньо долікарської медичної допомоги (а у крайніх випадках і невідкладної медичної допомоги) населенню на території одного або декількох населених пунктів, де немає інших надавачів безоплатної первинної медичної допомоги, з метою забезпечення належної доступності такої допомоги. У свою чергу, в населених пунктах, в яких чисельність населення до 300 осіб, вітчизняне законодавство передбачає можливість встановлення днів та годин роботи фельдшера чи сімейного лікаря із найближчого по відстані фельдшерського пункту чи амбулаторії загальної практики сімейної медицини.

Основними завданнями фельдшерських пунктів є:

1) надання населенню долікарської і невідкладної медичної допомоги;

2) участь у наданні медичної допомоги у медичних пунктах тимчасового базування, які розташовані в населених пунктах, що закріплені за лікарем, до відання якого належить фельдшерський пункт;

3) забезпечення ефективного використання наявних ресурсів фельдшерського пункту та безпечного перебування хворого у ньому

4) проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики та раннього виявлення основних інфекційних і неінфекційних захворювань тощо [31].

Якщо окремо говорити про швидку медичну допомогу, то відповідно до чинного законодавства в межах реформування сфери охорони здоров'я, така допомога при необхідності надається цілодобово відділеннями швидкої

медичної допомоги центральних районних лікарень або медичними працівниками найближче розташованих новоорганізованих пунктів швидкої допомоги. При цьому відкриття та функціонування таких пунктів зумовлено дотриманням вимог доїзду швидкої до хворого людини за 20 хвилин у сільській місцевості та 10 хвилин – у місті.

Узагальнюючи наведене можна зробити висновок, що первинний рівень надання медичної допомоги являє собою трьохступеневу систему, що представлена центрами первинної медичної допомоги та їх структурними підрозділами (див. Рис. 2.1).



Рис. 2.1. Система первинного рівня надання медичної допомоги

У 2019 р. фахівці проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» спільно із міжнародною консультативною корпорацією «The Palladium Group» та Київською школою економіки в Україні вперше в Україні проаналізували роботу закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу з метою показати зміни, котрі відбулися після перших кроків впровадження реформаційних змін у сфері охорони здоров'я з урахуванням децентралізації. В рамках цього дослідження було проаналізовано роботу 163-х закладів первинної медичної допомоги та опитано понад 2 тис. пацієнтів [18, с. 9].

У результаті проведеного дослідження отримано інформацію стосовно обсягу надання первинної медичної допомоги, визначено як змінилися

методи надання медичних послуг і підходи до лікування та взаємодії між пацієнтами і лікарями тощо. Безпосередньо з'ясовано, що кожен із лікарів уклав у середньому 1,7 тис. декларацій із пацієнтами. При цьому кількість укладених декларацій по регіонах країни різняться. Найбільш активними у цьому сенсі є мешканці Одеської, Кіровоградської, Івано-Франківської, Харківської та Хмельницької областей, а найменш – Миколаївської, Херсонської та Луганської областей [18, с. 9].

Середня кількість персоналу закладів охорони здоров'я становить: лікарів – 23, із середньомісячною заробітною платнею в розмірі 19 тис. грн.; медсестри – 46, із середньомісячною заробітною платнею в розмірі 11 тис. грн.; інші працівники закладу – 57, із середньомісячною заробітною платнею в розмірі 6 тис. грн. Незважаючи на наведені цифри сьогодні гостро відчувається брак кваліфікованих кадрів (майже 60% закладів охорони здоров'я мають дефіцит кадрового забезпечення) (див. Додаток В) [18, с. 24-25].

За рік, той чи інший заклад охорони здоров'я, відвідало більше 122,6 тис. осіб., відповідно на тиждень таких візитів нараховувалось у середньому 2,7 тис., а на день – 391. Більшість лікарів загальної практики становлять жінки (80%), середній вік яких становить 47 років. Лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 години на день та приймають близько 20-ти пацієнтів, середня тривалість візиту одного з яких становить 13 хвилин. У середньому один лікар робить 16 направлень до вузьких спеціалістів на кожні 100 візитів пацієнтів. До речі з-поміж опитаних лікарів, 78,5% заявили, що вони задоволені своєю роботою, при цьому 71,1% лікарів зазначили, що задоволеність збільшилася саме після введення капітації (див. Додаток Г) [18, с. 24-25].

Окрім того, за результатами проведеного дослідження з'ясовано, що більшість лікарів відзначили зростання обсягу телефонних консультацій та зменшення їх кількості візитів додому пацієнтів. При цьому понад 51% лікарів стверджують що їх підходи до надання первинної медичної допомоги значно змінилися, проте 64% визнали, що методи та практики лікування не

зазнали суттєвих змін. Разом із тим, більшість керівників закладів первинної медичної допомоги відзначають, що зміни відбулися саме у підходах до складання фінансових планів та оплати праці. Керівні кадри закладів первинної медичної допомоги наголошують на тому, що досить високий відсоток закладів первинної медичної допомоги в сільських місцевостях все ще потребують обладнання для доступу людей із особливими потребами (див. Додаток Д) [18, с. 68].

Стосовно другого рівня надання медичної допомоги, то така допомога надається:

- в стаціонарних умовах – багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування, лікарнями відновлювального (реабілітаційного) і планового лікування, а також закладами медико-соціальної допомоги (сестринського догляду) чи хоспісами;

- в амбулаторних умовах – центрами з медичних консультацій і діагностики (консультативно-діагностичними центрами), які можуть входити до складу лікарень відповідного типу або функціонувати як самостійні відокремлені заклади охорони здоров'я.

З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню шляхом організації мережі закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, а також з метою ефективного використання ресурсів у сфері охорони здоров'я створюються на всій території України госпітальні округи, в порядку встановленому урядом [15].

Госпітальний округ являє собою єдиний медичний простір, що представлений взаємопов'язаною мережею лікувальних закладів, які найефективніше можуть задовольнити потреби мешканців відповідної території у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі. У межах одного госпітального округу забезпечується:

- реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я;

- систематична взаємодія між суб'єктами госпітального округу;
- ефективне використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі госпітального округу;
- поступове формування спроможної мережі госпітального округу для гарантованого своєчасного доступу населення до медичної допомоги належної якості;
- транспортна доступність до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання медичної допомоги;
- модернізація системи надання медичної допомоги [15].

Окрім того, у результаті формування на території України госпітальних округів структурно перебудовуються заклади охорони здоров'я відповідно до потреб пацієнтів в інтенсивності медичної допомоги; змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я. На сьогодні в кожній області нашої держави нараховується від 3 до 5 округів, в яких функціонує, як мінімум, одна багатопрофільна лікарня інтенсивної терапії першого чи другого рівня, що може обслуговувати 120-200 тис. осіб. Основною вимогою до організації інфраструктури в окрузі – можливість дістатися до лікарні не більш ніж за годину з найвіддаленішої точки в його межах. Решта лікарень у рамках округу перепрофілюються на реабілітаційні, паліативні, хоспісні центри, жіночі консультації, амбулаторії тощо. Інакше кажучи, такі округи покликані впорядкувати мережу лікарень, зробити її доступною та зручною для людей, спонукати до підвищення якості обслуговування і виправити ситуацію, коли в одній області існує розгалужена система закладів охорони здоров'я, а в іншій – її взагалі немає.

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ» від 20 лютого 2017 р. № 165, госпітальні ради є дорадчими органами, створеними учасниками того чи іншого госпітального округу для визначення проблемних питань, координації дій, розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони

здоров'я, а також щодо організації і фінансування медичної допомоги в госпітальних округах [42]. Саме такі ради визначатимуть проблемні питання, координуватимуть дії і виступатимуть консультативними органами та своєрідною базою для співробітництва між медиками і владою. До складу госпітальних рад можуть входити представники місцевої медичної еліти, громадськості, а також члени органів самоврядування й активісти.

Проте, незважаючи на прогресивні позиції уряду щодо реформування системи надання медичної допомоги та нормативне закріплення медичної децентралізації, формування госпітальних округів, на думку деяких науковців, може викликати певні ризики, що негативно позначитися на успішному проведенні таких змін. Відповідно з метою нівелювання можливих ризиків потрібно:

- підготувати вітчизняну систему первинної та екстреної медичної допомоги до виконання покладених на них завдань і функцій;
- внести усі необхідні зміни у нормативно-правову базу;
- передбачити можливість залучення додаткових джерел фінансування та створити усі необхідні для цього умови;
- проводити широку просвітницьку роботу серед населення; налагодити комунікаційні зв'язки між споживачами послуг у сфері охорони здоров'я, надавачами таких послуг та представниками влади;
- створити дієві мотиваційні важелі впливу на медичних працівників соціально-побутового та фінансово-матеріального характеру;
- організувати та фінансово забезпечити професійну підготовку керівних кадрів та інших працівників закладів охорони здоров'я;
- переглянути підхід до надання медичних послуг. Безпосередньо необхідно враховувати такі аспекти як: територіально-транспортна доступність отримання послуги; чіткість встановлених процедур надання й отримання послуги; строковість та часове обмеження у наданні послуги; неупереджене і доброзичливе ставлення до отримувача з боку фахівця, що надає послугу; фіксована вартість надання послуги;

- на загальнодержавному та регіональному рівнях забезпечити належне матеріально-фінансове, інфраструктурне та кадрове забезпечення реформування системи надання медичної допомоги.

На сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я, третинний рівень системи надання медичної допомоги передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних послуг із використанням високотехнологічного медичного обладнання. Така допомога надається лише за направленням лікарів первинної чи вторинної медичної допомоги в обласних лікарнях, центрах високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками науково-дослідних інститутах. При цьому порядок надання населенню високоспеціалізованої медичної допомоги встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я.

До речі, з метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень і вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть утворюватися різні університетські клініки.

Отже, сьогодні реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я ґрунтується на ідеях децентралізації, що передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я, яка складатиметься із трьох рівнів – первинний, вторинний, третинний. На первинному рівні надання медичної допомоги відбувається формування самостійних міських поліклінік і відповідних підрозділів та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини; реорганізація сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерських пунктів; створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. Відповідно на цьому рівні надання медичної допомоги пацієнт може отримати екстрену медичну допомогу та ту допомогу, що не потребує вузькоспеціалізованого втручання. На другому рівні надання медичної допомоги формується система госпітальних округів, на території яких (радіус

60 км) функціонують заклади охорони здоров'я, котрі здійснюють широке і різнобічне медичне обслуговування. На цьому рівні пацієнти отримують спеціалізовану медичну допомогу. Третинний рівень системи надання медичної допомоги, на якому функціонують вузькоспеціалізовані заклади охорони здоров'я, передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних послуг із використанням високотехнологічного медичного обладнання.

2.2. Децентралізована модель фінансування сфери охорони здоров'я

Починаючи з 2016 р., об'єднані територіальні громади отримали фінансові ресурси для здійснення делегованих повноважень у сфері охорони здоров'я, безпосередньо у наданні первинної медико-санітарної допомоги мешканцям таких громад. У цьому ж році уряд схвалив Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Враховуючи існуючі проблеми у фінансуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я, в Концепції зазначено, що єдиним способом забезпечення якісного медичного захисту без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з широкого кола людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі їх хвороби чи іншого розладу здоров'я. Зважаючи на це, в Україні наразі формується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі. При цьому основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я

залишатимуться кошти Державного бюджету, отримані із загальнодержавних податків. Інакше кажучи бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків чи приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями різних лікарських засобів. Таким чином, буде запроваджено принцип «гроші ходять за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я та іншими надавачами медичних послуг [48].

У процесі здійснення фінансової децентралізація вітчизняної сфери охорони здоров'я поставлено такі завдання:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, що включає: первинну й екстрену медичну допомогу (у тому числі у стаціонарі); основні види амбулаторних послуг та стаціонарної медичної допомоги за направленнями сімейних лікарів;

- утворення єдиного національного замовника медичних послуг. На сьогодні таким замовником є Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Ключовими завданнями цієї служби є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій); виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій [48];

- створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, шляхом прозорого відмежування фінансової відповідальності державного рівня влади та гарантованого права

органів місцевого самоврядування спрямовувати кошти місцевого бюджету (у разі рішення відповідних громад) на управління і розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема на придбання медичного обладнання чи інші капітальні видатки, на оплату для мешканців громади додаткових медичних послуг, що на даний час не входять до державного гарантованого пакета медичної допомоги;

- автономізація постачальників медичної допомоги, тобто запровадження між постачальником послуг у сфері охорони здоров'я та їх замовником – розпорядником бюджетних коштів, контрактної моделі взаємовідносин, в межах якої такі відносини регулюються договорами стратегічної закупівлі медичної допомоги з чітко визначеними параметрами фінансування та результату. Тобто надання замовником медичних послуг достатнього рівня управлінської і фінансової автономії постачальникам таких послуг, необхідної для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність;

- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», який означає перехід оплати результатів діяльності закладів охорони здоров'я як автономних суб'єктів господарської діяльності, тобто до оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги. Хотілося б підкреслити, що такий механізм фінансування сфери охорони здоров'я, насамперед було введено для лікування чітко визначеного переліку хвороб, що відіграють пріоритетну роль у формуванні основних показників здоров'я населення (серцево-судинні хвороби, цукровий діабет), а також хвороб, які ефективно лікуються в амбулаторних умовах;

- розбудова сучасної системи управління медичною інформацією, інакше кажучи, створення єдиного загальнонаціонального медичного простору для здійснення ефективного фінансового планування, укладення контрактів та їх моніторингу, а також для контролю якості, аналізу та оновлення деталізованого змісту державного гарантованого пакета медичної допомоги і його вартості [48].

Відповідно очікуваними результатами від реформованої моделі фінансування сфери охорони здоров'я на основі принципу децентралізації є:

- 1) посилення спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для всіх громадян у випадку їх хвороби;
- 2) ефективний та справедливий розподіл наявної ресурсної бази у системі охорони здоров'я;
- 3) скорочення прямих платежів громадян на оплату послуг у сфері охорони здоров'я та зменшення кількості платежів, що не передбачені законодавчо;
- 4) існування здорової конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг;
- 5) поява ринку праці висококваліфікованих медичних працівників та підвищення рівня оплати їх праці;
- 6) приведення мережі закладів охорони здоров'я у відповідність із реальними потребами населення у медичних послугах;
- 7) покращення рівня якості й оперативності надання послуг у сфері охорони здоров'я, їх фізичної та фінансової доступності;
- 8) забезпечення вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я (пацієнтів, медичних працівників, закладів охорони здоров'я, замовника медичних послуг);
- 9) створення умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я;
- 10) підвищення рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів [48].

Окремо хотілося б звернути увагу на практичні аспекти децентралізованої моделі фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Так, наприклад, розподіл видатків на охорону здоров'я між районним/міським бюджетом і бюджетом об'єднаних громад обумовив потребу в організаційно-структурному розмежуванні, шляхом передачі до таких громад закладів охорони здоров'я чи їх підрозділів, які надавали

медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів. У зв'язку з цим на практиці виникло чимало проблем, насамперед організаційних, які наразі потребують вирішення. Сьогодні це можна зробити за допомогою прийняття компромісних рішень між об'єднаними територіальними громадами, районною/міською радою, закладами охорони здоров'я, що надають первинну і вторинну медичну допомогу (наприклад, прийняття рішення про передачу амбулаторій та фельдшерсько-акушерських пунктів на рівень об'єднаних громад, або про організацію медичного обслуговування населення та тій чи іншій території) [68, с. 40].

Проблемним є також питання врегулювання міжбюджетних відносин із фінансування вторинної медичної допомоги, яка надається мешканцям об'єднаних громад. Оскільки видатки на надання такої допомоги включені у сукупну медичну субвенцію громад без визначення конкретної частки для неї.

Наразі обсяг субвенцій і розподіл між місцевими бюджетами не є формалізованим, тому існує інтенсивне лобіювання як з боку керівників регіонів, так і з боку народних депутатів. З метою запобігання цього необхідно щоб: трансферти незалежно від їх природи надавалися безпосередньо до бюджетів, які є кінцевими отримувачами цих трансфертів; розрахунок трансфертів проходив прозоро, гласно, з проведенням консультацій між державними органами та органами самоврядування через їх асоціації; процедури надання трансфертів забезпечували своєчасність, рівномірність, гарантованість та повноту їх надання [50]. Окрім того, вважаємо, що потрібно також встановити механізми прозорості та ефективності використання бюджетних коштів, шляхом запровадження програмно-цільового методу для всіх місцевих бюджетів та запровадити систему середньострокового та стратегічного бюджетного планування.

Використання саме медичної субвенції на сьогодні викликає досить багато запитань. Свого часу до п. 3 ч. 1 ст. 89 Бюджетного кодексу України були внесені зміни стосовно видатків на охорону здоров'я, що здійснюються

з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, а також бюджетів об'єднаних територіальних громад. Зокрема, на первинну медико-санітарну допомогу, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу; на програми медико-санітарної освіти та інші державні програми медичної й санітарної допомоги [6]. У свою чергу, Міністерство охорони здоров'я України відповідним листом на початку квітня 2015 р. рекомендувало кошти медичної субвенції розподілити між первинною і вторинною медичною допомогою у пропорції 30:70%. Тобто на первинну медичну допомогу залишається 30% коштів медичної субвенції, яка виділена об'єднаним територіальним громадам, а 70% – на вторинну медичну допомогу, яка передається через міжбюджетні трансферти на рівень відповідного районного бюджету [67]. При цьому слід підкреслити, що це питання не має саме законодавчого регулювання.

Крім того, проблеми з надання вторинної медичної допомоги та її фінансування посилюються і тим, що більшість об'єднаних громад не в змозі надавати своїм мешканцям таку допомогу через відсутність відповідних закладів охорони здоров'я і спеціалістів. І хоча вітчизняне законодавство не забороняє новоутвореним громадам утримувати такі заклади, однак із економічної точки зору це є просто недоцільним, насамперед через недостатній обсяг матеріально-технічних, кадрових і фінансових ресурсів в громадах.

Міжнародний досвід реформ у сфері фінансування національних систем охорони здоров'я свідчить, що створення потужних фінансових пулів є однією із головних передумов розбудови такої системи, здатної якнайкраще задовольняти потреби людей. Тільки за цієї умови, на думку Ю.Б. Яценко та М.В. Шевченко, яку ми поділяємо, можна забезпечити найефективніше управління фінансами сфери охорони здоров'я, контролювати раціональне й ефективне їх використання, координувати процеси надання медичної допомоги та налагодити відповідний контроль за якістю її надання. Тому більшість експертів наголошують на тому, що значний ризик виникає у

зв'язку з переходом об'єднаних громад на прямі міжбюджетні відносини з державним бюджетом, що загрожує ще більшою фрагментацією ресурсів.

До речі, за даними Національного інституту стратегічних досліджень, у системі територіальної організації влади щодо охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу громади беруть участь переважно в окремих Скандинавських країнах, Польщі та Латвії. У таких країнах, як Франція, Німеччина, Італія, Данія, Чехія, Литва, Естонія, Румунія, Болгарія, система охорони здоров'я не входить до повноважень органів місцевого самоврядування [28, с. 50-54.].

На кінець хотілося б зазначити, що з 2018 р. заклади охорони здоров'я, які надають первинну медико-санітарну допомогу перейшли на нові принципи фінансування – оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки (розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою протягом визначеного періоду) в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами такої допомоги та Національною службою здоров'я України [14]. У результаті, вже у 2019 р. у всіх закладах охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу основним джерелом доходів були кошти, отримані від Національної служби здоров'я України: у поліклініках – 92%, у центрах первинної медико-санітарної допомоги – 82%, в амбулаторіях – 72% та в лікарнях – 50% [18, с. 70].

Нова модель фінансування покладає на заклади охорони здоров'я низку зобов'язань щодо надання первинної медичної допомоги населенню, при цьому сама по собі капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін. Саме тому, для подальшого реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я, покращання якості послуг первинної медичної допомоги та показників здоров'я населення повинна впроваджуватися система додаткових фінансових стимулів, моніторингу

якості, повноти й обсягу надання медичних послуг та дієвих заходів, спрямованих на підвищення професійного рівня медичних працівників.

З урахуванням зазначено фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я в Україні із кожним роком зростає. Навіть в умовах повномасштабної війни, медицина та її фінансування залишається одним із основних пріоритетів державної політики. Так, видатки загального фонду державного бюджету разом із трансфертами за 6 місяців 2022 р. здійснено в обсязі 82,2 млрд грн (85,8% до плану на січень-червень, або 43% до річного плану), зокрема, у червні – 13,9 млрд грн. Важливим напрямом залишається реалізація програми медичних гарантій, на яку передбачено 157,3 млрд грн. За шість місяців видатки за цією програмою здійснено в обсязі 74,4 млрд грн (95,5% до плану на січень-червень, або 47,3% до річного плану), зокрема, у червні 12,2 млрд грн. При цьому, незважаючи на воєнний стан і військові дії, у межах програми медичних гарантій продовжує діяти програма реімбурсації (відшкодування державою вартості ліків). Так, за 6 місяців 2022 р. на реімбурсацію вже спрямовано понад 1 млрд грн, із яких понад 700 млн грн – на забезпечення інсуліном (див. Рис. 2.2) [23].

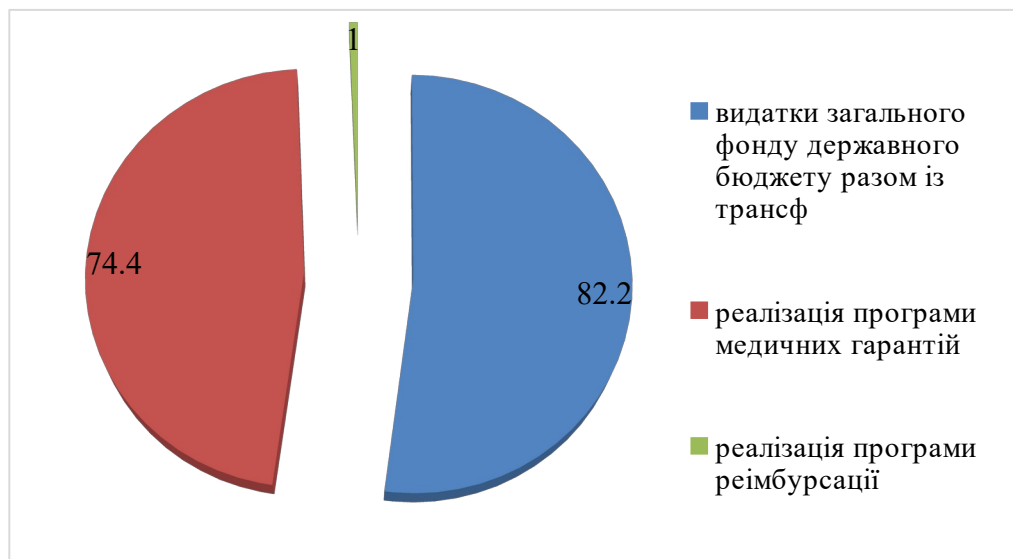


Рис. 2.2. Фінансування окремих складових вітчизняної сфери охорони здоров'я за 6 місяців 2022 р. (млрд. грн)

Отже, децентралізована модель фінансування вітчизняної сфери

охорони здоров'я передбачає передання фінансових ресурсів на регіональний рівень. Цей процес ґрунтується на принципах рівності, справедливості, повсюдності, субсидіарності, а також принципу «гроші ходять за пацієнтом». Очікуваними результатами від запланованих трансформацій є створення сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка, котра може забезпечити ефективне використання наявних в громадах ресурсів. На жаль, отриманий досвід функціонування нової децентралізованої моделі фінансування сфери охорони здоров'я показав недосконалість окремих її елементів через відсутність в об'єднаних громадах належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню, нестачу кваліфікованих медичних й управлінських кадрів, високий рівень корупції тощо.

2.3. Механізми державного регулювання надання медичних послуг як однієї із важливих складових сфери охорони здоров'я

Враховуючи надважливе значення життя і здоров'я будь-якої людини, доступ до медичних послуг має здійснюватися за допомогою певного державного регулювання. Та не всі науковці одностайні у цьому. Деякі з них вважають, що цього робити не слід, оскільки держава жодним чином не може контролювати зв'язок між медичним обслуговуванням та життям/смертю тієї чи іншої людини, а такі чинники як куріння, споживання спиртного, їжа та години навчання (роботи), котрі прямо впливають на стан здоров'я і якість життя особи, не залежать від волі держави [56, с. 211]. Водночас існує точка зору, яку поділяє більшість західних вчених, суть якої полягає у тому, що кожна людина повинна мати гарантоване державою право на певний мінімальний рівень охорони власного здоров'я [69, с. 135].

Обсяг споживання людиною медичних послуг не може визначатися тільки рівнем її платоспроможності. Це особливо очевидно у тих випадках, коли для рятування життя людини потрібна термінова медична допомога. Навіть у США, де охорона здоров'я розвивається переважно на платно-приватній основі, особи з гострими захворюваннями, які не застраховані, отримують медичну допомогу в лікарні безкоштовно. У таких випадках безкоштовне лікування хворих здійснюється за рахунок тих осіб, котрі сплачують страхові внески.

Виходячи із зазначеного хотілося б наголосити на тому, що не може бути в сучасній системі охорони здоров'я виключно ринкових відносин. В реаліях сьогодення, повністю уникнути використання заходів державного регулювання надання медичних послуг просто неможливо. Водночас щоб держава не була монополістом у питанні надання таких послуг, існують певні межі такого втручання, визначити які можна за наступними критеріями:

- 1) співвідношення витрат на надання безоплатної для населення медичної допомоги з втратами, які нестиме суспільство у разі її відсутності;
- 2) економічні можливості держави та рівень добробуту населення.

При цьому для того, щоб надання медичних послуг на приватній основі негативно не позначалось на національній системі охорони здоров'я та на здоров'ї людини в цілому, має функціонувати дієвий господарський механізм самої охорони здоров'я, який поєднує чотири взаємопов'язуючі аспекти (див. Рис. 2.3) [51].



Рис. 2.3. Взаємопов'язуючі аспекти господарського механізму сфери охорони здоров'я

Виходячи із вищезазначеного можна зробити висновок, що держава має здійснювати регулювання надання медичних послуг. Для здійснення цього, та чи інша країна використовує власні механізми впливу (регулювання, управління).

На сьогодні в науковій літературі немає одностайності у трактуванні поняття «механізм регулювання». Базовим елементом цього терміну є поняття самого механізму. В економічній науці поняття «механізм» вживається у переносному значенні і означає «внутрішню будову, систему чого-небудь». Безпосередньо з позиції науки публічного управління механізмом регулювання є «сукупність функцій, етапів і послідовних процедур регуляторного впливу на організаційну систему, що супроводжується досягненням певного результату цього впливу, який може бути зіставлений з індикаторами-показниками для визначення рівня досягнення управлінських цілей функціонування системи» [32, с. 7].

Усі механізми регулювання можна поділити на три види: механізми-засоби (інструменти), механізми-системи (набір взаємопов'язаних між собою елементів) та механізми-процеси (послідовність певних перетворень).

Залежно від того, які саме проблеми виникають і як вони вирішуються із застосуванням того чи іншого державного механізму регулювання, то такі механізми можуть бути складними (комплексними) і включати в себе декілька самостійних механізмів. Відповідно комплексні механізми державного регулювання можуть складатися із таких механізмів як:

- економічного (механізми державного регулювання банківською, грошово-валютною, інвестиційною, інноваційною, кредитною, податковою, страховою та іншою діяльністю);
- мотиваційного (сукупність командно-адміністративних та соціально-економічних стимулів, що спонукають публічних службовців до високоефективної і результативної роботи);
- політичного (механізми формування економічної, соціальної, фінансової, інвестиційної, освітньої та іншої політики);
- організаційного (об'єкти, суб'єкти державного регулювання, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування);
- правового (нормативно-правове забезпечення: закони і постанови Верховної Ради України, укази Президента України, постанови і розпорядження уряду України, інші підзаконні нормативні акти органів публічної влади, а також методичні рекомендації та інструкції) [62, с. 190].

Механізми державного регулювання медичних послуг є складовою частиною загального механізму системи охорони здоров'я. Ключовою метою таких механізмів є забезпечення доступності та якості надання медичних послуг населенню країни та забезпечення принципів доброчесної і вільної конкуренції на ринку. Оскільки, на сьогодні в Україні сфера медичних послуг активно розвивається не лише в державницькій площині, а й у приватній [4, с. 87].

Для реалізації окресленої мети механізмів регулювання медичних послуг держава визначає тактичні цілі, основні завдання, напрями і принципи державної регуляторної політики. Відповідно держава може створювати

окрему організацію, наприклад національну регуляторну комісію, що регулює процес ціноутворення, встановлюючи граничні верхню та нижню межі цін на медичні послуги (або рентабельність), а також узгоджує обсяги бюджетного фінансування для учасників ринку таких послуг.

До тактичних завдань, що деталізують мету механізмів державного регулювання медичних послуг і послідовно реалізуються протягом коротко- та середньострокових періодів часу, відносяться:

- реалізація основоположних принципів державної політики з питань регулювання діяльності надання медичних послуг, а також системи охорони здоров'я загалом, головних рішень і завдань на державному рівні у сфері медицини;

- втілення стратегічних рішень щодо ресурсного забезпечення суб'єктів надання медичних послуг (наприклад, підготовка професійних кадрів, ліцензування провадження господарської діяльності з медичної практики, будівництво закладів охорони здоров'я, придбання медичного устаткування, здійснення наукових досліджень та ін.);

- виконання заходів із регулювання, що стосуються безпеки отримання медичних послуг населенням країни, захисту громадських інтересів, використання нових лікарських засобів і методів лікування, а також акредитації закладів охорони здоров'я, котрі надають медичні послуги;

- здійснення моніторингу, оцінювання та аналізу як стану здоров'я населення, так і роботи закладів охорони здоров'я державної і комунальної форм власності, а також інших суб'єктів, котрі здійснюють підприємницьку діяльність із надання медичних послуг [4, с. 87].

З-поміж головних завдань механізмів державного регулювання медичних послуг можна виокремити:

- визначення та аналіз потреб населення країни у медичних послугах;

- забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг різних верств населення у необхідний час та в необхідному для людей обсязі,

зокрема, забезпечення отримання населенням гарантованої державою безкоштовної допомоги;

- моніторинг ринку надання медичних послуг із метою його безперервного вдосконалення;

- контроль над ціноутворенням за надання тих чи інших медичних послуг – за потреби встановлення нижньої та верхньої граничних меж на послуги; розроблення методик і рекомендацій із розрахунку цін на послуги для державних і приватних медичних закладів;

- контроль якості надання послуг на основі зібраних даних, зворотного зв'язку від пацієнтів, отриманих статистичних даних, результатів розгляду скарг і звернень, здійснення планових і позапланових перевірок, атестацій тощо;

- чітке планування (короткострокове, середньострокове та довгострокове) роботи закладів охорони здоров'я;

- забезпечення збору й аналізу необхідної інформації для ресурсного планування діяльності з надання медичних послуг;

- надання медичних послуг із профілактики і діагностування хвороб;

- технологічне оновлення і модернізація медичного устаткування, впровадження новітніх медичних технологій;

- опосередковане регулювання діяльності учасників суміжних ринків, наприклад, контроль якості лікарських засобів, що засовують під час надання медичних послуг, установлення обмежень чи заборон нелегітимних медичних препаратів;

- контроль відповідності рівня кваліфікації кадрів, які працюють у сфері надання медичних послуг і заходи щодо його підвищення;

- нормативно-правове забезпечення сфери надання медичних послуг, робота над його вдосконаленням;

- створення вільної і добросовісної конкуренції на медичному ринку;

- регулювання діяльності страхових організацій із позицій споживача та держави як регуляторного центру розподілу ресурсів;
- адаптація існуючої системи охорони здоров'я до умов, що змінюються [4, с. 88-89].

Якщо розглядати надання медичних послуг як певну систему взаємодії соціально-політичних інститутів, то суб'єкти, котрі здійснюють діяльність, пов'язану з наданням таких послуг і на яку спрямовано регуляторний вплив держави, з одного боку функціонують у системі відносин інституту державної медицини, приватної підприємницької діяльності з надання медичних послуг, суспільно-громадського інституту. Останній уособлює населення країни як споживача медичних послуг, котрий висуває вимоги та потреби для підтримки свого здоров'я. А з іншого боку, суб'єкти, котрі надають медичні послуги функціонують у системі окремого регуляторного інституту, функції якого нині виконують підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Загальна національна система охорони здоров'я є також інститутом, але більш масштабним, в якому перетинаються взаємозв'язки між усіма зазначеними інститутами [4, с. 88].

Міністерство охорони здоров'я України, зокрема департаменти в його складі, що спеціалізуються на контролі якості надання медичних послуг, представлені Директоратом медичних послуг, Медичним департаментом, Управлінням ліцензування та контролю якості надання медичних послуг, Управлінням екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Окрім того, у складі Міністерства охорони здоров'я України для обговорення найважливіших напрямів діяльності і розвитку медичної сфери можуть утворюватися відповідні колегії. Також з метою проведення науково-методичної роботи стосовно розвитку медичної науки, визначення її пріоритетних напрямів, організації нових фундаментальних досліджень медико-біологічного профілю, експертизи наукових програм, співробітництва з Академією наук України чи науковими установами інших країн може створюватися вчена медична рада [39].

Ключовим завданням Міністерства охорони здоров'я України є розроблення пріоритетних напрямів реформування існуючої системи охорони здоров'я в Україні. Відповідно на реалізацію цього завдання у серпні 2014 р. Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. Ця Стратегія формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, формує підґрунтя для розробки якісної політики та прийняття ефективних управлінських рішень, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів. Метою цього документа є визначення провідних проблем існуючої системи охорони здоров'я в Україні, потенційних напрямів і дієвих шляхів їх вирішення для формування нової державної політики у сфері охорони здоров'я, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження новітніх фінансових механізмів з метою забезпечення і реалізації прав людини [25].

У свою чергу, підрозділи Міністерства охорони здоров'я України забезпечують розроблення інструментів ефективного функціонування вітчизняної системи медичного обслуговування, програм державних замовлень, здійснюють діяльність із планування і прогнозування, стандартизації, сертифікації з метою забезпечення роботи медичних лікарень, клінік та інших установ, що надають медичне обслуговування, а також забезпечують необхідними ресурсами та здійснюють контроль за процесом надання ними медичних послуг.

Головними органами, що гарантують забезпечення виконання першочергових завдань і запланованих заходів у галузі регулювання, залишаються частково підрозділи Міністерства охорони здоров'я України. Деякими регуляторними функціями, на основі нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, опосередковано займається створена у 2017 р. Національна служба здоров'я України. Ця служба є «центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і

координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення». Ця служба, враховуючи її правовий статус виконує специфічні завдання щодо фінансування вітчизняної системи охорони здоров'я (див. Рис. 2.4) [49].

Національна служба здоров'я України у процесі виконання покладених на неї завдань взаємодіє з іншими державними органами, допоміжними органами і службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними урядом країни, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також з підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми їх власності [49].

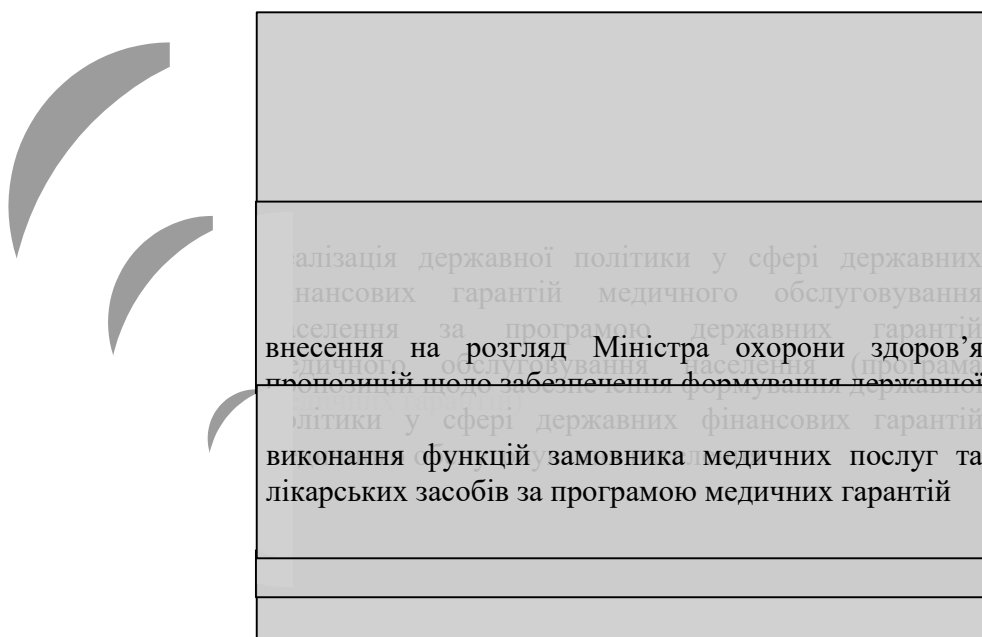


Рис. 2.4. Основні завдання Національної служби здоров'я України

Правові механізми (методи) державного регулювання надання медичних послуг можуть бути поділені на:

- імперативні – передбачають прямий владний вплив на учасників суспільних відносин без права вибору їхньої поведінки;

- диспозитивні – передбачає варіанти поведінки учасників суспільних відносин як рівноправних сторін [9, с. 74].

Як приклад державно-правового регулювання надання медичних послуг із застосуванням імперативних норм можна навести окремі положення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Так, наприклад, згідно із цим Законом «медичні послуги, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством» [34]. Прикладом диспозитивного державно-правового регулювання надання медичних послуг можна навести таку норму вище названого Закону як: «у разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством» [34].

Серед головних важелів держави, що регулюють надання медичних послуг на сучасному етапі, можна назвати: регулювання цін на надання медичних послуг; надання податкових та митних пільг на лікарські засоби; розроблення і встановлення стандартів якості надання медичних послуг, а також нормативів і стандартів лікарських засобів і медичного обладнання, що використовується для надання медичних послуг; встановлення рівня кваліфікації до медичних кадрів закладів охорони здоров'я та вимог до процедури їх атестації; створення умов для ефективної приватизації державного майна чи оренди об'єктів державної власності, що стосуються сфери охорони здоров'я; забезпечення мотивації, морального стимулювання та співробітництва персоналу медичних закладів тощо.

Більшість дослідників у сфері публічного управління звертає увагу на те, що особливості сектору надання медичних послуг зумовлюють специфіку формування ціни на такі послуги, що полягає в одночасному виконанні функції як оптової, так і роздрібною ціни. Враховуючи це, зважена державна

політика ціноутворення на надання медичних послуг має передбачати як сам процес установалення цін на медичні послуги, так і управлінсько-регулюючу діяльність щодо надання таких послуг за різних обставин і ситуацій під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів. Такими факторами можуть бути, наприклад, конкуренція, зростання інфляції або зниження купівельної спроможності споживачів медичних послуг, що посилюватиме роль ціноутворення з позиції не тільки витрат, але й насамперед конкуренції, попиту, інфляційних очікувань тощо [17, с. 9].

На кінець хотілося б зазначити, що для того, щоб механізми державного регулювання надання медичних послуг ефективно функціонували має бути створена міцна і водночас гнучка система нормативно-правового забезпечення діяльності відповідних суб'єктів та об'єктів регулювання. Така система має бути інтегрована як складова частина механізмів державного регулювання надання медичних послуг. Відповідно такі механізми щонайменше повинні містити:

- систему регуляторних нормативно-правових актів, що є правовою основою функціонування закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів підприємницької діяльності у сфері надання медичних послуг;
- комплексну систему забезпечення роботи суб'єктів надання медичних послуг та всіх інфраструктурних елементів системи надання медичного обслуговування населення країни;
- організаційно-правові способи регулювання діяльності суб'єктів надання медичних послуг;
- принципи, важелі, функції, об'єктно-суб'єктний складник;
- теоретико-методологічний інструментарій, що складається із основних методів, методик й інструментів управління та регулювання діяльністю з надання медичних послуг тощо.

Таким чином, механізми державного регулювання надання медичних послуг – це комплекс функцій і послідовних процедур регуляторного впливу на організаційну систему надання медичних послуг, як однієї із важливих

складових сфери охорони здоров'я. На сьогодні такими механізмами є: правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, фінансово-економічний, інформаційно-комунікаційний, політичний. Ці механізми, ключовою метою яких є забезпечення доступності і якості надання медичних послуг населенню, тісно взаємопов'язані і координуються між собою.

Висновки до Розділу 2

Реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я ґрунтується на ідеях децентралізації, що передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я, яка складатиметься із трьох рівнів – первинний, вторинний, третинний.

Децентралізована модель фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я передбачає передання фінансових ресурсів на регіональний рівень. При цьому очікуваними результатами від запланованих трансформацій є створення сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка, яка може забезпечити ефективне використання наявних в громадах ресурсів.

Механізмами державного регулювання надання медичних послуг є комплекс функцій і послідовних процедур регуляторного впливу на організаційну систему надання медичних послуг, як однієї із важливих складових сфери охорони здоров'я. Ці механізми тісно взаємопов'язані і координуються між собою та витікають один із одного. На сьогодні до таких механізмів відноситься правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, фінансово-економічний, інформаційно-комунікаційний та політичний механізми.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

3.1. Проблеми функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я та способи їх вирішення

На сьогодні у вітчизняній сфері охорони здоров'я існує цілий комплекс проблем, які нерідко призводять до неможливості реалізації громадянами своїх прав щодо здоров'язбереження та неефективного державного управління цією сферою. Це такі проблеми як:

- 1) несприйняття нової медичної реформи, як окремими громадянами, так і безпосередньо лікарями, оскільки немає чіткого

розуміння того, що відбувається та які зміни відбудуться у подальшому і до яких наслідків це призведе;

2) велика вартість послуг у сфері охорони здоров'я та неможливість певних груп населення через зниження їх купівельної спроможності сплатити за послугу. Це, зокрема, пов'язано з тим, що значна частина доходів сімей спрямовується на сплату комунальних платежів та продуктів харчування, тому оплата лікарських засобів та медичних послуг стає все більше затратною для їх сімейного бюджету;

3) брак необхідних ресурсів на розвиток медицини в Україні, недостатність бюджетного фінансування державних і комунальних закладів охорони здоров'я, та, як наслідок, відсутність гарантованого доступу громадян до якісних медичних послуг, неналежний соціальний захист працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я тощо;

4) катастрофічна нестача кваліфікованих медичних й управлінських кадрів у закладах охорони здоров'я, через низьку заробітну плату, мінімальні соціальні гарантії, ризики для власного здоров'я та фізичного стану. Також це пов'язано із тим, що вітчизняна система вищої медичної освіти відрізняється високим рівнем підготовки фахівців для медичної сфери та підготовки наукових кадрів цієї галузі та значними сумами вартості за навчання. Тому в нашій країні все більшого значення набуває перепідготовка та підвищення кваліфікації лікарів й молодшого медичного персоналу, спонсорська чи грантова діяльність, що сприяє залученню у вітчизняну систему охорони здоров'я кваліфікованих кадрів і передових технологій;

5) низька якість послуг у сфері охорони здоров'я та проблеми доступу населення країни до служби медичної допомоги, особливо, в сільських чи гірських місцевостях, тому великі сподівання у цьому контексті покладаються на новосформовані об'єднанні територіальні громади, котрі мають поліпшувати власну соціальну, виробничу й транспортну інфраструктуру, залучати кваліфікованих працівників до сільської місцевості;

6) застарілість механізмів публічного управління вітчизняною системою охорони здоров'я, що не в змозі оперативно і дієво реагувати на зміни в суспільстві та в медичній сфері;

7) колізійність правових норм у сфері охорони здоров'я та нерегульованість окремих питань у цій галузі, що потребує невідкладного коректування національного законодавства відповідно до нових потреб, загроз та можливостей в державі;

8) недостатньо серйозне ставлення до попередження і профілактики різних захворювань як з боку населення, так і з боку публічної влади; відсутність обов'язково професійного медичного огляду для всіх працівників країни;

9) демографічне старіння населення, що призводить до додаткового навантаження на вітчизняну систему охорони здоров'я;

10) наявність різних екологічних проблем та щорічне збільшення їх кількості: атмосферні (радіологічне, хімічне, механічне, теплове забруднення атмосфери); водні (виснаження і забруднення поверхневих і підземних вод, забруднення морів і океанів); геолого-геоморфологічні (інтенсифікація несприятливих геолого-геоморфологічних процесів, порушення рельєфу і геологічної будови); ґрунтові (забруднення ґрунтів, їх ерозія, дефляція, вторинне засолення, заболочування тощо); біотичні (зменшення рослинності та об'єму лісових насаджень, пасовищна дигресія, скорочення видової різноманітності тощо); комплексні – це запустинювання, зниження біорізноманітності, порушення режиму природоохоронних органів [3, с. 160]. Вважаємо, що науково обґрунтований комплексний підхід до вирішення цих проблем прямо допоможе поліпшити стан здоров'я населення в Україні і забезпечити його подальше здоров'язбереження;

11) загальна економічна криза, яка виявляється у значному зниженні рівня виробництва, порушенні існуючих виробничих зв'язків, банкрутстві малих підприємств, повсюдності зростання безробіття, і в результаті – у

погіршенні якості і тривалості життя людей, їх добробуту, у тому числі, у сфері охорони здоров'я.

Окрім того, хотілося б ще додати, що в процесі реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я відбувається кардинальна перебудова взаємодії різних закладів охорони здоров'я, позитивний чи негативний результат якої може бути спричинений різними чинниками. До внутрішніх чинників, які впливають на взаємодію закладів охорони здоров'я в середині одного госпітального округу можна віднести:

- інфраструктурні – стан та якість наявної інфраструктури закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу (рівень морального та фізичного зношення медичного обладнання та його реальні можливості, забезпеченість необхідними засоби препаратами та матеріалами для здійснення медичної діяльності, резервні потужності, кількість місць у закладах, тощо);

- економічні – забезпеченість закладів охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами (обсяг заборгованості, наявність запасів, рівень залежності від зовнішнього фінансування, можливість залучати різні інвестиції);

- інноваційні – наявність різноманітних інновацій, як у системі управління закладами охорони здоров'я і їх персоналом, так і в методах провадження медичної діяльності (обстеження чи безпосереднього лікування) та можливості співпраці у даній сфері з іншими організаціями;

- організаційні – рівень організаційного забезпечення госпітальних округів та управління закладами охорони здоров'я (наявність структурно оптимального апарату управління таких закладів, рівень кваліфікованості персоналу, наявність дієвої стратегії розвитку закладів охорони здоров'я та її відповідність стратегії розвитку госпітального округу, продуктивність і результативність роботи медичних працівників) [60, с. 253].

У свою чергу, до зовнішніх чинників, які впливають на діяльність госпітального округу на рівні держави та інших госпітальних округів, можна віднести:

- науково-технічні – наявність наукового потенціалу, інновації у сфері медичних технологій тощо;
- географічні – розташування закладів охорони здоров'я в межах одного госпітального округу та близькість розташування з іншими закладами в інших госпітальних округах, а також рівень забезпечення природними ресурсами (водні, енерго-, інші природні ресурси);
- економічні – рівень економічного розвитку країни, темпи та динаміка макроекономічних показників, рівень доходів населення тощо;
- соціальні – рівень освіченості суспільства та його правової свідомості, соціальна та матеріально-фінансова забезпеченість населення, співвідношення вікових груп населення тощо;
- державна політика – якість нормативно-правової бази та організаційного забезпечення сфери охорони здоров'я, наявність ефективної та дієвої стратегії розвитку цієї сфери, той чи інший вектор зовнішньої політики держави [60, с. 251-253].

Враховуючи вищезазначене та сучасні українські реалії, вважаємо, що дієвими способами вирішення проблем функціонування вітчизняної системи охорони здоров'я є:

- удосконалення вітчизняного нормативно-правового забезпечення системи охорони здоров'я. Безпосередньо на законодавчому рівні визначити базовий пакет надання безкоштовних послуг у сфері охорони здоров'я гарантованих державою, що у подальшому стане базовим для запровадження обов'язкового медичного страхування, прийняти закон про захист прав пацієнта з метою забезпечення законодавчої захищеності такої категорії людей та медичних працівників. А також впровадити систему моніторингу та відстеження якості і належності надання медичних послуг населенню країни;
- посилення фінансово-інфраструктурного ресурсного

забезпечення системи охорони здоров'я, шляхом: 1) запровадження нових механізмів фінансування системи охорони здоров'я, системи фіксування цін на найбільш соціально важливі лікарські засоби з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво та створення державного реєстру цін на лікарські засоби з метою забезпечення населення країни базовим пакетом таких засобів; 2) активізація соціального партнерства між державою та представниками приватної медицини через залучення їх до різних соціальних програм, зміцнити роль Громадської ради Міністерства охорони здоров'я України з метою посилення громадського контролю та побудови якісного трьохстороннього зв'язку між державою, різними інститутами охорони здоров'я і населенням країни; 3) розбудови мережі закладів охорони здоров'я та наповнення їх новітнім медичним обладнанням;

- стимулювання розвитку добровільного медичного страхування та використання ресурсів приватних медичних закладів, з метою забезпечення реалізації принципу багатоканальності фінансування системи охорони здоров'я. Також створити можливості для запровадження системи фінансування профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризиків захворюваності і покращення здоров'я населення;

- підвищення якості медичних послуг шляхом: 1) розроблення нових та оновлення існуючих стандартів і критеріїв надання таких послуг та контролю за їх дотриманням; 2) запровадження системи диференційованої стимулюючої оплати праці в системі охорони здоров'я та системи контрактних державних закупівель медичних послуг (наприклад, укладати контракти між надавачами медичних послуг та платниками, відповідно до якості та шкали складності надання медичної допомоги);

- покращення якості кадрового забезпечення системи охорони здоров'я шляхом: 1) запровадження системи довгострокового прогнозування набору кадрів відповідно до потреб вітчизняної системи охорони здоров'я; 2) забезпечення на постійній основі системи професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу;

3) посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я; 4) підвищення розміру заробітної плати медичного персоналу, особливо молодшого; 5) запровадження стимулюючої системи оплати за профілактичну діяльність лікарів.

Отже, вітчизняній системі охорони здоров'я притаманна ціла низка проблем матеріально-фінансового, організаційного та соціально-правового характеру, оперативне та дієве вирішення яких сприятиме значному покращенню якості державного управління даною системою. Безпосередньо необхідно створити належні організаційно-правові умов для завершального етапу реформування сфери охорони здоров'я, удосконалити систему фінансування медичного обслуговування та кадрову політику закладів охорони здоров'я.

3.2. Впровадження в Україні позитивного іноземного досвіду державного управління системою охорони здоров'я

В останні роки у країнах Європи та в інших розвинутих державах світу активно відбувається процес лібералізації у багатьох суспільних сферах, які супроводжуються зміною характеру державного впливу, а саме переходом від прямого публічно-управлінського втручання до грамотного й ефективного державного регулювання, що має свої особливі форми, методи й інструменти.

Для здійснення державного регулювання у відповідних суспільних сферах, зокрема, й у сфері охорони здоров'я утворюються спеціальні органи

– національні незалежні регуляторні органи (або незалежні регулятори). Правовий статус таких органів, їх місце в системі органів публічної влади, характер взаємовідносин з іншими публічно-владними інституціями відрізняється, враховуючи національні особливості тієї чи іншої держави, а також специфіку регульованої суспільної сфери.

Наприклад, Великобританії не має єдиного осередку публічного управління системою охорони здоров'я. Після завершення Другої світової війни в країні була створена Національна служба охорони здоров'я, яка і сьогодні забезпечує британцям медичне обслуговування паралельно із цією службою функціонують служби здоров'я Уельсу, Шотландії і Північної Ірландії.

У 2012 р. у Великобританії було створено Клінічні уповноважені групи, які відповідають за закупівлю медичних послуг у різних закладах охорони здоров'я. Ці Групи купують медичні послуги для мешканців певного регіону країни, виходячи з потреби і кількості наявних фінансових ресурсів. Рішення стосовно розподілу коштів приймає правління тієї чи іншої Групи, але інколи Міністерство охорони здоров'я та соціальної політики Великобританії надає власні рекомендації стосовно пріоритетних напрямків [52].

Також у Великобританії діє спеціальний регуляторний орган – Монітором – виконавчий позавідомчий державний орган, діяльність якого забезпечується Департаментом охорони здоров'я. Монітор виступає регулятором діяльності суб'єктів, які надають послуги у сфері охорони здоров'я, головною метою якого є покращення роботи сектору охорони здоров'я для самих пацієнтів [7, с. 241].

В цілому, у Великобританії сама держава платить за надані громадянам медичні послуги та фінансує систему охорони здоров'я за рахунок податкових надходжень. Відповідно англійці не витрачають кошти на медичну допомогу, крім сплати незначної пайової участі в оплаті ліків, що відпускаються за рецептом, а також послуг стоматологів й окулістів [52].

У Франції базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів (наприклад, найбільший з таких фондів «Загальна національна система медичного страхування»), в основному прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але насправді вони жорстко регулюються і контролюються парламентом, Міністерством охорони здоров'я та місцевими керівними органами. Ці великі страхові структури поділяються на фонди меншого масштабу за регіональним принципом.

Французька система медичного страхування охоплює близько 99% громадян, а сама країна витрачає 10% ВВП на охорону здоров'я. Цікаво, що крім страхових внесків працівники і роботодавці у відповідні фонди, також на потреби французької системи охорони здоров'я йде частина акцизів на алкогольні і тютюнові вироби та безпосередньо від продажу ліків [22].

Державна система медичного страхування Німеччини завжди була відома як система, що забезпечує всім громадянам доступ до кваліфікованої і високоякісної медичної допомоги за ціною, що вважається соціально прийнятною. Проте, постійне побоювання зростання вартості послуг у сфері охорони здоров'я стало причиною того, що після 1977 р. був прийнятий цілий ряд загальнодержавних і регіональних заходів, спрямованих на стримування цін.

Основним принципом німецької системи охорони здоров'я є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні страхові медичні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування [53, с. 92].

Ключовими учасниками державної політики у сфері охорони здоров'я в Німеччині є Федеральні збори, Федеральна рада та Федеральне міністерство охорони здоров'я і соціального забезпечення. Міністерство охорони здоров'я встановлює загальні правила для всієї системи охорони здоров'я та здійснює

супервізію роботи. На регіональному рівні міністерства кожної землі несуть відповідальність за розроблення та впровадження законодавчих актів, контролюючи підлеглих та фінансування інвестицій у сферу охорони здоров'я. На території адміністративних округів функціонують місцеві органи влади, які мають численні повноваження в системі охорони здоров'я, починаючи від пропаганди здоров'я до планування госпітальної допомоги. Первинна медична допомога спрямовується та контролюється місцевою радою. При цьому центральний уряд через регіональну госпітальну раду передав місцевому управлінню госпіталями послуги громадського здоров'я.

Усі німецькі лікарі обов'язково є членами регіональних лікарських асоціацій, відповідальних за поточну освіту, тренінги та встановлення професійних, етичних і суспільних стандартів [53, с. 93].

У 1990-х роках Литва прийняла ряд законодавчих актів, що регулюють сферу охорони здоров'я (наприклад, Закон про систему охорони здоров'я (1994 р.), Закон про організації із надання послуг охорони здоров'я (1996 р.)).

На сучасному етапі виконавчі органи Литви займаються ліцензуванням медичної допомоги та фармацевтичної діяльності. До них відносяться державні, муніципальні індивідуальні й громадські бюджетні та небюджетні організації медичної допомоги, державні і муніципальні підприємства, інші підприємства, які уклали контракти із державними чи територіальними пацієнтськими фондами, а також інші суб'єкти, що уклали угоди із Національною системою охорони здоров'я (далі – НСОЗ).

Органами, які здійснюють управління сферою охорони здоров'я є органи державної адміністрації заходів щодо здоров'я (уряд, міністерство, урядові організації, місцеві управителі), організації координації заходів в охорони здоров'я, спеціальні органи контролю та управління діяльністю в охорони здоров'я, виконавчі установи муніципалітетів. Ці органи уповноважені контролювати дії інших організацій, що не входять до складу НСОЗ у сфері здоров'я. Ресурсна база НСОЗ складається із матеріальних засобів для забезпечення управління, власності виконавчих й

адміністративних органів, державних і муніципальних бюджетних фондів, виділених для гарантування заходів НСОЗ, фондів обов'язкового медичного страхування, іншої власності, призначеної для роботи НСОЗ, спеціалістів та інших працівників державних і муніципальних інституцій, підприємств, тримачів ліцензій для громадської та індивідуальної медичної допомоги чи фармацевтичної діяльності [53, с. 94].

У Польщі Міністерство охорони здоров'я є найвищим органом у системі охорони здоров'я країни. Міністерство, створене відповідно до положень про Кабінет Міністрів у 1999 р., керує власним політичним кабінетом, департаментами та їх підрозділами, наглядає за роботою Національного фонду здоров'я, відшкодовує витрати на ліки, медичні продукти та спеціальні види їжі, проводить нагляд та аудит надавачів послуг охорони здоров'я, опікується якістю виконання медичних послуг, розробляє та впроваджує програми охорони здоров'я, забезпечує організацію і нагляд за Національною системою невідкладної медичної допомоги та рятування, виконує завдання щодо санаторного лікування. Окрім того, це міністерство є відповідальним за: правила надання медичної допомоги та її організацію; нагляд за медичними товарами, устаткуванням для діагностики, вмонтованим медичним устаткуванням, засобами косметики та іншими засобами, з точки зору їх безпеки для здоров'я людини і тварин; організацію і нагляд за національною системою невідкладної медичної допомоги; медичними професіями, санітарними умовами та наглядом за безпекою продуктів, особливо під час виробництва; видачу дозволів на продаж їжі з генетично модифікованими складовими; санаторне лікування; координацію систем соціального забезпечення з точки зору медичного компоненту [53, с. 94].

В Болгарії органом державного регулювання охорони здоров'я є Національний фонд страхування здоров'я, який було утворено 15 березня 1999 р як незалежну самостійну публічно-владну установу, відокремлену від системи соціального страхування. Цей Фонд діє на підставі Закону про страхування здоров'я від 1998 р, відповідно до якого в Болгарії запроваджено

обов'язкове державне страхування здоров'я та здійснюється регулювання добровільного страхування здоров'я. Фонд має свої власні органи управління; його бюджет відокремлений від державного бюджету, що, як свідчить позитивний іноземний досвід, є важливою гарантією незалежності і самостійності регуляторного органу.

Національний фонд страхування здоров'я, на відміну від інших регуляторних органів Болгарії, приймає підзаконні нормативно-правові акти з питань встановлення цін на лікарські засоби для застрахованих осіб у випадках, коли вартість цих медичних препаратів у повному обсязі сплачується державою. Цей Фонд встановлює переліки лікарських засобів та розміри знижок [7, с. 213].

Цікавим у цьому контексті є досвід Фінляндії. В цій країні існує Агентство лікарських засобів, яке здійснює ліцензування аптек та є національним органом, уповноваженим здійснювати регулювання у сфері фармацевтичних препаратів. Агентство прямо підпорядковане Міністерству соціальних відносин та здоров'я. Держава забезпечує незалежність цього Агентства шляхом відокремлення його функцій та повноважень від самого Міністерства та закріплення їх на рівні закону. Відповідно Міністерство не має права брати участь у підготовці рішень Агентства та не може впливати на його професійну діяльність [7, с. 214].

Головним органом, що регулює в США сферу охорони здоров'я, є Департамент охорони здоров'я та соціального забезпечення. Очолює цей орган міністр охорони здоров'я і соціального забезпечення, який призначається президентом США за згодою Сенату країни. До складу цього органу влади входять такі агенції як: центри з контролю і профілактики захворювань; центри з сервісів медичного забезпечення; національні інститути охорони здоров'я; Управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами; Управління ресурсів та служб охорони здоров'я; Агентство досліджень та оцінки якості медичного обслуговування [26]. Усі вони, у свою чергу, включають ще певну кількість агенцій, підрозділів та

служб, котрі загалом охоплюють усі аспекти американської системи охорони здоров'я, починаючи з розробки державної політики й закінчуючи розробкою програмного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я й населення країни. Більш детально хотілося б зупинитися на окремих з них.

Окрім того, в США існує біомедичний науково-дослідний центр при Департаменті охорони здоров'я та соціального забезпечення США, який називається Національним інститутом охорони здоров'я. Дана структура є основною агентською урядовою організацією, що відповідає за медико-біологічні дослідження та ті, що пов'язані з охороною здоров'я. Цей інститут включає в себе офіс директора, що є центральним органом, відповідальним за розроблення політики, планування, управління та координації програм і діяльності всіх компонентів інституту. Також до складу цього інституту входять 27 окремих інститутів і центрів, які проводять дослідження в різних сферах охорони здоров'я [26].

Підсумовуючи зазначене, можна зробити висновок, що якість та ефективність державного управління системою охорони здоров'я, спираючись на досвід різних країн світу, прямо залежить від належного його інституційного забезпечення – розгалужена система органів публічної влади та підконтрольних ним закладів охорони здоров'я. Вважаємо, що позитивний іноземний досвід державного управління системою охорони здоров'я є надзвичайно корисний для України. Адже сьогодні в нашій державі відбувається становлення нової групи суб'єктів публічного управління – спеціалізованих органів влади у сфері охорони здоров'я. При цьому для успішного й дієвого функціонування цих публічно-владних інституцій необхідно, насамперед, внести зміни у чинне профільне законодавство стосовно чіткого закріплення їх правового статусу й обсягу повноважень, а також посилити контроль (як державний, так і громадський) за окремими напрямками медичної і фармацевтичної діяльності.

Висновки до Розділу 3

Вітчизняній системі охорони здоров'я притаманна ціла низка проблем матеріально-фінансового, організаційного та соціально-правового характеру, оперативне та дієве вирішення яких сприятиме значному покращенню якості державного управління даною системою. Безпосередньо необхідно створити належні організаційно-правові умов для завершального етапу реформування сфери охорони здоров'я, удосконалити систему фінансування медичного обслуговування та кадрову політику закладів охорони здоров'я.

Державне управління системою охорони здоров'я більшості країн світу характеризується потужним інституційним забезпеченням – значна кількість органів влади, що реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я та безпосередньо здійснюють державне регулювання у цій сфері. На сьогодні позитивний іноземний досвід державного управління системою охорони здоров'я є надзвичайно корисним для України та може бути адаптований в українських реаліях, враховуючи фінансові можливості нашої держави та особливості правової системи і системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі досліджено сучасний стан державного управління системою охорони здоров'я в Україні та сформульовано такі висновки і пропозиції:

1. Сфера охорони здоров'я являє собою одну із суспільних сфер, що представлена сукупністю державних і недержавних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань і забезпечення довголіття людини, а також зміцнення здоров'я всієї нації. Комплексна реалізація цих заходів призводить до зростання рівня і якості життя

населення країни у довгостроковій перспективі.

Державне управління системою охорони здоров'я здійснюється на основі загальних і спеціальних принципів. Водночас державне управління системою охорони здоров'я, як організаційно-владний процес, відбувається із застосуванням певних форм, котрі є зовнішнім вираженням професійної діяльності суб'єктів уповноважених на виконання публічно-управлінських функцій у сфері охорони здоров'я. Такі форми можна об'єднати у дві групи – зовнішні та внутрішні, що спрямовані на організацію відповідно зовнішньої і внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я.

Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я являє собою численну кількість законодавчих і підзаконних нормативних актів, що врегульовують питання стосовно: розробки і реалізації загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я; розвитку сімейної медицини; удосконалення системи медичного обслуговування; створення якісної й оперативної системи надання медичної допомоги; забезпечення сфери охорони здоров'я висококваліфікованими працівниками тощо.

2. Сьогодні реформування державної системи управління сферою охорони здоров'я ґрунтується на ідеях децентралізації, що передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я, яка складатиметься із трьох рівнів:

- первинний – відбувається формування самостійних міських поліклінік і відповідних підрозділів та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики сімейної медицини; реорганізація сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерських пунктів; створення центрів первинної медико-санітарної допомоги. Пацієнт може отримати екстрену медичну допомогу та ту допомогу, що не потребує вузькоспеціалізованого втручання;

- вторинний – формується система госпітальних округів, на території яких (радіус 60 км) функціонують заклади охорони здоров'я, котрі здійснюють широке і різнобічне медичне обслуговування. Пацієнт може отримати спеціалізовану медичну допомогу;

- третинний – передбачає надання високоспеціалізованих діагностичних та лікувальних послуг із використанням високотехнологічного медичного обладнання, на якому функціонують вузькоспеціалізовані заклади охорони здоров'я.

3. Децентралізована модель фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я передбачає передання фінансових ресурсів на регіональний рівень. Очікуваними результатами від запланованих трансформацій є створення сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка, котра може забезпечити ефективне використання наявних в громадах ресурсів. На жаль, отриманий досвід функціонування нової децентралізованої моделі фінансування сфери охорони здоров'я показав недосконалість окремих її елементів через відсутність в об'єднаних громадах належної інституційної бази для надання медичної допомоги населенню, нестачу кваліфікованих медичних й управлінських кадрів, високий рівень корупції тощо. Переконані, що для вирішення існуючих проблем, потрібно внести відповідні зміни до чинного законодавства стосовно децентралізації надання медичних послуг та їх фінансування, чітко окреслити функції місцевих органів влади щодо матеріально-грошового забезпечення вказаної сфери.

4. Механізми державного регулювання надання медичних послуг – це комплекс функцій і послідовних процедур регуляторного впливу на організаційну систему надання медичних послуг, як однієї із важливих складових сфери охорони здоров'я. На сьогодні такими механізмами є: правовий, інституційний, організаційно-адміністративний, фінансово-економічний, інформаційно-комунікаційний, політичний. Ці механізми, ключовою метою яких є забезпечення доступності і якості надання медичних

послуг населенню, тісно взаємопов'язані і координуються між собою та витікають один із одного.

5. Вітчизняній системі охорони здоров'я притаманна ціла низка проблем матеріально-фінансового, організаційного та соціально-правового характеру, оперативне та дієве вирішення яких сприятиме значному покращенню якості державного управління даною системою. Безпосередньо необхідно: 1) удосконалити вітчизняне нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я; 2) посилити фінансово-інфраструктурне ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я; 3) стимулювати розвиток добровільного медичного страхування та використання ресурсів приватних медичних закладів, з метою забезпечення реалізації принципу багатоканальності фінансування системи охорони здоров'я; 4) підвищити якість медичних послуг; 5) покращити якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я. Переконані, що науково обґрунтований комплексний підхід до вирішення окреслених проблем сприятиме покращенню державного управління системою охорони здоров'я та його осучасненню.

6. Якість та ефективність державного управління системою охорони здоров'я, спираючись на досвід різних країн світу, прямо залежить від належного його інституційного забезпечення – розгалужена система органів публічної влади та підконтрольних ним закладів охорони здоров'я. Вважаємо, що позитивний іноземний досвід державного управління системою охорони здоров'я є надзвичайно корисний для України. Адже сьогодні в нашій державі відбувається становлення нової групи суб'єктів публічного управління – спеціалізованих органів влади у сфері охорони здоров'я. При цьому для успішного й дієвого функціонування цих публічно-владних інституцій необхідно, насамперед, внести зміни у чинне профільне законодавство стосовно чіткого закріплення їх правового статусу й обсягу повноважень, а також посилити контроль (як державний, так і громадський) за окремими напрямками медичної і фармацевтичної діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністративне право України. Академічний курс: Підручник: у 2 т. / Ред. колегія: В.Б. Авернов'янов (голова) та ін. – К.: ТОВ «Видавництво «Юридична думка», 2007. – Т. 1. – 592 с.
2. Адміністративне право: Підручник / за заг. ред. Ю.П. Битяка, В.М. Гаращука, В.В. Зуй. – Х.: Право, 2010. – 624 с.

3. Бабченко В.Л. Пріоритетні напрями реформування галузі охорони здоров'я у Житомирській області / В.Л. Бабченко, О.Г. Андрушко // Публічне управління та адміністрування. – 2019. – № 3(89). – С. 158-164.
4. Барзилович А.Д. Механізми державного регулювання надання медичних послуг в Україні / А.Д. Барзилович // Публічне управління у сфері державної безпеки та митної справи. – 2020. – № 1(24). – С. 86-90.
5. Булеца С.Б. Деякі аспекти поняття права на охорону здоров'я, медичну допомогу та біоетики в Україні, Словаччині та Угорщині / С.Б. Булеца // Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20 квітня 2007, м. Львів. – С. 38-44.
6. Бюджетний кодекс України: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 50-51. – Ст. 572.
7. Ващенко Ю.В. Незалежні регуляторні органи в сфері охорони здоров'я: Європейський досвід та перспективи розвитку в Україні / Ю.В. Ващенко // Право і громадянське суспільство. – 2014. – № 1. – С. 211-220.
8. Волков Ю.Г. Человек. Энциклопедический словарь / Ю.Г. Волков, В.С. Поликарпов. – М.: Гардарики, 1999. – 678 с.
9. Гладун З.С. Концептуальні засади державного-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення / З.С. Гладун // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: мат-ли I Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 квітня). – 2007. – С. 73-79.
10. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / Д.О. Гомон; Одеський державний університет внутрішніх справ. – О., 2018. – 250 с.
11. Горбатова Д.І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я / Д.І. Горбатова // Право і суспільство. – 2019. – № 4. – С. 166-173.
12. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 лютого 2019 р. № 446

[Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19>.

13. Деякі питання забезпечення провадження господарської діяльності в умовах воєнного стану: Постанова Кабінету Міністрів України від 18 березня 2022 р. № 314 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/314-2022-%D0%BF#Text>.

14. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text>.

15. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text>.

16. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>.

17. Євтушенко О.А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.А. Євтушенко // Донецький державний університет управління. – Донецьк, 2006. – 22 с.

18. Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». – К., 2020. – 135 с.

19. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія / Д.В. Карамишев. – Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. – 304 с.

20. Карамішев Д.В. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18 квітня 2008 р., м. Львів. – С. 129-136.

21. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

22. Матвієнко Ю.А. Порівняльний аналіз систем охорони здоров'я малих країн Європи / Ю.А. Матвієнко // Медицина світу. – 2014. – № 10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2014/february/article-10.php?print=1>.

23. Мінфін: За 6 місяців видатки державного бюджету на охорону здоров'я здійснено в обсязі 82,2 млрд гривень [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.mof.gov.ua/uk/news/minfin_za_6_misiatsiv_vtki_derznogo_biudzhetu_na_okhoronu_zdorovia_zdiisнено_v_obsiazi_822_mlrd_griven-3516.

24. Москаленко В.А. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В.А. Москаленко // Національна академія медичних наук України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-a-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.

25. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років // Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.

26. Національні інститути охорони здоров'я у розвинених країнах світу // Національна академія медичних наук України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://amnu.gov.ua/nacziionalni-instytuty-ohorony-zdorov-ya-u-rozvyunenyh-krauinah-svitu/>.

27. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

28. Павлюк А.П. Територіальна громада як базова ланка адміністративно-територіального устрою України: проблеми та перспективи реформування. Аналітична доповідь / А.П. Павлюк, Д.І. Олійник, О.А. Баталов та ін. – Київ : НІСД, 2016. – 61 с.

29. Патерило І.В. Проблеми сучасного розуміння інструментів діяльності публічної адміністрації / І.В. Патерило // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – 2014. – № 12. – С. 97-100.

30. Положення про амбулаторію: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 р. № 801 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1168-16#n4>.

31. Положення про фельдшерсько-акушерський/фельдшерський пункт: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 р. № 801 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1169-16#n4>.

32. Приходько В.П. Механізм державного регулювання та управління економічною безпекою / В.П. Приходько // Інвестиції: практика та досвід. – 2013. – № 15. – С. 6-8.

33. Про внесення зміни до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765: Постанова Кабінету Міністрів України від 13 травня 2022 р. № 592 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/592-2022-%D0%BF#Text>.

34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 5. – Ст. 31.

35. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до реєстраційних матеріалів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 вересня

2020 р. № 2220 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0199282-15#Text>.

36. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24 лютого 1994 р. № 4004-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

37. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 серпня 2011 р. № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0454282-11#Text>.

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

39. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.

40. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 липня 2016 р. № 801 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#n11>.

41. Про затвердження Порядку ввезення на територію України незареєстрованих лікарських засобів, стандартних зразків, реагентів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 квітня 2011 р. № 237 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0965-11#Text>.

42. Про затвердження Примірного положення про госпітальний округ: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2017 р.

№ 165 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text>.

43. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 29. – Ст. 228.

44. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF#Text>.

45. Про лікарські засоби: Закон України від 4 квітня 1996 р. № 123/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 22. – Ст. 86.

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

47. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 р. № 1489-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 19. – Ст. 143.

48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

49. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

50. Проект Концепції територіальної організації влади в Україні (підготовлений Всеукраїнською асоціацією органів місцевого самоврядування «Асоціацією районних та обласних рад») [Електронний ресурс] / Офіційний сайт державного фонду сприяння місцевого

<http://municipal.gov.ua/articles/show/module/default/article/240>.

51. Рожкова І.В. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України / І.В.Рожкова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://academy.gov.ua/ej/ej2/txts/galuz/05rivozu.pdf>.

52. Романюк Д.І. Особливості британської системи охорони здоров'я: погляд зблизька / Д.І. Романюк // Ваше здоров'я. – 2019. – 20 серпня [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/osoblyvosti-brytanskoyi-systemy-ohorony-zdorov-ya-poglyad-zblyzka/>.

53. Рудий С.А. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України / С.А. Рудий, А.П. Гук // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2(4). – С. 89-99.

54. Руснак Л.М. Правова природа поняття «охорона здоров'я» / Л.М. Руснак // Прикарпатський юридичний вісник. – 2019. – Вип. 1(26). – С. 109-112.

55. Салтман Р. Реформи системы здравоохранения в Европе: анализ современных стратегий / Р. Салтман, Дж. Фигейрас. – Москва: Геотар Медицина, 2000. – 423 с.

56. Солоненко І.М. Основні засади стійкого фінансування та ефективної діяльності галузі охорони здоров'я в Україні / І.М. Солоненко, М.М., Андрейко Р.В. Юсипів та ін. // Матеріали наук.-практ. конф. «Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населення України на засадах медичного страхування». – Ірпінь; К., 2001. – С. 210-213.

57. Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 березня 2011 р. № 142 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text>.

58. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22 липня 1946 р. // Офіційний веб-портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_599.

59. Стеценко С.Г. Адміністративне право України: Навч. посіб. / С.Г. Стеценко. – К.: Атіка, 2007. – 624 с.

60. Стовбан М.П. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу / М.П. Стовбан, О.К. Толстанов, З.В. Гбур // Український журнал медицини, біології та спорту – 2020 – № 4(26). – Том 5. – С. 248-255.

61. Ткач Є.Ю. Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Є.Ю. Ткач // Менеджер. – 2014. – № 1(67). – С. 177-183.

62. Ткачова Н.Н. Экономический механизм регулирования инновационных процессов / Н.Н. Ткачова, С.А. Чернов // Зб. наук. пр. ІЕП НАН України «Економика промисленості». – 2000. – № 3. – С. 188-193.

63. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони від 27 червня 2014 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

64. Фармацевтична енциклопедія / голова ред. ради та автор передмови В.П. Черних; Нац. фар мац. ун-т України. – 2-ге вид., переробл. і доповн. – К.: МОРІОН, 2010. – 1632 с.

65. Федько О.А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці / О.А. Федько // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2009. – № 4 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=76>.

66. Шамич О.М. Поняття та структура природного права людини на охорону здоров'я / О.М. Шамич // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. – 2014. – № 11. – С. 75-92.

67. Щодо порядку та умов надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Лист Міністерства охорони здоров'я України від 2 квітня 2015 р. № 10.03.67/10413 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1413282-15#Text>.

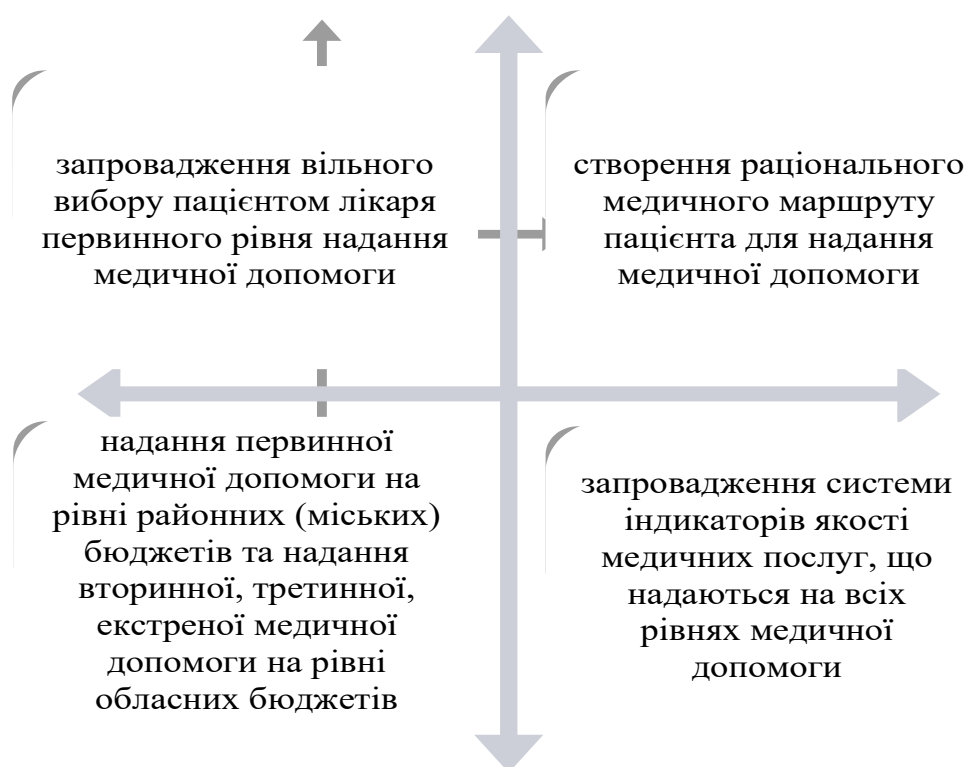
68. Ященко Ю.Б. Фінансова децентралізація в системі охорони здоров'я / Ю.Б. Ященко, М.В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2(4). – С. 39-43.

69. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements / J. Kutzin // Health Policy. – 2001. – № 56. – P. 121-204.

Додаток А

Система надання медичної допомоги в Україні

**Спеціальні принципи реформування державної системи управління
сферою охорони здоров'я**

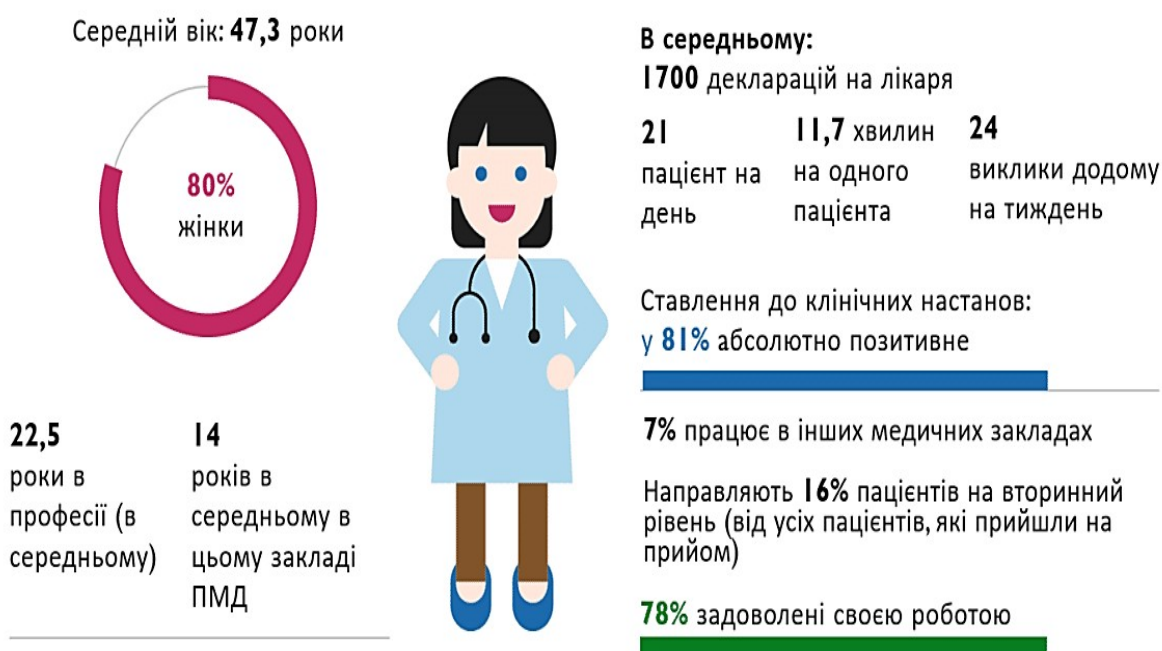


Додаток В

Профіль закладу первинної медичної допомоги за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» (за підсумками 2019 р.)



**Профіль лікаря загальної практики за результатами дослідження
«Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у
відповідь на введення капітації» (за підсумками 2019 р.)**



Додаток Д

**Профіль керівника закладу первинної медичної допомоги за
результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної
медичної допомоги у відповідь на введення капітації»
(за підсумками 2019 р.)**

