

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЕКОНОМІКО-ПРАВОВИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАВА ТА ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ**

До захисту допустити:
Зав. кафедри
« ___ » _____ 2020 р.

Кваліфікаційна робота
за освітнім ступенем «Магістр»
на тему: «Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я»

Студентки економіко-правового
факультету
спеціальності 281 Публічне
управління та адміністрування
освітнього ступеня «Магістр»
Кучерової Анжели Миколаївни
Науковий керівник:
Надежденко Аліна Олексіївна
кандидат наук з державного
управління, доцент кафедри права та
публічного адміністрування
Рецензент:
Забавін Дмитро В'ячеславович
Голова Ради громадських організацій
Маріуполя, член виконавчого
комітету Маріупольської міської
ради

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою _____
Секретар ЕК _____
« ___ » _____ 2020 р.

Маріуполь – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	8
1.1. Теоретико-методологічні підходи до визначення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я.....	8
1.2. Аналіз діючих механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.....	18
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	28
2.1. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду державного управління сферою охорони здоров'я.....	28
2.2. Розвиток державного управління охороною здоров'я України (1991-2020 рр.).....	42
Висновки до розділу 2.....	53
РОЗДІЛ 3 ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	55
3.1. Недоліки та проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я України виявлені пандемією COVID-19.....	55
3.2. Пріоритетні напрями інституційних і структурних перетворень механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні.....	63
Висновки до розділу 3.....	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86

ВСТУП

Актуальність теми. Серйозні інституційні перетворення, що відбуваються у вітчизняній системі охорони здоров'я в останні роки, спрямовані на підвищення якості медичних послуг та перебудови системи охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт. Практична реалізація цих нововведень вимагає перегляду концепції розвитку державного управління в сфері охорони здоров'я, пріоритетні напрямки якого відповідають кращій світовій практиці. Збереження здоров'я нації є стратегічним орієнтиром державного управління в сфері охорони здоров'я, що визначає цільові установки державної (муніципальної) політики.

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. Стратегія прояснює обрій для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я.

Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015–2020 роки [1] мітить головні проблеми, перспективні напрямки і шляхи їх вирішення для побудови нової державної політики у галузі, яка включає глибинні нормативні перетворення та запровадження сучасних фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. Тому медична система нашої держави має базуватися на трьох фундаментальних принципах, котрі є засадничими і такими, що мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі медичної реформи, а саме: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення кращих технологій та кращого досвіду надання медичних послуг.

Існуючий на даний момент досвід державного управління у сфері охорони здоров'я складно назвати успішним, орієнтованим на результат. У зв'язку з цим, першочерговим є вирішення таких проблем, як формування механізму державного управління в сфері послуг охорони здоров'я, встановлення меж державного втручання в діяльність медичних організацій державного і недержавного секторів охорони здоров'я, пошук оптимального поєднання державного регулювання і ринкового саморегулювання в даній суспільно значущій сфері для формування сприятливого інституційного середовища.

Безумовно державне управління системою охорони здоров'я вимагає системних змін та принципово нових підходів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, але, в той же час, розробка нової моделі взаємодії держави та населення в медичній галузі створює низку запитань до цієї трансформації, як у фахівців – медичних працівників, так і у громадськості.

Різноманітність проблем державного управління у сфері охорони здоров'я з урахуванням соціальної значимості результатів, отриманих в процесі надання державних (муніципальних) послуг, потребують проведення додаткових теоретичних і концептуальних досліджень не тільки в державному і недержавному секторах вітчизняної системи охорони здоров'я, а й в секторі державного управління, що здійснює оцінку регулюючого впливу на систему надання медичних послуг в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На необхідності наукових пошуків дієвих механізмів державного управління у галузі охорони здоров'я акцентують увагу такі вітчизняні науковці, як: М. Білинська [2], С. Вовк [3], З. Гладун [4], Д. Карамішев [5-8], В. Лобас [9], В. Луговий [10], З. Надюк [11], Н. Нижник [12; 13], О. Сидорчук [14], М. Ткач [15], Н. Ярош [16] та ін. Значний внесок у дослідження питань реформування державного управління у сфері охорони здоров'я України вносять дослідження С. Вовк [17-20], Н. Гойди, Н.

Курділь, В. Вороненко [21], Н. Герасименко [22], О. Євсєєва [23], Н. Курділь [24], З. Митника [25], Г. Слабкого [26], М. Солоненко [27], І. Фуртак [28], М. Шутова [29-31] та ін.

Праці названих дослідників сприяли формуванню наукового підходу до вирішення нагальних проблем у сфері охорони здоров'я не тільки в теоретичному, але і в практичному аспектах. Проте, як і раніше дискусійними є питання концептуального розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, створення дієвих механізмів державного управління в умовах інституційних перетворень галузі, що, в свою чергу, обумовлює доцільність подальших досліджень.

Все вищесказане зумовило вибір теми дослідження, актуальність і необхідність його проведення, постановку його мети і завдань.

Мета і задачі дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є визначення сучасних механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні та обґрунтування перспективних напрямів вдосконалення механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я на теренах української держави.

Мета наукового дослідження зумовила постановку та розв'язання таких завдань:

- дослідити теоретико-концептуальні основи державного управління з метою виявлення його характерних особливостей і пріоритетних напрямків при реалізації політики держави в галузі охорони здоров'я;
- здійснити аналіз діючих механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні;
- провести порівняльний аналіз зарубіжного досвіду державного управління сферою охорони здоров'я;
- узагальнити розвиток державного управління охороною здоров'я України (1991-2020 рр.);

- визначити основні недоліки та проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я України виявлені пандемією COVID-19;

- з'ясувати пріоритетні напрями інституційних і структурних перетворень механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є процес державного управління сферою охорони здоров'я України.

Предметом дослідження виступають механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України.

Методи дослідження. Для реалізації дослідницької мети було використано систему загальнонаукових та спеціально-наукових методів і підходів, принципів пізнання. Методологічною основою дослідження стали наукові методи пізнання суспільних процесів, поєднання системно-структурного, порівняльного та прогностичного підходів. Їх використання дозволило досліджувати розглянутий об'єкт у взаємозв'язку, цілісності, всебічно і об'єктивно.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у вирішенні актуального наукового завдання в галузі публічного управління та адміністрування щодо теоретичного обґрунтування механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я та обґрунтування пропозицій вдосконалення механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в Україні. Найсуттєвіші результати дослідження, що містять наукову новизну, конкретизовано у таких наукових положеннях:

- визначено структуру механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я України (соціально-політичними, нормативно-правовими, фінансово-економічними, організаційними, мотиваційними, інформативно-комунікативними, освітніми, науково-методичними);

- акцентовано увагу на принципах системних трансформацій державного управління (децентралізації, демонополізації, демократизації, саморегуляції, автономізації, інтенсифікації, лібералізації)
- запропоновано рекомендації щодо модернізації систем охорони здоров'я та моделі надання медичних послуг (споживчо-орієнтована та солідарно-корпоративна).

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що сформульовані і запропоновані у роботі пропозиції та висновки створюють основу для подальшого поглибленого теоретичного вивчення механізмів державного управління сферою охорони здоров'я і медичними закладами. Окремі теоретичні і методичні положення і висновки кваліфікаційної роботи можуть бути використані в освітньому процесі Маріупольського державного університету при викладанні навчальних курсів: «Планування розвитку територіальної громади», «Муніципальне управління», «Стратегічне планування», «Організація управління муніципальними установами».

Апробація результатів дослідження. Основні положення, результати дослідження, висновки і рекомендації були представлені на VII Міжнародній науково-практичній конференції «Особливості інтеграції країн у світовий економічний та політико-правовий простір» (м. Маріуполь, 20 листопада 2020 р.) та круглому столі «Місьцеве самоврядування в Україні та світі» (м. Маріуполь, 7 грудня 2020 р.).

Структура кваліфікаційної роботи обрана з точки зору теми, визначеної мети та завдань. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури. Обрані розділи поділено на підрозділи. Зміст роботи викладено на 85 сторінках друкованого тексту. Список використаної літератури складається із 106 джерел, приведений на 14 сторінках.

РОЗДІЛ 1

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

1.1. Теоретико-методологічні підходи до визначення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я

Одним з особливо контрверсійних питань державної політики України є медична реформа, її виклики, проблеми та переваги. Найбільш суперечливими є саме механізми державного управління галуззю, тому що виникає розбіжність між теоретичними та практичними поглядами на процес реалізації реформи сфери охорони здоров'я. Проблема знаходиться не в технології або законодавчому полі України, вона лежить в площині механізмів державного управління всією галуззю.

Головним елементом теоретичного підходу до державного управління будь-якою сферою є організація, а механізми державного управління – процес взаємодії їх всередині, де у результаті з'являться нові властивості організацій, установ або закладів. Ця властивість є характерною для медичної системи [32, с. 20-22].

Спираючись на дослідження В.Д. Бакуменка і П.І. Надолішнього, в яких розкривається зміст об'єкта і предмета науки державного управління, можна зробити висновок про те, що об'єктом теорії державного управління в галузі охорони здоров'я слід вважати систему державного управління медичною сферою в сукупності всіх її структурних елементів. Предметом науки державного управління в галузі охорони здоров'я є закономірності функціонування системи державного управління сферою і певною мірою суспільних процесів як об'єктів державно-управлінського впливу [33].

Таким чином, державне управління охороною здоров'я – одна із складових (підгалузей) науки державного управління. Спираючись на засадничі принципи останньої та базуючись на закономірностях її розвитку, державне управління охороною здоров'я вивчає шляхи і механізми розвитку державного управління на всіх етапах від початку його виникнення як самостійної галузі соціального управління і до сучасного стану. За своєю сутністю є всі підстави розглядати державне управління охороною здоров'я як специфічний різновид управління медичною сферою.

Сучасне державне управління – це діяльність, яка включає здійснення політики і програм уряду та установ виконавчої влади. Державне управління у медичній галузі розглядається як вид діяльності держави, що полягає в здійсненні нею управлінського впливу у сфері охорони здоров'я шляхом використання повноважень виконавчої влади [34, с. 10 – 23, 55 – 80, 114].

М. Білинська, Я. Радиш, І. Рожкова, у навчально-науковому виданні «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні», пропонують наступне загальне визначення державного управління в галузі охорони здоров'я, це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо, збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення, як найважливішої складової її національного багатства, шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [35, с. 7]. Втім, поняття «механізми державного управління у сфері охорони здоров'я» вони не визначали.

Вирішити питання визначення поняття «механізм державного управління у сфері охорони здоров'я» можна проаналізувавши існуючі визначення поняття «механізм державного управління».

Концептуальні засади механізмів державного управління висвітлено в численних працях вітчизняних та зарубіжних учених, але, на сучасному етапі розвитку науки державного управління, не має загальноприйнятого поняття «механізму державного управління» та єдиного підходу до трактування його визначення. В першу чергу це пов'язано з відсутністю єдиного, узгодженого трактування поняття «державне управління». В літературі зустрічається значна кількість трактувань поняття «механізму державного управління».

Безумовно, поняття «механізм державного управління» є багатограним і складним феноменом, а існуючі його визначення є точками зору окремих авторів, кожна з яких не відображає усього різноманіття досліджуваного явища. В зв'язку із цим постає завдання знайти таке визначення поняття «механізм державного управління», яке врахує точки зору більшості дослідників та забезпечить його комплексне уявлення.

Для цього було проаналізовано визначення, які наведені у працях різних вчених, більшість з яких була структурована в роботах Ю. Древаль, О. Кравченко, В. Овчаренко та О. Федорчак [36–39].

Зокрема, Г. Атаманчук розглядає механізми державного управління як складну систему державних органів, організованих відповідно до визначених принципів для здійснення завдань державного управління [40, с. 86].

Р. М. Рудніцька, О. Г. Сидорчук, О. М. Стельмах теж розглядають механізми державного управління у якості штучно створеної складної системи, призначеної для досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, сукупність правових норм, методи, засоби, інструменти державного впливу на об'єкт управління [41, с. 15].

Отже, у наведених вище визначеннях «механізм державного управління» розглядається як система, тобто характеризується внутрішньою упорядкованістю, узгодженістю взаємодії більш-менш диференційованих і автономних частин цілого, які обумовлені його побудовою.

В той же час у науковій літературі зустрічається визначення «механізмів державного управління» як сукупності процесів або дій, що ведуть до утворення і вдосконалення взаємозв'язків між частинами цілого. Так, В. Д. Бакуменко та Д. О. Безносенко розглядають «механізм державного управління» як сукупність практичних заходів, засобів, важелів, стимулів, за допомогою яких органи державної влади впливають на будь-які суспільні відносини з метою досягнення поставлених цілей [42].

В свою чергу, за визначенням Л. П. Юзькова «механізм державного управління» є сукупністю установ, через які здійснюється державне керівництво суспільством, ..., які забезпечують цілеспрямований вплив суб'єктів управління на об'єкти управління [43, с. 57,59, 61].

В. Б. Авер'янов це поняття визначає наступним чином: механізм державного управління – це сукупність відповідних державних органів, організованих у систему для виконання цілей (завдань) державного управління відповідно до їх правового статусу, та масив правових норм, що регламентують організаційні засади та процес реалізації вказаними органами свого функціонального призначення. Звідси складовими елементами зазначеного механізму виступають: 1) система органів виконавчої влади; 2) сукупність правових норм, що регламентують як організаційну структуру системи органів виконавчої влади, так і процеси її функціонування та розвитку.

Підсумовуючи аналіз наведених понять, що використовувалися різними дослідниками при визначенні поняття «механізм державного управління», можна дійти висновку, що як таке доцільно й обґрунтовано використовувати поняття «система». Воно створює основу для побудування багатоаспектного та комплексного визначення поняття «механізм державного управління», який має наступні істотні ознаки: має штучний характер (механізм державного управління як система створена людиною); має певну мету державного управління (мета властива лише суб'єктам); забезпечує вплив на об'єкт

управління; складається з взаємопов'язаних елементів (інструменти впливу на об'єкт - засоби, важелі, методи, процедури, правові норми, стимули, способи, функції, принципи, заходи та ін.; суб'єктність – державні органи управління, установи); має матеріальні, фінансові, соціальні та організаційні ресурси (наявність різноманітних ресурсів, від яких залежить його дієвість).

Підсумовуючи аналіз існуючих визначень поняття «механізм державного управління», здійснений у контексті виділення істотних ознак цього поняття, можна погодитись з його узагальним визначенням наданим Д. Ф. Дуковим: механізм державного управління – це система державних органів (установ) управління, які за допомогою низки інструментів (засоби, важелі, методи, процедури, правові норми, стимули, способи, функції, принципи, заходи та ін.) та наявних ресурсів забезпечують вплив на об'єкт управління для досягнення певної мети державного управління [44].

Отже, можна надати узагальнене визначення поняття «механізм державного управління» та сформулювати його таким чином: це система, що складається з органів державного управління, які за допомогою низки інших елементів системи (засобів, важелів, методів, процедур, правових норм, стимулів, способів, функцій, інструментів, принципів та заходів) забезпечують вплив на об'єкт управління для досягнення певних цілей державного управління та утворює особливу єдність (взаємозв'язок) із зовнішнім інституційним середовищем, від стану якого залежить її ефективність.

Розглянувши, на нашу думку, основні визначення механізмів державного управління, які зрозуміло розкривають сутність даного поняття, можемо зробити висновок, що у науковій літературі зустрічається велика кількість визначень механізмів державного управління, але, немає єдиного узагальненого визначення. Переважна більшість визначень сутності механізмів державного управління трактується з позицій конкретних досліджень провідних вчених галузі.

Слід зазначити, що механізм державного управління є багаторівневою єдиною системою. Такий стан зумовлюється тим, що кожний із суб'єктів управління будь-якого рівня є керуючою системою і за внутрішнім своїм складом розглядається як сукупність таких компонентів:

- процес управління, що характеризує її в динаміці (розробка, прийняття і реалізація управлінських рішень, або здійснення всіх стадій управлінського циклу);

- механізм управління (принципи, цілі, функції, методи);

- сукупність елементів, які характеризують керуючу систему у відносній статистиці (кадри, інформація, структура, техніка, технологія);

- механізм розвитку (самовдосконалення) системи управління.

Сьогодні сфера охорони здоров'я, як об'єкт державного управління, має свою мету - створення сприятливих умов для зміцнення та збереження здоров'я людей як найвищої соціальної цінності. Отже, процес державного управління охороною здоров'я в основному набуває стратегічного характеру.

У рамках даного підходу науковці розглядають охорону здоров'я як організаційну систему, а управління охороною здоров'я як дію, спрямовану на певний процес (об'єкт) із метою забезпечення бажаного його перебігу (зміни), і як універсальне явище притаманне всім системам матеріального світу: технічним, біологічним і соціальним [2, с. 8; 21, с. 57; 22, с. 33].

Якщо конкретизувати особливість механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, то їх головною метою є розроблення і реалізація заходів щодо зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення за наявних у розпорядженні охорони здоров'я ресурсах. Ця мета конкретизується стосовно до кожного системного рівня, кожного компонента, суб'єкта управління у сфері охорони здоров'я.

Управління системою охорони здоров'я передбачає визначення функцій управління, цілей, які конкретизуються у задачах, операційних діях суб'єктів управління у різних секторах (державному, приватному,

нетрадиційному/народне цілительство) для досягнення соціально-економічного ефекту – збереження та зміцнення здоров'я громадян, подовження тривалості життя економічно-активного населення України.

Отже, на думку В.І Лугового - державне управління охороною здоров'я є одночасно механізмом та формою реалізації управління суспільством [45, с. 99]. Звідси випливає, що медична сфера, як загальний інститут управління, являє собою суб'єктну структуру, що складається з органів державного управління і бізнесу, а - управлінський вплив обов'язково містить організаційний компонент у медичному закладі, який проявляється в спрямуванні та практичному здійсненні взаємодії людей і має два зрізи: статичний (структурний) та динамічний (функціональний). [46, с. 29]. А об'єктами державного управління охорони здоров'я у дослідженнях Мартякова О. В., Трикоз І. В. виступають певні суспільні відносини, з одного боку, а з іншого, відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними органами держави, всередині та між самими лікувальними установами [47, с. 25].

Аналіз наукової літератури, з питань державного управління охороною здоров'я, дає можливість у рамках дослідження сформулювати визначення поняття «механізм державного управління у сфері охорони здоров'я» – це система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління (суспільні відносини та відносини між різними органами держави й між медичними закладами) з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням та спрямована на створення сучасної системи охорони здоров'я шляхом належного рівня надання медичних послуг.

Таким чином «механізм державного управління в сфері охорони здоров'я» — це складна система, призначена для здійснення державного

управління та реалізації мети щодо збереження та зміцнення здоров'я населення в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Ефективність системи державного управління залежить від наявності успішно функціонуючих механізмів, які дозволяють забезпечити: скоординоване, цілеспрямоване та дієве керівництво суспільними процесами держави; належний організаційно-управлінський вплив на суспільний розвиток держави; реалізацію цілей та завдань державного управління – як загальних, так і персоніфікованих, які необхідно вирішувати в конкретних сферах суспільного життя (у сфері охорони здоров'я зокрема).

Що стосується класифікації механізмів державного управління, то у науковій літературі з державного управління існують різні підходи щодо видів і класифікації механізмів державної управління.

Якщо проаналізувати сучасні наукові підходи щодо класифікацій та підходів до формування різних систем використання механізмів державного управління, то необхідно визначити, що такими дослідженнями займалися такі автори: М. Ажажа, Є. Білокур, К. Дубич, К. Кандагура, О. Кравченко, Л. Приходченко, О. Федорчак та інші. На основі аналізу їх емпіричного досвіду державного управління, в їх наукових працях «механізм державного управління» визначається як сукупність політичних, економічних, організаційних, мотиваційних та правових засобів спрямованого впливу органів державного управління та місцевого самоврядування на об'єкт управління.

Науковці Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балусева зазначають, що механізми управління є складовою, але найактивнішою частиною системи управління, яка забезпечує дію на чинники, від стану яких залежить результат діяльності керованого об'єкту. На їх погляд, механізм управління є достатньо складною категорією управління і включає такі елементи: цілі управління; критерії управління – кількісний аналог цілей управління; фактори управління – елементи об'єкту управління і їх зв'язку, на які здійснюється дія на користь

досягнення поставлених цілей; методи дії на чинники управління; ресурси управління – матеріальні і фінансові ресурси, соціальний і організаційний потенціали, при використуванні яких реалізується вибраний метод управління і забезпечується досягнення поставленої мети.

М. І. Круглов трактуючи механізми державного управління як сукупність економічних, мотиваційних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів державного управління на діяльність об'єктів, що забезпечує узгодження інтересів учасників державного управління, які взаємодіють, вважає, що оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну, політичну і правову природу, то комплексний механізм державного управління повинен являти собою систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних і правових механізмів.

В. Д. Бакуменко, В. М. Князєв та ін. автори «Словника-довідника з державного управління» зазначають, що схема реального механізму державного управління містить цілі, рішення, впливи, дії, результати. Комплексний механізм державного управління вони визначають як систему політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління [48, с. 125].

Ми погоджуємося із думкою Н. Брюховецького, що «від переваги акцентів на ті чи інші сфери управління механізми управління буде мати свою назву». Залежно від того, які саме проблеми і як вирішуються із застосуванням конкретного державного механізму управління, він може бути складним (компонентом) і включати в себе декілька самостійних механізмів. Комплексний механізми державного управління може складатися із таких видів механізмів:

– економічний (механізми державного управління банківською, грошово-валютною, інвестиційною, інноваційною, кредитною, податковою, страховою діяльністю тощо);

- мотиваційного (сукупність командно-адміністративних та соціально-економічних стимулів, що спонукають державних службовців до високоефективної роботи);
- організаційного (об'єкти, суб'єкти державного управління, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування);
- політичного (механізми формування економічної, соціальної, фінансової, промислової політики тощо);
- правового (нормативно-правове забезпечення: закони і постанови Верховної Ради України, укази Президента, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, а також методичні рекомендації та інструкції тощо).

Зазначимо, що, окрім комплексного механізму державного управління, існують ще й недержавні механізми управління: бізнесові, конфесіональні, корупційні, партійні тощо [37].

О. Коротич виокремлює класифікацію державного управління залежно від суб'єктів управління. Відповідно до цієї ознаки, в Україні механізми державного управління поділяються на такі, які здійснюються органами управління:

- вищий рівень (ВРУ, Президент, КМУ);
- обласного рівня (обласними радами, обласними державними адміністраціями);
- районного рівня (районними радами, районними державними адміністраціями);
- місцевого рівня (міськими, селищними, сільськими радами).

Отже, структуру механізму державного управління складають цільовий, нормативно-правовий, організаційний, економічний та інформаційний компоненти, сукупність яких віддзеркалює всі істотні аспекти функціонування системи державного управління: виконання функцій (організаційний),

дотримання цілеспрямованості (цільовий та нормативно-правовий), забезпечення ефективності (економічний) та можливості функціонування (інформаційний). Разом з тим структурна схема передбачає наявність входу - цілі (ідеал, до якого прагнуть) та результат (отримані наслідки діяльності), послідовність переходу та наявність науково-методичного, інформаційно-аналітичного забезпечення (яким чином треба організувати діяльність, аби вона була ефективною).

Структура механізму державного управління свідчить не тільки про необхідний склад його компонентів, але й логіку формування. З урахуванням того, що кожний із компонентів, маючи своє призначення, зміст, методи функціонування, впливає на одну із суттєвих характеристик управлінського процесу, тобто має відносний пріоритет, то їх оптимальне поєднання забезпечує формування ефективних управлінських рішень, їх реалізацію та активізацію властивостей суб'єкта управління щодо саморозвитку. Таким чином, формування механізму управління виступає як головна передумова підвищення ефективності управлінського процесу.

1.2. Аналіз діючих механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

У світі державне управління охороною здоров'я є одним з пріоритетних напрямів державної політики, адже турбота про життя і здоров'я є базовими для будь-якої країни. Від здоров'я населення залежить якість робочої сили, її продуктивність та ефективність виробництва.

Сьогодні сучасну національну сферу охорони здоров'я можна віднести до складної, саморозвинутої та динамічної системи. Спираючись на проведені дослідження у першому підрозділі щодо класифікаційної характеристики механізмів державного управління, можна говорити про те, що механізми

державного управління медичною сферою є сукупністю правових, організаційних, нормативних, економічних, фінансових, мотиваційних та інформаційних механізмів. Вони створюють систему управління галуззю, тому розглядати їх потрібно у сукупності впливу кожного на суспільство та один на інший.

1. Нормативно-правовий механізм державного управління охороною здоров'я.

Розглядаючи нормативно-правовий механізм державного управління охороною здоров'я, треба зазначити, що він цілком відповідає існуючим нормам регулювання правовідносин між суб'єктами медичної діяльності у межах існуючої та нової нормативно-правової бази яка формується.

В Україні з 2000 р. було підготовлено понад 20 законопроектів щодо реформування медичної галузі, але не було єдиного бачення розвитку системи, оскільки, на думку фахівців, в основі цього лежало питання поділу сфер впливу на розпорядження фінансовими потоками, які мають акумулюватися в результаті запровадження обов'язкового медичного страхування [49, с. 925].

І все ж таки 2017 р. став початком медичної реформи в Україні: було ухвалено Закони України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [50], «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [51] та «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [52], а також схвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я України [53].

Сьогодні норми державного регулювання охорони здоров'я України забезпечуються значною кількістю законодавчих актів, а саме:

- Конституція України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801–ХІІ [54];

- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років [55];
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.16 р № 1013–р;
- Закон від 19.10.17 р № 2168–VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;
- Закон від 06.04.17 р № 2002 VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»;
- постанова КМУ від 25.03.16 р № 246 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби»;
- постанова КМУ від 28.03.18 р № 283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню»;
- постанова КМУ від 28.03.18 р № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»;
- постанова КМУ від 25.04.18 р № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної меддопомоги на 2018 рік»;
- постанова КМУ від 25.04.18 р № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»;
- постанова КМУ від 25.04.18 р № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [56];
- постанова КМУ від 27.12.17 р № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»;

– наказ МОЗ від 26.01.18 р № 148 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»;

– наказ МОЗ від 19.03.18 р № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [57];

– наказ МОЗ від 19.03.18 р № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [58].

2. Організаційно-діяльнісний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я

Організаційний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я має багаторівневу, розгалужену структуру. Вона має велику кількість різних за потужністю медичних закладів (лікувальні заклади, центри первинної медико-санітарної допомоги, диспансери та ін.), вищі навчальні медичні заклади, науково-дослідні інститути, медичні коледжі, які є неоднорідними з точки зору їх обсягу та підходами до формування здоров'я громадян. Кожна згадана організація, визначається різною кількістю висококваліфікованих фахівців та персоналу, належить до різних форм власності і має різне підпорядкування - Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, Міністерству освіти і науки України, Міністерству охорони здоров'я України (галузеве) тощо. У зв'язку з цим існує низка суб'єктів управління, які опираються на певні механізми державного управління які знаходяться у взаємодії та виконують їх функції відносно підпорядкованих об'єктів.

Організаційно-діяльнісний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я має трирівневий суб'єктно-об'єктний вплив. Зокрема:

- національній рівень, де МОЗ України та Національна служба здоров'я України (суб'єкти управління) впливає на діяльність закладів охорони здоров'я (об'єкти управління) як державної, так і приватної форми власності;

- регіональний рівень, де Департаменти охорони здоров'я про обласних державних адміністраціях (суб'єкти управління) організовує роботу закладів охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги та закладів охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад (обласні лікарні, діагностичні центри тощо) (об'єкти управління);

- локальний рівень, на якому управління/департаменти при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування (суб'єкти управління) здійснюють організаційне, фінансове і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я I та II рівня надання медичної допомоги та закладів охорони здоров'я які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкти управління).

В свою чергу реалізація організаційно-правового та організаційно-економічного механізми у державного управління у сфері охорони здоров'я передбачає атестацію, ліцензування, державну і громадську акредитацію закладів охорони здоров'я, підвищення ініціативності і самостійності медичних установ та організацій. Перед системою охорони здоров'я постають завдання, орієнтовані на взаємодію із зовнішнім середовищем, іншими підсистемами суспільства.

3. Фінансово-економічний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до Закону України (ЗУ) «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Закону, органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я. Вони можуть брати активну участь в оновленні матеріально-технічної бази лікувальних закладів, їх капітальному ремонті та реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також у місцевих програмах надання населенню медичних послуг і програм громадського здоров'я та ін. Наступне положення Закону України «Про

державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» стосується, нормативних, фінансових та інформаційних механізмів державного управління галуззю, а саме розробки певної частини програми медичних гарантій на тлі галузевих стандартів охорони здоров'я. Наприклад:

- гарантована повна оплата за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних медичних послуг з визначеного переліку медичних послуг та лікарських засобів у обсязі, оплата яких гарантується;

- медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством;

- обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовується на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається у Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше ніж 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

Головним принципом реалізації фінансового механізму державного управління охороною здоров'я України стає принцип «гроші йдуть за людиною» (створення договорів між лікарем та громадянином), коли бюджетні кошти спрямовуються не на фінансування медичних закладів відповідно до кошторису, а на оплату певної медичної послуги для конкретної людини на рівні первинної ланки [59].

4. Інформаційний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я.

Його мету та завдання було вкладено у затвердження Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженою

Кабінетом Міністрів України з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних, контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, відповідальність за порушення законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення надання медичних послуг та лікарських засобів [60].

5. Кадровий механізм державного управління у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, загально соціальна потреба у формуванні потенціалу суспільного здоров'я та забезпечення державою гарантій рівного доступу до найбільш важливих видів медичної допомоги, особливо у випадку загрози життю, зумовлює об'єктивну необхідність капіталізації людського потенціалу через інвестування в здоров'я як в актив людського капіталу. Але в умовах обмеженості ресурсів держава гарантує рівний доступ лише до мінімального набору найбільш важливих видів медичної допомоги. Ефективність системи охорони здоров'я і якість надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я громадян, рівня фінансування та добробуту нації.

Отже, особливості реалізації механізмів державного управління сфери охорони здоров'я дозволяють визначити критичні фактори успіху реалізації державної політики в даній сфері, що враховують специфіку медичної допомоги, рівень розвитку системи охорони здоров'я та забезпечують перехід від концепції управління витратами до управління за результатами.

Висновки до Розділу 1

Підсумовуючи результати проведеного дослідження можна зробити наступні висновки до розділу.

1. Проводячи аналіз сучасних наукових трактовок поняття «механізми державного управління», слід визначити велику кількість авторів, які досліджували цю тему. Провівши власні дослідження можна стверджувати, що існуючі визначення доцільно згрупувати в дві категорії. Перша категорія визначень має більш широке теоретичне підґрунтя та соціо-гуманітарний контекст. З позицій цієї методології такі дослідження проводили Г. Атаманчук, Н. Нижник, Р. Рудницька, О. Сидорчук Г., О. Стельмах М. та ін. До другої категорії слід віднести визначення, які сутнісно спрямовані на характеристику практичних механізмів державного управління, базуються на аналізі практики його застосування. З позицій цієї методології такі дослідження проводили В. Авер'янов, В. Бакуменко, Д. Безносенко О. Ковалюк, В. Федорчак та ін.

2. Надано узагальнене визначення поняття «механізм державного управління» та сформульовано його таким чином: це система, що складається з органів державного управління, які за допомогою низки інших елементів системи (засобів, важелів, методів, процедур, правових норм, стимулів, способів, функцій, інструментів, принципів та заходів) забезпечують вплив на об'єкт управління для досягнення певних цілей державного управління та утворює особливу єдність (взаємозв'язок) із зовнішнім інституційним середовищем, від стану якого залежить її ефективність.

3. Аналіз більшості наукових праць вітчизняних науковців і практиків показав, що у науковому обігу не надається визначення поняття «механізм державного управління у сфері охорони здоров'я», зазвичай наводяться визначення та тлумачення «механізм державного управління», а «механізм

державного управління у сфері охорони здоров'я» розглядається лише як його складова. Тому, у кваліфікаційній роботі «механізм державного управління у сфері охорони здоров'я» розуміється як складна система, яка призначена для здійснення державного управління та реалізації мети щодо збереження та зміцнення здоров'я населення в умовах реформування системи охорони здоров'я.

4. Підсумовуючи дослідження концепту формування наукової методології механізмів державного управління слід визначити, що онтологія механізмів державного управління спирається на науковців класиків, що мають виключно широкий світогляд та закладали основи цієї науки. Виходячи з функціональних напрямів механізмів державного управління можна визначити, що механізми державного управління — це сукупність економічних, мотиваційних, політичних, правових, організаційних засобів цілеспрямованого впливу суб'єктів державного управління і впливу на їх діяльність, що забезпечують узгодженість інтересів учасників державного управління, які взаємодіють. Оскільки фактори державного управління можуть мати економічну, соціальну, організаційну і правову природу, комплексний механізм державного управління повинен бути системою економічних, організаційних, мотиваційних, політичних і правових механізмів.

5. Сучасні механізми державного управління у сфері охорони здоров'я - це результат розвитку медичної допомоги в умовах постійного реформування сфери охорони здоров'я та трансформаційних змін в українському суспільстві, тому вони потребують удосконалення. Встановлено, що перед системою охорони здоров'я постають завдання, орієнтовані на покрокове затвердження нової ринкової системи надання медичних послуг. При чому реалізація механізмів державного управління (нормативно-правових, організаційно-діяльнісних, фінансово-економічних, інформаційних, кадрових тощо), які притаманні такій складній багаторівневій системі, як охорона здоров'я,

спрямовані на розроблення і реалізація заходів щодо зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення за наявних у розпорядженні охорони здоров'я ресурсах.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Порівняльний аналіз зарубіжного досвіду державного управління сферою охорони здоров'я

Кожна країна світу та її охорона здоров'я має свою історію, свої традиції й власну систему. Найбільш поширеним є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я:

1) Держави з державною (національною) системою охорони здоров'я страхова медицина (Великобританія, Канада, Фінляндія, Греція, Данія, Ірландія, Іспанія, Італія, Португалія, Швеція, Норвегія, Україна і ін.).

Державна (національна) система охорони здоров'я фінансується з сумарних податкових доходів бюджету (від 75 до 90%); більша частина закладів охорони здоров'я належить державі. Існує державне замовлення, державне завдання або державний трансферт, через які здійснюються фінансові надходження до системи охорони здоров'я. Переваги даної моделі фінансування є прагнення щодо забезпечення рівності та доступності в отриманні медичної допомоги для всіх категорій-громадян. Проте, на практиці в силу об'єктивних макроекономічних причин ця система не може бути повністю реалізована. Ця модель ефективно працює за умови достатніх ресурсів.

Нижче пропонуємо провести короткий аналіз державного управління системами охорони здоров'я окремих економічно розвинутих країн світу.

Велика Британія: Основними джерелами фінансування охорони здоров'я є загальні податкові доходи бюджету; виходячи з чисельності зареєстрованого у приватно-практикуючих лікарів загального профілю згідно

з нормативом. 95% медичних установ належить державі, управління ними переходить до лікарняних трастів. Бюджети трастів обмежені лімітами, які встановлює уряд. Більшість лікарів та інших медпрацівників у Британії є державними службовцями, які отримують заробітну плату, що залежить від стажу роботи. Принцип організації системи охорони здоров'я побудований за принципом єдиного платника – держава, яка безпосередньо оплачує медичні послуги, що надаються і фінансує охорону здоров'я. Споживач медичних послуг не несе ніяких витрат на медичні заходи, виняток становить невелика пайова участь в оплаті ліків, стоматологічної допомоги та послуг окуліста. Для Великої Британії характерним є невеликий приватний сектор медичних послуг [61].

Перевагою національної системи охорони здоров'я Великобританії є низька частка адміністративних витрат у загальних витратах на охорону здоров'я.

Канада. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється за рахунок загальних податкових доходів бюджету, Федеральним урядом надається кожній провінції гранд, що становить близько 16% від її витрат на охорону здоров'я, частина, що залишилася фінансується за рахунок регіональних податків (в основному податок на дохід фізичних та юридичних осіб). Державним лікарням виплачуються заздалегідь встановлені суми, які забезпечують покриття всіх витрат, за винятком витрат на основні фонди. Дані витрати вимагають утвердження в кожному конкретному випадку. Оплата лікарям виводиться за принципом гонорару за конкретні послуги. У деяких провінціях сукупний дохід лікарів обмежений. Принцип організації системи охорони здоров'я має децентралізований характер: повноваження в галузі охорони здоров'я делеговані провінціям, фінансування здійснюється спільно регіональними і федеральними органами влади. За рахунок бюджету безкоштовно надаються послуги фахівців, лікування в стаціонарі, стоматологічне і хірургічне втручання. Оплачуються пацієнтами – поточне

лікування зубів, фізіотерапія і ліки, що відпускаються за рецептом. Для покриття медичних послуг, що не входять до загальнонаціональної системи, купуються медичні поліси у приватних страхових компаній [62].

До переваг системи охорони здоров'я Канади можна віднести те, що можливість урядам провінцій контролювати витрати медичних установ підвищує якість наданої послуги і обґрунтованість на її витрати.

Італія. Фінансування системи охорони здоров'я здійснюється За рахунок податку на заробітну плату і за рахунок інших доходів бюджету. Центральний уряд перерозподіляє ресурси так, щоб компенсувати нерівномірність у фінансовому становищі регіонів. Компенсація лікарням здійснюється, але клініко-статистичним групам, розцінки встановлює центральний уряд. Лікарям виплата здійснюється на «подушній» основі (залежно, від кількості пацієнтів, яких вони обслужили за певний період часу, а не за надані послуги). Центральний уряд встановлює цілі витрачання коштів, контролює загальні показники здоров'я населення і веде переговори з медиками за трудовими угодами. Регіональні органи влади встановлюють розміри власних бюджетів і відповідальність за якість надання медичних послуг, укладають контракти з державними лікарнями, клініками і приватними медичними установами. Первинна медико-санітарна допомога та лікування в стаціонарі за місцем надання – безкоштовні. За пайової участі пацієнтів проводиться оплата діагностичних процедур, послуг фахівців і ліків, що відпускаються за рецептами. Приватне медичне страхування не набуло широкого поширення, хоча воно надає необмежене право вибору лікарів і можливість лікуватися в приватних клініках [63].

Головною перевагою національної системи охорони здоров'я Італії є те, що регіони самі мають можливість вводити власні розцінки на компенсаційні виплати.

Серед недоліків державної (національної) системи охорони здоров'я можна виділити наступні:

- наявність одного джерела фінансування ускладнює забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення;
- безкоштовність медичних послуг призводить, до підвищеного і необґрунтованого попиту на них, що змушує обмежувати його шляхом процедури попереднього запису;
- відсутність конкуренції на ринку медичних послуг не сприяє підвищенню їх якості, а, отже, гальмує розвиток системи охорони здоров'я;
- максимальна залежність розміру фінансування від можливостей бюджету.

2) Держави з системою охорони здоров'я на принципах страхової медицини (Австрія, Норвегія, Бельгія, Франція, Німеччина, Японія, деякі країни Латинської Америки і ін.).

Ця модель переважно використовує для функціонування своєї медичної системи страхову модель, яку комбінують з різними фінансовими умовами. Обов'язкове медичне страхування є механізмом фінансування системи охорони здоров'я та складовою частиною державного соціального страхування, що забезпечує всім громадянам рівні можливості отримання медичної допомоги. Страхова система охорони здоров'я фінансується за рахунок цільових внесків підприємців, громадян і субсидій держави, страхові внески відраховуються у вигляді певного відсотка від фонду оплати праці, участь держави в фінансуванні системи охорони здоров'я є обмеженою.

Далі пропонуємо провести короткий аналіз державного управління системами охорони здоров'я на принципах страхової медицини розвинутих країн світу.

Норвегія. Всі норвезькі громадяни захищені загальнонаціональною системою страхування, яке поширюється також на іноземців, що живуть і працюють в країні. Система охорони здоров'я фінансується за рахунок податків і побудована за принципом єдиного платника. Система фінансується за рахунок загальних податкових надходжень до бюджету, цільових податків

на охорону здоров'я в країні не існує. Страхові фонди забезпечують покриття стаціонарного і амбулаторного лікування, послуг лікарів загальної практики і спеціалістів, діагностичне обстеження; ліки, що відпускаються за рецептом і допомога на дому. Послуги; на які поширюється страхове покриття, перераховуються у нормативних актах. Пацієнт сам вносить плату за лікування, а згодом отримує компенсацію від державного фонду або приватного страховика. Розмір компенсацій ґрунтується на тарифах, узгоджених з провайдерами медичних послуг та національними фондами страхування. Страхування охоплює широкий спектр медичних послуг, в тому числі послуги лікарів, лікування хронічних захворювань і лікування в стаціонарі, діагностичні обстеження, профілактичні медичні заходи, рецептурну ліки, і частково стоматологічні послуги. Крім оплати власне медичних послуг, лікарняні каси виплачують працівникам по бюлетеню від 70% до 90% його платні в період до 78 тижнів. Страхування покриває вельми широкий спектр послуг: амбулаторне і стаціонарне лікування, діагностичні обстеження, допомога спеціалістів обслуговування матері та дитини, профілактичні медичні заходи, догляд за безнадійними хворими і ліки, що відпускаються за рецептами. За перебування і лікування в державних лікарнях (включаючи і медикаменти) плата не стягується. Програма також забезпечує оплату лікарняних листів та грошової допомоги з інвалідності. Норвежці можуть не користуватися послугами державної системи охорони здоров'я, сплачуючи медичні послуги безпосередньо з власної кишені при зверненні до лікарів приватної практики. Має місце невелика пайова участь пацієнта, якщо мова йде про послуги психологів і психіатрів [64].

Перевагою системи охорони здоров'я Норвегії є те, що встановлені державою рівні компенсацій забороняють виставляти додаткові рахунки, що не дає можливості завищувати ціни на послуги, що надаються.

Франція. У Франції базовий рівень загального обов'язкового медичного страхування забезпечується через систему страхових фондів, в основному

прив'язаних до місця роботи. Формально ці фонди є приватними компаніями, але на ділі вони жорстко регулюються й контролюються державою. Рівні страхових внесків (фінансованих насамперед за рахунок податку на зарплату), виплат і компенсацій провайдером медичних послуг визначаються урядом. У цьому змісті французькі фонди нагадують комунальні підприємства у нас в країні. Близько 99% населення Франції охоплює загальнонаціональна система медичного страхування. Таким чином, більшість працюючих французів фактично платить за медичне страхування 18,8% доходу. Нарешті, спеціальними податками обкладають доходи тютюнових, вино-горілчаних і фармацевтичних компаній. Як правило, у Франції пацієнт сам вносить плату за лікування, а потім одержує компенсацію від державного фонду й/або приватного страховика. Розмір компенсації, з відрахуванням участі на паях застрахованого, заснований на тарифах, погоджених провайдерами медичних послуг і національних фондів страхування. Приватне страхування у Франції становить близько 12,7% від усіх витрат на медичну допомогу і воно практично не регулюється державою [65, с. 70].

Перевагою національної системи охорони здоров'я Франції виступає єдиний підхід до встановлення цін на медичні послуги. Справедливий розподіл фінансових коштів між медичними закладами пропорційно наданому обсягу медичної допомоги.

Японія. Система охорони здоров'я Японії надає універсальний страховий захист населенню через систему медичного страхування для працюючих і їхніх родин (60% населення) і державне медичне страхування для представників приватного бізнесу, пенсіонерів і безробітних (40%). Річні витрати на охорону здоров'я становлять приблизно 9,5% валового внутрішнього продукту. Установленою законом системою медичного страхування Японії управляє значна кількість страхових компаній: уряд, асоціації медичного страхування Японії, фонди медичного страхування для працюючих та їхніх утриманців, фонди благодійних організацій для урядових

службовців та їх утриманців, муніципальні національні фонди медичного страхування для зайнятих приватним бізнесом і безробітних та 166 громадських фондів державного медичного страхування для деяких професійних груп, таких як лікарі та юристи, кожен із різними преміальними розмірами внеску. Розмір внеску регульованого урядом медичного страхування – 8,2% із щомісячної нарахованої заробітної плати, однаково розділеної між працедавцями і співробітниками. Розміри внеску регульованого суспільством медичного страхування змінюються від 3% до 10%, із середнім – 7,4%. Сума щомісячної нарахованої заробітної плати, використовуваної для внесків, становить 1,21 млн ієн. Усі працюючі також платять пенсійні внески (13,6%), а працюючі у віці 40 років також додатково зобов'язані платити внесок на довгострокове страхування (1,2%). У цілому працюючі на основному окладі старші за 40 років платять 11,5%.

Медичні й профілактичні послуги в Японії були ефективно розподілені: лікувальна частина фінансована страхуванням і представлена приватними та державними практиками, у той час як профілактика фінансується із загального податку і надається, головним чином, місцевими органами охорони здоров'я.

Японська система охорони здоров'я тісно пов'язана з місцевими урядами. Більшістю послуг охорони здоров'я, крім карантину, управляють місцеві органи влади (префектура і муніципалітет), а надаються вони центрами охорони здоров'я на рівні префектури та на муніципальному рівні – муніципальними поліклініками. Система має універсальне покриття встановленим законом про медичне страхування, однак система медичного страхування організована для надання медичних послуг і не відшкодовує профілактичних послуг.

Японською охороною здоров'я управляє складна система центрального і місцевого контролю. На центральному рівні правила контролю за затвердженим законом про медичне страхування встановлюються Міністерством охорони здоров'я, праці й добробуту. Префектури

відповідальні за розвиток регіональних програм здоров'я медичного страхування, ліцензуючи лікарні й контролюючи юридичні угоди постачальників відповідно до вказівок міністерств. Окремі великі міста уповноважені ліцензувати клініки й аптеки. У медичних працівників є розпорядження з їхнього управління, за винятком платіжних систем, стандартів і керівних вказівок, наданих урядом. Тому японська система охорони здоров'я достатньо децентралізована і диверсифікована на рівні менеджменту [66].

Перевагою національної системи охорони здоров'я Японії є її пріоритет у соціальній політиці Японії є забезпечення здоров'я населення і фінансування охорони здоров'я та послуг соціального догляду, особливо для людей похилого віку. Уряд Японії вважає політичним питанням обмеження зростання медичних витрат, для чого паралельно контролює національне економічне зростання, щоб скоротити фінансовий тягар населення.

Таким чином, аналіз досвіду держав з системою охорони здоров'я на принципах страхової медицини дозволив виявити такі її основні переваги:

- в обов'язковому медичному страхуванні бере участь переважна більшість населення країни, що дає йому можливість отримати фінансову підтримку у випадку настання хвороби від страхової компанії, окрім гарантованого державою обсягу безкоштовної медичної допомоги;
- приватне страхування створює можливість отримання додаткових видів медичних послуг;
- забезпечується адресність медичної допомоги при настанні страхового випадку.

Серед недоліків системи охорони здоров'я на принципах страхової медицини можна виділити наступні:

- необхідність жорсткого контролю за діяльністю організацій у секторі приватного страхування;

- не завжди забезпечується необхідний рівень державного фінансування витрат населення на медичні послуги [67].

3) Держави з приватною системою охорони здоров'я (США, Швейцарія, ЮАР, Південна Корея, Аргентина, Мексика і ін.)

У приватній системі охорони здоров'я фінансування здійснюється в основному за рахунок внесків з добровільного медичного страхування, шляхом придбання у приватних страхових компаній населенням і організаціями полісів та реалізації платних медичних послуг. При використанні цієї моделі державні органи влади намагаються всіма можливими способами контролювати діяльність страхових організацій і рівень цін на медичні послуги. Основний недолік цієї моделі полягає у недоступності якісної медичної допомоги найбільш вразливим верствам населення країни. Ця модель ефективно працює лише для заможних груп населення.

Нижче пропонуємо провести короткий аналіз державного управління зарубіжних країн з приватною системою охорони здоров'я.

Швейцарія. Швейцарська система носить ринково орієнтований характер і ґрунтується на принципі «керованої конкуренції». У межах керованої конкуренції надання медичних послуг і медичне страхування віддається у приватні руки, але сфера охорони здоров'я діє у рамках жорстко регульованого «штучного» ринку. Швейцарське законодавство рекомендує всім громадянам набувати в індивідуальному порядку базовий «пакет» медичних полісів. Медичне страхування у країні має практичне всеохоплюючий характер. (99,5% – за оцінками фахівців). «Базовий страховий пакет» покриває широкий спектр медичних послуг, включаючи стаціонарне і амбулаторне лікування, піклування про людей похилого віку, інвалідів, душевнохворих, діагностичні обстеження, утримання в санаторіях, надання ліків за рецептами і навіть альтернативні види лікування. Поліси набуваються на індивідуальній основі у приватних страховиків, які не мають права відмовляти клієнтам у страхуванні за станом здоров'я. У межах географічного

регіону обсяг внесків є однаковим для всіх. Система діє таким чином, що лікування людей, які мають проблеми з здоров'ям відбувається за рахунок здорових громадян. В залежності від статі і віку здійснюється коригування обсягу внесків застрахованих. Швейцарська держава на 20% знижує внески для некурців у порівнянні з виплатами тих, хто палить. Малозабезпеченим громадянам надаються субсидії на поліси медичного страхування. Від рівня доходів і активів, громадян залежить розмір субсидій. Розмір субсидій на витрати за медичним страхуванням не повинен перевищувати 10% від сукупного доходу громадянина. Це робиться з метою, щоб не створювати у осіб, які отримують субсидії, стимулів для вибору найдорожчих полісів з найменшим рівнем вирахувань і дольової участі. Субсидії у різних формах отримує близько третини швейцарських громадян, і близько 19% сукупного обсягу страхових внесків виплачується за рахунок державних коштів [68].

Перевагою національної системи охорони здоров'я Швейцарії є унікальність її медицини, яка розкривається через інноваційне оснащення медичними технологіями. Швейцарці несуть особисту фінансову відповідальність прийнятого рішення, відносно медичного страхування. Тим самим сприяють стримуванню витрат на охорону здоров'я.

Сполучені Штати Америки. США не мають єдиної національної системи медичного страхування. У США управління охороною здоров'я здійснює департамент охорони здоров'я і соціальних служб США представлені децентралізованою системою охорони здоров'я. Департамент складається з служби суспільної охорони здоров'я, в її компетентності входять питання організації медичної допомоги (амбулаторної і стаціонарної) морякам торгового флоту, ветеранам війни, державним службовцям, особистому складу збройних сил. Кожен штат має власний департамент охорони здоров'я, основна функція – санітарно-епідеміологічний захист. 74% населення США мають приватну медичну страховку, решта не мають страховки взагалі або мають державну страховку. Існує два види приватного медичного

страхування: групове і індивідуальне. Групову страховку у страхової кампанії набуває роботодавець для своїх робітників зі скидкою, яка може поширюватись на непрацюючих членів сім'ї. Пацієнт має право вибору сімейного лікаря. Індивідуальну страховку пацієнт набуває самостійно, але на таку страховку скидок не має, відповідно, її вартість дорожча.

У США діють державні програми надання медичної допомоги. Одна з таких програм - медікейр програма медичної допомоги (загальнодержавна) для людей похилого віку і громадян, які втратили працездатність. Розрахована програма на осіб, які досягли 65 років, які отримують допомогу з соціального забезпечення і мають стаж роботи від 5 до 10 років, що залежить від характеру роботи. Медікейр – державна програма медичної допомоги, що розрахована на сім'ї з низьким доходом. Регулюється законами штатів і субсидується федеральним урядом, охоплює близько 10% населення. Сім'я має право на отримання цієї програми, якщо її дохід нижче рівня встановленого кожним штатом. При цьому повинна дотримуватись умова, що якщо будь-хто з членів сім'ї повинен бути або похилого віку, або сліпим, або вагітним, або непрацездатним, або мати дітей. Особи, які не мають медичної страховки, отримують медичну допомогу у державних лікарнях і клініках через програми, які фінансуються з благодійних внесків [69].

Основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне страхування. Існують багато видів приватного страхування, які надаються кількома страховими компаніями та фондами. Як правило, роботодавець має план щодо страхування своїх працівників. Роботодавець іноді сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також вносять певну грошову суму. Члени сім'ї працівника страхуються через страховку цього працівника. Якщо особа не є працівником або членом сім'ї працівника, страховка повинна бути придбана у приватному порядку. Якщо цього не зробити, людина не має права на отримання медичної допомоги. Лікарі та лікарні є також приватними, і вони є частиною цього бізнесу. Якщо вони не отримують платежів через

страхування, вони потребують готівку, а якщо оплата не надходить, медичні послуги не надаються.

Південна Корея. Медичне обслуговування в Південній Кореї представлено переважно приватним сектором, на який припадає близько 90% ліжкового фонду. Медична допомога надається установами первинної і вторинної допомоги, що володіють властивими тільки їм специфічними особливостями. Якщо за послугами ПМСП пацієнти можуть звернутися до клініки, лікарні і лікарні загального профілю (включаючи стоматологічні лікарні і центри традиційної медицини), то спеціалізована допомога надається в лікарнях третинного рівня. Пацієнти самі вибирають постачальника медичних послуг без суттєвих обмежень вибору. При відсутності у лікаря первинної ланки функції «воротаря» пацієнту легко отримати спеціалізовану допомогу у стаціонарах третинного рівня. Послуги вторинної допомоги при легко одержуваному напрямку лікаря первинної ланки можуть бути отримані пацієнтом 43 лікарнях третинного рівня. Послуги суспільної охорони здоров'я, спрямовані на поліпшення стану здоров'я нації, виявляються на рівні центрального і регіонального урядів. Діяльність служб охорони громадського здоров'я спрямована на формування здорового способу життя, профілактики захворювань та інші заходи на популяційному рівні, що сприяють поліпшенню стану здоров'я населення [70].

Таким чином, на підставі проведеного аналізу практики державного управління у сфері охорони здоров'я розвинених країн світу можна зробити проміжний висновок. Так, загальнонаціональна або загальна охорона здоров'я — поняття досить розпливчате, і на практиці воно реалізується різними способами. Система охорони здоров'я в кожній країні — це продукт її унікальних характеристик, історії, політичного процесу і національного характеру; багато з цих систем нині переживають масштабні реформи.

У межах системи охорони здоров'я, побудованої за принципом «єдиного платника», медичні послуги, що надаються всім громадянам, фінансує

держава. Вона збирає податки, керує наданням медичної допомоги і безпосередньо її оплачує. По суті, йдеться про заміну приватного страхування цілком одержавленою системою. Як правило, уряд розробляє загальний бюджет на потреби охорони здоров'я, вирішуючи, яку частину ресурсів країни слід виділяти на ці цілі, а також встановлює ціни або обсяги компенсації тим, хто надає медичні послуги. У деяких випадках медики є державними службовцями, які отримують зарплату. В інших вони залишаються незалежними й одержують компенсацію залежно від обсягу наданих послуг і проведених лікувальних заходів.

У країнах, де існує така система медичного страхування за місцем роботи, держава вимагає від роботодавців забезпечувати своїх працівників медичною страховкою, найчастіше через напівприватні фонди. Ці страхові фонди можуть діяти в межах одного або кількох секторів економіки, при цьому розмір внесків і виплат встановлює держава. Найчастіше такі внески — це просто різновид податку на зарплату, вони виплачуються безпосередньо до відповідного фонду. Медичні установи залишаються незалежними, а обсяги одержуваної ними винагороди за послуги встановлюються внаслідок переговорів із фондами, інколи в індивідуальному порядку, а часом у загальнонаціональному масштабі. Зразком такої системи охорони здоров'я довгий час була німецька.

У межах приватної системи охорони здоров'я (керованої конкуренції) надання медичних послуг залишається в приватних руках, але цей ринок має «штучний» характер, перебуваючи під жорстким контролем і регулюванням держави. У більшості випадків держава наказує громадянам в обов'язковому порядку придбати медичну страховку, що, втім, часто поєднується з обов'язком роботодавців страхувати своїх службовців. Індивіди можуть обирати страхову організацію в межах регульованого ринку, а також провайдера медичних послуг. Хоча стандартний страховий «пакет» встановлює держава, страховим компаніям дозволено конкурувати одна з

одною за цінами, рівнями пайової участі споживача в оплаті послуг і додатковим покриттям. У найчистішому вигляді система загального страхування, заснована на керованій конкуренції, діє в Швейцарії, хоча недавно на аналогічну основу було переведено охорону здоров'я в Нідерландах.

Національні системи охорони здоров'я в різних країнах не відповідають якомусь єдиному зразку. Міждержавні відмінності в цій сфері настільки великі, що самі поняття «державна охорона здоров'я» і «загальне медичне страхування» часом лише вводять в оману — ніби все розмаїття способів, якими в різних країнах організується медицина і медичне страхування, можна вписати в якусь стандартну колективну модель. Система охорони здоров'я в кожній країні — це продукт її унікальних умов, історії, політичного життя і національного характеру. Принципи організації цих систем варіюють від «керованої конкуренції» в Нідерландах і Швейцарії до жорсткої структури за принципом єдиного платника у Великобританії, Канаді та Норвегії і безлічі проміжних варіантів.

У деяких країнах діє система «єдиного платника» в чистому вигляді: там заборонено приватне страхування і навіть обмежуються можливості пацієнтів оплачувати медичні послуги з власної кишені. У межах інших систем гравців багато — там приватні страховики конкурують один з одним, а рівень державного регулювання та субсидування варіює. У якихось державах медичне страхування здійснюється за місцем роботи, а в інших робота і страхування повністю розділені. Деся споживачі повинні оплачувати чималу частину вартості медичних послуг або за рахунок значних страхових відрахувань, або за рахунок дольової участі. В інших державне страхове покриття повністю компенсує медичні витрати громадян. В одних державах пацієнтові надана повна свобода вибору лікаря, а в інших свобода вибору поширюється тільки на терапевтів, а для прийому у фахівців необхідне

скерування. У деяких системах обмежується навіть вибір лікарів первинної медичної допомоги.

Отже, вивчення досвіду державного управління в системах охорони здоров'я провідних країн світу є важливою складовою при формуванні ефективної політики розвитку охорони здоров'я в Україні, що обумовлює необхідність проведення аналізу реформування системи охорони здоров'я в Україні за період 1991–2020 рр. з періодизацією перетворень, виходячи зі змістовного наповнення реформ в різні відрізки часу.

2.2. Розвиток державного управління охороною здоров'я України (1991-2020 рр.)

Після розпаду Радянського Союзу у 1991 році стало остаточно зрозуміло, що Семашківська модель охорони здоров'я, яка була успішною в СРСР до 70-х років ХХ століття, не відповідає реаліям ринкової економіки [71]. В усіх пострадянських країнах, включаючи й Україну, в системах охорони здоров'я розпочалися перетворення, які стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг. В дослідженні Європейського регіонального бюро ВООЗ та Європейської обсерваторії по системах і політиці охорони здоров'я було проаналізовано процеси перетворень, які відбувалися протягом двох десятиліть в системах охорони здоров'я 12 пострадянських країн (Вірменії, Азербайджані Білорусі, Грузії, Казахстані, Киргизстані, Республіці Молдова, Російській Федерації, Таджикистані, Туркменістані, Україні та Узбекистані), і встановлено, що трансформації відбувалися в усіх країнах, однак темпи, змістовне наповнення і результативність змін в охороні здоров'я різних країн істотно відрізнялися [72, с. 5].

Державне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після

здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди: 1) 1991–2000 рр., 2000–2010 рр.; 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу.

В перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися. Головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я (МОЗ), як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою.

На рубежі століть вітчизняними та міжнародними експертами за підтримки міжнародних організацій проводилася робота з визначення основних напрямків та апробації ключових механізмів реформування СОЗ. У 2001 р. за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я [73], з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій.

У результаті була прийнята Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли. Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, до 2010 р. не проводилося.

Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш вагомими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запровадженням нових методів фінансування на рівні первинної ланки (експеримент у м. Комсомольську Полтавської області щодо укладання контрактів між міською адміністрацією і

підготовленими сімейними лікарями про надання первинної допомоги населенню з подушного оплатою їх послуг) [74], автономізація постачальників медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2-х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни закладами охорони здоров'я господарського статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства) [75, 76], структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо).

В 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкуренто-спроможна економіка, ефективна держава» [77] були розпочаті масштабні перетворення в українській системі охорони здоров'я. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проєктів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. [78, 16].

Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом [79] здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. В якості пілотів було обрано 4 регіони:

аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7% населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів. Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була розроблена нормативно-правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення.

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено [80] доцільність та ефективність:

1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

Четвертий (сучасний) період (з 2014 р. і до тепер) системи охорони здоров'я України характеризується докорінною трансформацією галузі. До початку процесу трансформації системи охорони здоров'я розподіл ресурсів здійснювався центральними органами влади за застарілими галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису та

кількості лікарняних ліжок. Кошториси розписувалися відповідно до жорсткої економічної класифікації, що не дозволяло переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг. Кошти витрачалися відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, а не витрачені гроші на кінець року необхідно було повертати до державного бюджету, що робило управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним.

Тому перші кроки реформування системи охорони здоров'я України були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі.

У документа є дві головні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці. Стратегія прояснює обрій для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я [1].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я [81], якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово-економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать: впровадження державного гарантованого пакета медичної

допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health).

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [82].

Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції [83], дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [84], МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо) [85].

В 2017 р. було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію ЗОЗ» [86] та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [87]; закон про державні фінансові гарантії [51], який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу [88], ухвалено створення Національної служби здоров'я України - НСЗУ [89], визначені вимоги до надавачів медичних послуг

та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [90, 91, 92], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [93]. Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон [94], який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури.

Крім того, у 2019 р. продовжено реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого урядом затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів [95], МОЗом прийнято Примірне положення про госпітальний округ [96], розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в т.ч. оговорено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо [97].

Старт реформи розпочався 1 січня 2018 р. і охоплює 3 річний період – 2018–2020 рр. Нагадаємо, медична реформа в Україні стартувала у жовтні 2017 р. прийняттям Верховною Радою України законопроекту № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», відповідно до якого держава гарантує повну оплату коштом держбюджету України необхідних медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, а також супроводу вагітності та пологів.

Через півроку (2 квітня 2018 р.) почався перший етап медичної реформи, тоді українці обрали свого сімейного лікаря та підписали з ним декларацію. Людина звертається до сімейного лікаря, педіатра або терапевта та отримує послуги безкоштовно. Лікар, який обслуговує багато пацієнтів, отримує гідну зарплату. Таким чином, оплата послуг первинної медичної допомоги

здійснюється Національною службою здоров'я України відповідно за кількістю поданих декларації лікарям цього закладу.

Запуск другого етапу реформи, який мав стартувати 1 липня 2019 р. (пацієнтам мали почати надавати послуги за програмою «Безкоштовна діагностика»), відклали. У підсумку з 1 липня почалася підготовка до наступного етапу реформи (до неї входять комп'ютеризацію лікарень, їх оснащення належним обладнанням та інше).

27 листопада 2019 р. уряд ухвалив Програму медичних гарантій (перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які пацієнтам буде оплачувати держава за гроші держбюджету), яка запрацювала з 1 квітня 2020 р., давши старт другій хвилі трансформації системи охорони здоров'я.

Основа всієї трансформації системи охорони здоров'я – це зміна моделі фінансування та реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Для спеціалізованої медичної допомоги це означає, що держава через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) сплачує кошти медичному закладу за конкретно надану медичну послугу, пролікований випадок або ж готовність надавати допомогу.

По-перше, з 1 квітня 2020 року усі заклади охорони здоров'я, які працюють з НСЗУ, змінили статус і стали комунальними некомерційними підприємствами (КНП). Це перша умова, яку поставила перед лікарнями НСЗУ. Аби підписати угоду з НСЗУ, КНП повинні мати ліцензію на надання медичної допомоги, бути комп'ютеризованими і підключеними до медичної інформаційної системи.

Тепер лікарні і відповідно лікарі не можуть розраховувати на субвенцію з держбюджету, яка в основному йшла на зарплати. Натомість НСЗУ закуповуватиме у лікарень медичні послуги і платитиме за них згідно з тарифами. Скільки лікарня заробить, стільки й отримає. Тобто зарплата лікарів тієї чи іншої лікарні залежатиме від того, скільки і яких медичних послуг вони надаватимуть пацієнтам. Пацієнт матиме право вибрати того спеціаліста,

якого вважає найкращим. І НСЗУ заплатить гроші за надану медпослугу тій лікарні, яку обере пацієнт.

Усі види медичної допомоги включили у 27 пакетів. Це хірургічні операції в стаціонарах, стаціонарна допомога нехірургічного профілю, медична допомога при пологах, гострому інфаркті міокарда, мозковому інсульті, лікування туберкульозу, психічних розладів, паліативна допомога, медична реабілітація тощо. Іншими словами, у пакети увійшли всі види медичної допомоги, які вкрай потрібні для поліпшення чи врятування життя людини. Кожна лікарня може обрати ті пакети, які медичні послуги вона зможе надати.

Для кожної медичної послуги МОЗ розробив тарифи. Тарифи для всіх областей – однакові. До тарифів за медичні послуги не включено вартість ліків та витратних матеріалів. У НСЗУ пояснили, що вони централізовано забезпечуються за рахунок інших програм державного бюджету. Тож в ідеалі пацієнти безкоштовно отримуватимуть і медичну послугу, і більшість супутніх витратних матеріалів та ліків.

Отримати безкоштовну консультацію чи допомогу можна буде лише зі скеруванням свого сімейного лікаря. За направленням лікаря пацієнти зможуть отримати безкоштовно практично всі види медичної допомоги, окрім такої, що не вважається критично важливою – масаж, фізіотерапія, пластична хірургія, планова стоматологія (оплачуватиметься лише невідкладна). Скерування до вузьких спеціалістів буде в електронному вигляді, як і медична картка пацієнта. Якщо людина захоче проконсультуватися у вузького спеціаліста за власним бажанням, тобто, без скерування сімейного лікаря, вона може це зробити. Але тоді його послуги оплатить з власної кишені.

Без скерування безоплатно можна звертатися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, психіатра, нарколога. Без жодного скерування людині безкоштовно надаватимуть екстрену медичну допомогу в усіх лікарнях.

Щороку парламент схвалюватиме перелік послуг, які будуть гарантовані державою, а які мають сплачуватись пацієнтом. Головне, що цей перелік – безоплатних та платних послуг - буде єдиним по всій країні. Діятиме єдина тарифна сітка, незалежно від того, де ця послуга надається.

Служби екстреної допомоги також входять до другого етапу реформи, з ними в НСЗУ вже підписали договори. Швидко можна викликати, навіть якщо у вас немає декларації з сімейним лікарем. Відтепер усі центри екстреної медичної допомоги підключені до єдиної аналітичної системи «Централь-103». Завдяки їй диспетчер одразу зможе вирішити, в яку лікарню краще та швидше везти хворого.

Таким чином, другий етап медичної реформи – це зміна фінансування системи охорони здоров'я. Якщо охарактеризувати суть етапу коротко, то тепер медичні заклади фінансуватимуть залежно від кількості пацієнтів, а не від кількості ліжок-місць, як це передбачала «система Семашка» в СРСР.

Поточна реформа національної системи охорони здоров'я передбачає реалізацію рішень, які повторюють ті, які були емпірично перевірені на основі досвіду інших країн, особливо тих, які пройшли аналогічний шлях трансформації. Проголошена медична реформа здається раціонально викладеною, з передбачуваним завершенням у перспективі на кілька років. Однак реальний успіх проведеної діяльності залежить від ряду додаткових факторів, як зовнішніх, так і пов'язаних з самим проведенням реформи.

Зокрема, особлива увага повинна приділятися макроекономічним умовам та забезпеченню адекватних ресурсів для медичних послуг. У цьому контексті важливим є рівень витрат на охорону здоров'я, пов'язаний з ВВП, але, перш за все, витрати враховуються в абсолютних кількостях, оскільки вплив цього фактору на наслідки системи охорони здоров'я є явно більш помітним. Інакше кажучи, успіх реформи у сфері охорони здоров'я прямо залежить від успіху трансформації та зростання української економіки.

Підводячи підсумок, відзначимо, що Україна на сьогоднішній день знаходиться на стадії трансформації всієї системи державного управління, що впливає на появу труднощів у процесі реалізації змін в системі охорони здоров'я.

У зв'язку з цим на сьогодні в першу чергу необхідно змінювати фінансово–економічні основи діяльності системи охорони здоров'я, при яких фінансування має спрямовуватися на обсяг наданих послуг. Тим самим першочерговим завданням в системі державного регулювання охороною здоров'я виступає забезпечення гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, при наявності для індивіда можливості самостійно вибрати місце й способи лікування. Це визначає той факт, що система охорони здоров'я населення повинна спиратися на різні форми організації, що в свою чергу викликає необхідність оптимального використання наявних коштів, застосовуючи відповідні механізми державного регулювання.

Висновки до Розділу 2

1. Наявна міжнародні практики державного управління у сфері охорони здоров'я констатує, що найбільш поширеним є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я: державна (національна) система, страхова медицина; приватна (ринкова) система.

2. Аналіз результативності основних систем охорони здоров'я дозволила автору зробити наступні висновки: – модель управління охороною здоров'я практично кожної країни передбачає наявність елементів обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, приватної медицини і бюджетного фінансування, які присутні в різних країнах у різних пропорціях; – сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я не дозволяє повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян (навіть, країни, що розвиваються, гарантують своїм громадянам мінімальні «пакети» медичних послуг, що забезпечують медико-соціальне благополуччя, яке виражається головним чином у боротьбі з інфекційними захворюваннями); – незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6-7% ВВП, а в реальному вираженні – на порядок більше, ніж в Україні, і при цьому практично в жодній з цих країн не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам [58, с. 360]; – практична реалізація будь-якої з названих моделей вимагає адаптації до конкретних умов національної економіки.

3. Визначено, що державне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди. На першому етапі (1991–2000 роки) реформи в галузі охорони здоров'я практично не проводилися. На другому етапі (2000–2010 роки) були визначені основні напрямки та механізми реформи сектора охорони здоров'я. На третьому етапі (2010–2013 роки) була проведена масштабна реформа

системи охорони здоров'я в пілотних регіонах. Четвертий (поточний) етап (з 2014 року по теперішній час) – початок комплексної реформи системи охорони здоров'я з акцентом на перетворенні фінансування охорони здоров'я за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

4. Досліджено основні зміни державного управління системою охорони здоров'я України та визначено ключові результати медичної реформи, якими є:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», тобто держава платить лікарням та лікарям за надані конкретним пацієнтам медичні послуги;
- запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я;
- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги - певного обсягу медичних послуг та лікарських засобів, які держава зобов'язується оплачувати за заздалегідь встановленими тарифами. Тарифи кожного року будуть затверджуватись урядом;
- створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;
- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;
- автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health);
- впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи.

РОЗДІЛ 3

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Недоліки та проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я України виявлені пандемією COVID-19

Система охорони здоров'я в багатьох країнах світу виявилася неефективною в боротьбі з новим вірусом COVID-19. Світова пандемія «оголила» множинні системні недоліки в багатьох країнах світу, і в Україні зокрема.

Поточна ситуація продемонструвала, що медична система і наука України зовсім не готові до масштабної пандемії. Це не дивно, так як довгі роки не виділялося достатньо коштів на фінансування науки і медицини, на зарплати вченим і медикам. Отже, не варто чекати серйозних досліджень вакцин і ліків, а ефективного лікування медиками, які не мають навіть елементарних засобів захисту, не кажучи вже про технічне оснащення лікарень, просто неможливо.

Одним із ключових чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни та фундаментальні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я. Незважаючи на величезну кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації. Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене архаїчним станом закладів охорони здоров'я.

Медики оцінюють готовність системи охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19 на 2 бали з 5 можливих. Стан власного медичного закладу в середньому оцінюють на 2,2 з 5 балів. Такі дані оприлюднили під час презентації дослідження «Медицина в Україні», проведеного дослідницькою

компанією «Актив-груп» за сприяння Всеукраїнського лікарського товариства та Асоціації міст України. Дослідження було проведено в квітні 2020 року [98]. Згідно з даними дослідження, 51,8% лікарів вважають карантинні заходи, запроваджені в Україні в рамках боротьби з коронавірусом, ефективними. При цьому 40% лікарів вважають карантинні заходи повністю адекватними для поточної ситуації. 17,9 % опитаних лікарів відповіли, що їх заробітна плата істотно зменшилася за час карантину. 11,1% лікарів відповіли, що їх змушували брати неоплачувані відпустки під час карантину. Більше 20% наших медичних працівників страждають від нестачі засобів захисту і хворіють [98]. «Це безпрецедентне опитування і ми вперше маємо думку медиків про те, що відбувається у нас в країні з медичною сферою та готовністю до карантину.

Отже, результати дослідження говорять про системні помилки в сфері охорони здоров'я. Об'єктивно національна система охорони здоров'я опинилась не готова до пандемії.

Як заявив Міністр охорони здоров'я Максим Степанов, в результаті прорахунків у підготовці до другого етапу реформи, яку здійснювало попереднє керівництво МОЗ, виникла диспропорція у фінансуванні медичних закладів, невиконання анонсованого безоплатного лікування пацієнтів, заробітна плата медпрацівників залишилася на такому ж рівні, а тарифи на медичні послуги – виявилися несправедливими та не відповідають реаліям життя.

Тарифи НСЗУ оприлюднила у лютому 2020-го, контракти прилетіли у лікарні в останні дні березня. А мізерні суми контрактів шокували навіть досвідчених управлінців. Вирішення усіх проблемних питань переклалися на керівників лікарень і місцеву владу, на колективні договори. Незрозумілі і непрозорі розрахунки тарифів із визначенням вартості медикаментів, харчування та рівня оплати праці. Вони не покривають мінімальних потреб

медзакладів, зокрема на лікування інфарктів, інсультів, складні оперативні втручання, амбулаторну допомогу, пологи, паліативну допомогу.

В рамках програми медичних гарантів покривалась лише частина медичних послуг, їх вартість занижена, в результаті чого лікарі недоотримували заробітну плату. Через пандемію та карантин зупинилися планові оперативні втручання, планова госпіталізація, амбулаторно-поліклінічний прийом тощо. Пандемія викрила реальний стан матеріально-технічної бази. Обладнання медзакладів або відсутнє, або застаріле.

Серед медичних установ, які опинилися під загрозою закриття, як підкреслив Максим Степанов, опинилися психіатричні лікарні, районні та обласні лікарні, медико-генетичні центри, протитуберкульозні заклади, реабілітаційні центри та центри медичної допомоги, дитячі та інфекційні лікарні, а також спеціалізовані медичні центри.

Основний тягар під час пандемії взяло на себе місцеве самоврядування, яке від держави не отримало належної підтримки, не дивлячись на створений стабілізаційний фонду у розмірі 64 млрд. грн. Спільно з міськими та районними бюджетами виділялися суми коштів на придбання засобів захисту, обладнання та всього, що могло б забезпечити безпеку лікарів. Також за рахунок місцевих та районних бюджетів здійснювалась компенсація від 200% до 400% рівня заробітних плат для лікарів та обслуговуючого персоналу.

З загостренням коронавірусної хвороби в Україні, введенням карантинних обмежень, збільшенням кількості хворих медичні працівники потрапили в найбільшу зону ризику, адже саме вони контактують як з особами, у яких є підозра на COVID-19, так і з особами, у яких цей вірус вже підтверджений. При цьому ризик зараження існує як в працівників, які безпосередньо надають медичну допомогу, так і в іншого персоналу (наприклад водії швидкої). У зв'язку з поширенням коронавірусної хвороби органами державної влади в Україні було прийнято рішення про збільшення оплати праці медичного персоналу шляхом надання надбавок та доплат. Разом

з тим, чимало проблем виникало в процесі призначення та здійснення цих виплат, а саме:

- невивплата таких соціальних виплат усім, хто має право на них;
- неврегульованість питання розрахунку доплати у розмірі до 300 відсотків (від посадового окладу чи посадового окладу з раніше передбаченими надбавками).

Окремо зазначимо, що така невизначеність щодо оплати праці медичних працівників спостерігалась протягом всієї весни. З початку збільшення хворих на коронавірус уряд пообіцяв медикам, які працюють з захворілими на COVID-19, нарахувати надбавки до заробітної плати у розмірі 300%. Проте рішення про виділення коштів Кабмін ухвалив на позачерговому засіданні лише 24 квітня. Однак обіцяних коштів українські медики не побачили. При цьому надбавки повинні були нарахувати за березень та вже за квітень. Надбавки до 300% передбачені для лікарів, а для інших — до 200%. У березні уряд передав на місяць майже 1 млрд грн для забезпечення доплат. Їх нарахували, але не на розмір зарплати, а на оклад, який дорівнює мінімальній зарплаті. У квітні обіцяли виправити розрахунки, і надбавки мали бути більшими. Гроші взяли з Фонду боротьби з COVID-19. На надбавки медпрацівникам, які борються з COVID-19, виділили 15,8 мільярда гривень з держбюджету. Але на початок травня гроші до лікарів так і не дійшли, що викликало хвилю обурення у медичних працівників.

Наразі питання оплати праці медичних працівників врегульовано відповідним наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 02.06. 2003 року № 145 у вигляді доплат в розмірі трьох або двох посадових окладів.

Очевидно, що з впровадженням другого етапу медреформи в життя існує цілий ряд проблем. Ті лікарні, які не змогли домовитися з місцевою владою, не зробили дооснащення, не встигли завершити ремонт або реструктуризацію,

не змінили спеціалізацію установи, контракту з НСЗУ не отримують, а значить, не отримують і грошей – ні від НСЗУ, ні безпосередньо з бюджету.

Особливо гостро ця проблема стоїть в сільській місцевості і небагатих райцентрах, де можливостей для додаткового фінансування лікарень немає ні у місцевих рад, ні у жителів. До того ж багатьом установам треба пройти процес оптимізації та реорганізації, що в нинішніх умовах часто означає скорочення штатів або ліквідацію. Якщо в райцентрі, наприклад, народжують раз в тиждень, то утримувати таке відділення лікарня просто не зможе – отриманих від держави грошей (тариф на пологи – 8 тис. грн незалежно від складності) не вистачить навіть на зарплати персоналу.

Так сталося що втілення другого етапу медичної реформи співпало в часі з пандемією та безпрецедентними заходами безпеки і економічною кризою, тому перед Міністерством охорони здоров'я постало негайне питання - виправити помилки старого керівництва МОЗ.

Тому були внесені зміни до закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», що дозволило з 1 липня 2020 року усім медичним закладам отримати фінансування на рівні не меншому, ніж у 2019 році. Додатково за рахунок пакетів медичних гарантій фінансуватиметься екстрена медична допомога, лікування коронавірусної інфекції, інфарктів та інсультів.

Через пандемію, спричинену COVID-19, яскраво загострились проблеми з епідеміологічним наглядом, інфекційним контролем і безпекою, внутрішньо-лікарняним інфікуванням, а також із донорством крові (з її нестачею). Також коронавірус показав, що у нас так і не відбулося належного становлення інституту громадського здоров'я, є проблеми з досягненням балансу інтересів між приватним і публічним інтересом, захистом персональних даних.

Попередній аналіз існуючих проблем реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України дозволяє констатувати, що впровадження другого етапу медичної реформи під час

пандемії COVID-19 стало важким випробуванням для усієї системи охорони здоров'я.

Водночас слід відзначити низку недоліків, наявність яких може спотворити очікувані результати від всієї реформи системи охорони здоров'я в Україні.

Так, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги і спроможністю держави покриття витрат на їх надання є наріжним каменем реформи в будь-якій країні і перш за все в Україні. Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого й спрямовано прийняття відповідного Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з яким «держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій ...». Однак легітимність закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування ...» не є безспірною, оскільки він порушує як мінімум три статті Конституції України [99]: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. ...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...», ст. 22, яка містить норму «При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як «в умовах воєнного або надзвичайного стану».

Безпосередньо сама програма державних гарантій, визначена Законом, не підкріплена чіткою методологією її формування та наповнення. Вона охоплює всі види медичної допомоги, включно з їх медикаментозним

забезпеченням, без пріоритизації медичних послуг за соціальними та медичними ознаками, не передбачає співоплати медичних послуг пацієнтами.

Крім того, нова структура НСЗУ перебирає на себе істотну частину повноважень щодо формування політики в сфері охорони здоров'я. Адже на неї покладено функції і розробника програми державних гарантій та тарифів, і замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я, функції якої не обмежуються обслуговуванням фінансово-економічної діяльності в охороні здоров'я (ст. 7 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»).

Також слід зазначити, що в підзаконних актах стосовно запровадження договірних відносин увага концентрується на процесі укладання договорів, а не на забезпеченні підвищення результативності медичного обслуговування [100]. Також в документах уряду та МОЗ України імпліцитно проявляється тренд переходу до надання ПМД фізичними особами-підприємцями, що (особливо коли мова йде про соло-практики) є архаїчною і неефективною формою обслуговування. Крім того виникають сумніви щодо можливостей НСЗУ кваліфіковано працювати з такою значною кількістю постачальників ПМД в умовах договірних відносин.

Питання фінансування та її реформування турбують не тільки медичний загал, а й керівників медичних закладів. Сьогодні на них покладено особливу відповідальність, від них вимагають і менеджерських знань та навичок, і соціального захисту працівників, і забезпечення достатнього обсягу й належної якості медичних послуг. Слід зазначити, що передача визначення штатного розпису на розсуд керівника закладу охорони здоров'я [101] в рамках автономізації медичних закладів [102] не підкріплена методичними рекомендаціями щодо порядку формування штатного розпису в змінених умовах. Це істотно утруднює роботу управлінців, оскільки вони звикли до

нормативного підходу (жорсткої директиви «зверху»), і може провокувати конфлікти між керівним персоналом та працівниками.

Звичайно, не можна оминати увагою й проблеми медичної і юридичної практик, що пов'язані з правореалізацією й правозастосуванням. Значною прогалиною в медичній практиці є практичну відсутність стандартів у сфері охорони здоров'я. Приміром, сьогодні кесарський розтин медичні працівники здійснюють без стандарту, адже Наказ МОЗ від 27.12.2011 р. №977 втратив чинність ще 08.05.2014 р. Якщо до 01.03.2021 р. МОЗ не напрацює стандартів, то система охорони здоров'я втратить 90 актів, тобто залишимося без стандартів, адже 28.02.2020 р. був прийнятий Наказ МОЗ №590, який набере чинності з 01.03.2021 р. і скасує численні стандарти.

Ще одна проблема пов'язана з запуском другого етапу медичної реформи – глобальний провал комунікації. Замість відкритої позиції влада демонструвала відсутність наміру продовжувати медичну реформу, замість паритетної дискусії на основі фактів та об'єктивних аргументів суспільству показували численні шоу й інтерв'ю з різними «експертами». Не було жодного відкритого обговорення медичної реформи в контексті «за» і «проти», яке було б організоване в одному залі за участю перших осіб. Натомість активні прихильники старої системи переконували владу, яка переймається рейтингами, не ризикувати і зупинити реформування [103].

Наявність зазначених та інших прогалин скоріше всього пов'язані з відсутністю прийнятих на основі консенсусу між стейкхолдерами (заінтересованими сторонами) стратегічного бачення медичної реформи, що провокує недостатню системність реформування та обмеженість застосування проектного підходу в практиці перетворень системи охорони здоров'я.

Для успішної реалізації трансформацій системи медичного обслуговування в Україні нагально необхідним є формування політики, яка базується на цілісній, виваженій, прийнятій консенсусом стратегії реформи охорони здоров'я; розробка адекватного нормативно-правового забезпечення,

збалансованого з конституційними нормами; застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектного підходу; постійний моніторинг та оцінка для швидкого реагування на виклики і ризики, які виникають в процесі реформування, а також ретельна підготовка керівників та працівників органів та закладів охорони здоров'я щодо роботи в нових фінансово-економічних умовах.

Медична галузь є однією з дискусійних проблем реформування. Тому фахівці різних рівнів спільними зусиллями шукають відповіді на нові виклики, обмінюючись досвідом, запрошуючи до дискусій експертів у галузі управління охороною здоров'я, юристів, економістів.

3.2. Пріоритетні напрями інституційних і структурних перетворень механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні

В сучасних умовах збереження громадського здоров'я – це комплексне, мультидисциплінарне, міжгалузеве завдання для всіх державних політик світу. Державна стратегія реалізації інституційних і структурних перетворень у сфері охорони здоров'я – це цілеспрямований і керований процес, результатом якого є створення системи охорони здоров'я, яка дозволить організувати медичну допомогу кожному мешканцю в потрібний час та в потрібному місці, у необхідному обсязі та з мінімальними витратами [104].

Ключовими проблемами, вирішення яких сприятиме оптимізації системи державного управління охороною здоров'я України, є недостатнє фінансування галузі й нераціональне використання наявних коштів, диспропорцію в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги, відсутність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, інформатизація галузі.

Сьогодні в Україні реалізується багатоукладна новітня модель системи охорони здоров'я, яка передбачає:

- переорієнтацію діяльності закладів та установ системи охорони здоров'я на профілактичну, первинну медико-санітарну допомогу;
- зміну механізмів фінансування (кошти мають іти за хворим);
- управління якістю медичних послуг;
- структурну перебудову медичної галузі з формуванням відповідної мережі медичних закладів, реформуванням функції медичної допомоги за рівнями;
- підготовку нового покоління управлінців і економістів для галузі охорони здоров'я та ін.

До пріоритетних напрямів реалізації нової моделі державного управління охороною здоров'я в Україні належать:

1. Створення умов для реформування системи охорони здоров'я, що передбачає:

- розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги;
- визначення особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, які надають первинну та вторинну допомогу;
- визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг у сфері охорони здоров'я;
- затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.

2. Проведення структурної реорганізації галузі, що передбачає:

- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги – комунальних некомерційних підприємств як нового типу закладів охорони здоров'я;

- створення для надання вторинної медичної допомоги міжрайонних та міжміських об'єднань комунальних некомерційних підприємств (госпітальних округів), до складу яких входять: багатoproфільна лікарня інтенсивної допомоги; заклади для проведення планового лікування; заклади для реабілітації (відновлювального) лікування; заклади для надання паліативної допомоги (хоспіси); заклади для надання медико-соціальної допомоги; консультативно-діагностичний центр;

- реорганізація системи надання швидкої медичної допомоги шляхом оптимізації надання екстреної медичної допомоги. На етапі реформування галузі фахівці відзначають, що дві третини пацієнтів не отримують вчасно надання допомоги бригадою (екстреної меддопомоги). Із загальної кількості викликів, а це 6,8 млн, 4,7 (млн.) є невчасними... Наразі відпрацьовується оптимальний алгоритм надання екстреної меддопомоги за визначеними категоріями викликів. Категорія 1 — це критичний стан хворого, який вимагає негайного реагування, втручання, або реанімаційних заходів, наприклад, у випадку клінічної смерті, обструкції дихальних шляхів, виникнення політравми. Для цієї категорії виклику час до першого контакту з хворим має становити менше 10 хвилин. Категорія 2 - екстрений виклик, до якого відносяться потенційно серйозні стани, що можуть вимагати швидкої оцінки, невідкладної допомоги на місці або невідкладного транспортування. Час до першого контакту має становити до 20 хвилин. Категорія 3 - не екстрені стани, які не несуть загрози для життя та здоров'я пацієнта, наприклад, загострення хронічних захворювань. Ці виклики будуть скеровані на первинну ланку, а при можливості на виклик поїде бригада, яка не задіяна на викликах для категорій 1 та 2. Категорія 4 - непрофільні виклики. Реагування відбувається без виїзду бригади екстреної меддопомоги, і пацієнт може отримати консультацію телефоном, або буде скерований на надання допомоги сімейним лікарем;

- створення універсальних клінік - сучасних недержавних багатoproфільних лікарень, де мають змогу отримувати амбулаторну і

стаціонарну медичну допомогу високої якості громадяни України та пацієнти з усього світу. Місією організації роботи в універсальній клініці є створення системи надання медичної допомоги з врахуванням потреб пацієнта від моменту звернення за допомогою до повного одужання чи максимального відновлення з акцентом на первинну і вторинну профілактику, ранню та точну діагностику, ефективне лікування та реабілітацію. Особливістю роботи універсальної лікарні є створення мультидисциплінарних команд фахівців для комплексного вирішення складних медичних проблем шляхом формування спеціальних функціональних підрозділів – центрів, де концентруються спеціалісти різних профілів з метою досягнення кращого результату.

3. Визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам, що передбачає надання державним і комунальним закладам охорони здоров'я:

- екстреної медичної допомоги;
- невідкладної та первинної медичної допомоги;
- стаціонарної допомоги (уразі гострого захворювання та в невідкладних випадках);
- невідкладної стоматологічної допомоги;
- долікарської допомоги населенню в сільській місцевості;
- санаторно-курортної допомоги інвалідам і хворим у спеціалізованих та дитячих закладах оздоровлення;
- допомоги дітям, що утримуються в будинках дитини;
- допомоги в межах державних програм;
- допомоги пільговим категоріям населення;
- планової спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги за відповідним направленням сімейного лікаря згідно з укладеними договорами про закупівлю медичних послуг.

4. Надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я, що передбачає надання послуг за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, а також за рахунок благодійних внесків, надходжень за договорами

добровільного медичного страхування. Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» від 20 грудня 2019 р. № 421-ІХ зі статті 10 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» було виключено частину одинадцяту, яка містила доволі незрозумілі положення, якими встановлювалося, що:

«11. У закладах охорони здоров'я державної та комунальної форм власності, які є надавачами медичних послуг за Програмою медичних гарантій, обсяг платних медичних послуг, які не входять до Програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг».

Також вказаним Законом було прибрано відтермінування введення в дію можливості самостійно заробляти хоча б ці «20%».

З урахуванням змін, що відбулися, можна стверджувати, що зараз усунуті будь-які обмеження, аби вся медична допомога, яка або не передбачена Програмою медичних гарантій, або має надаватися пацієнту, який звернувся з порушенням порядку звернення, який визначений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», була оплачена самим пацієнтом.

Задля того, щоб мати можливість у законному порядку вимагати оплату, потрібно порахувати та затвердити власні тарифи на медичну допомогу. КНП, які не отримують бюджетного фінансування, не зобов'язані надавати медичну допомогу безоплатно, за винятком невідкладних станів. КНП, які уклали з НСЗУ договори, надають безоплатну медичну допомогу виключно у межах, передбачених договором, тобто, за Програмою медичних гарантій. Якщо пацієнт звертається за отриманням медичної допомоги у порядку, який не відповідає порядку, встановленому Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», він має самостійно оплатити таку медичну допомогу. Якщо пацієнт звертається за отриманням медичної

допомоги, яка не передбачена Програмою медичних гарантій, він має самостійно оплатити таку медичну допомогу. КНП потрібно встановити тарифи на усі види медичної допомоги, аби мати можливість її надавати на оплатній основі.

5. Удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я, що передбачає фінансування закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу:

- первинного рівня шляхом спрямування бюджетних коштів з розрахунку на кожну особу, що проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці;

- вторинного рівня шляхом укладання договорів між замовником і постачальником медичних послуг за принципом оплати фактично наданих послуг з урахуванням потреб населення;

- третинного рівня шляхом оплати вартості надання послуг.

З метою посилення фінансування галузі додатковим механізмом тут може стати запровадження механізму інноваційного фінансування системи охорони здоров'я шляхом введення механізму цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти (алкоголь, тютюнові вироби, напої з великим вмістом цукру тощо) на потреби охорони здоров'я.

6. Урегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування із побудовою відповідної організаційно-функціональної структури управління. Управління системою обов'язкового соціального медичного страхування здійснюватиме окремий суб'єкт управління – Фонд медичного страхування України.

Ситуація, коли люди залишаються один на один з важкою хворобою за відсутності державного фінансування дорогого лікування, відсутністю власних фінансових можливостей та виключно надією на благодійність, викликає обурення на державу за відсутність належно налагоджених механізмів фінансування таких випадків. Саме загальнообов'язкове державне

соціальне медичне страхування, а також добровільне соціальне страхування повинні стати ефективним та дієвим механізмом покриття витрат пацієнтів на лікування, діагностику, профілактику, реабілітацію у випадку хвороби та потреби тривалого догляду за хворими. Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися, в тому числі за рахунок коштів медичного страхування. В прикінцевих та перехідних положеннях Закону передбачено обов'язок Кабінету Міністрів України протягом трьох місяців з дня набрання чинності цим Законом опрацювати питання запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Введення соціального медичного страхування в Україні було задекларовано ще в Концепції соціального забезпечення населення України 1993 р. Для реалізації Концепції необхідно було розробити і прийняти окремі законодавчі акти, в тому числі закон про соціальне медичне страхування [105]. У статті 4 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від 14 січня 1998 р. передбачено серед видів загальнообов'язкового державного соціального страхування і медичне страхування.

На розгляді Верховної Ради України перебувають декілька окремих проектів законів про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні (реєстр. № 4981 від 14.07.2016; реєстр. № 4981-1 від 18.07.2016; реєстр. № 4981-2 від 02.08.2016; реєстр. № 9163 від 04.10.2018). Водночас, на нашу думку, логічним було б доповнення Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23 вересня 1999 р. окремим розділом «Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», яким визначити: перелік осіб, які підлягають страхуванню; види

матеріального забезпечення; підстави та умови надання страхового забезпечення та інші положення реалізації прав у сфері соціального медичного страхування. Однак, який би шлях законодавець не обрав би у питанні впровадження соціального медичного страхування: прийняття нового акту або ж доповнення окремим розділом чинного Закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування», це цілком відповідатиме виконанню юридичних обов'язків щодо впровадження системи соціального медичного страхування в Україні.

Крім того, з метою забезпечення гарантованої державно безоплатної медичної допомоги на законодавчому рівні необхідно визначити базовий пакет надання медичних послуг, гарантованих державою, що в подальшому стане базовим для запровадження медичного страхування.

7. Поліпшення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, що передбачає:

- впровадження в практику формулярної системи забезпечення закладів охорони здоров'я лікарськими засобами і виробам медичного призначення;
- розширення переліку лікарських засобів і виробів медичного призначення, що відпускаються виключно за рецептом;
- запровадження диференційованого відшкодування вартості лікарських засобів і виробів медичного призначення для населення;
- забезпечення надходження в обіг високоякісних, ефективних та безпечних лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих та неякісних лікарських засобів і виробів медичного призначення;
- створення єдиної інформаційної бази про лікарські засоби і виробів медичного призначення, що перебувають у обігу.

Тому, з метою вдосконалення процедури державного забезпечення населення України базовим пакетом лікарських препаратів доцільним постає

питання створення державного реєстру цін на лікарські засоби, а на державному рівні запровадити систему фіксування цін на низку найбільш соціально важливих лікарських засобів з одночасним введенням державного замовлення на їх виробництво

8. Удосконалення системи профілактики захворювань, що включає:

- проведення диспансерного огляду населення відповідно до державного клінічного протоколу обстеження громадян;

- створення в містах, районах державних і комунальних підприємств – оздоровчих установ для надання послуг оздоровчого характеру за фіксованими цінами.

9. Удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги (медичних послуг), станом проведення експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності в закладах охорони здоров'я, якістю лікувально-діагностичного процесу, контролю за єдиною електронною системою реєстру листків непрацездатності (реєстру пацієнтів).

10. Удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає:

- перспективне планування та своєчасну підготовку й перепідготовку лікарів загальної практики/сімейної медицини;

- посилення соціального захисту працівників системи охорони здоров'я;

- запровадження підготовки менеджерів охорони здоров'я.

Дефіцит кадрових ресурсів в галузі охорони здоров'я є загальноновизнаною загрозою для досягнення пов'язаних зі здоров'ям цілей розвитку галузі. Тому спроби оптимізувати потенціал працівників охорони здоров'я має вирішальне значення. Більш раціональний розподіл завдань та обов'язків між кадрами медичних працівників розглядається в якості перспективної стратегії поліпшення доступу та підвищення ефективності витрат в рамках системи охорони здоров'я. Наприклад, доступ до медичної допомоги може бути розширено шляхом навчання та підключення медичних

працівників середньої ланки і непрофесійних працівників охорони здоров'я до виконання певних процедур, які в іншому випадку виконують тільки працівники, що мають більш тривалу (а іноді й більш спеціалізовану) підготовку. Такі стратегії перерозподілу обов'язків можуть бути особливо привабливими для нашої країни, оскільки на сьогодні не вистачає коштів для поліпшення доступу до медичної допомоги в короткостроковій перспективі.

На особливу увагу в рамках регулювання сферою вітчизняної охорони здоров'я населення вимагає розробка та вдосконалення механізмів ресурсного забезпечення процесів надання медичних послуг, оскільки в значній мірі від ресурсного забезпечення залежить ефективність надання медичної допомоги населенню. Ресурсне забезпечення процесів надання медичних послуг залежить від інтенсивності потоку пацієнтів в медичних установах, і цей показник постійно змінюється, а також залежить від різних умов, в тому числі від рівня захворюваності, медичної активності населення, економічної обстановки в регіонах. Все це актуалізує створення механізму планування й оптимального використання ресурсів процесу надання медичних послуг, що враховує показники потоків пацієнтів в закладах охорони здоров'я населення. Механізм планування та оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України розроблений на базі дискретно-подієвого моделювання.

В основі обслуговування населення в медичних установах лежить рух по заданій траєкторії потоків пацієнтів в рамках надання їм медичної допомоги. Основними групами показників, що характеризують дані потоки пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг є: - група показників інтенсивності потоків пацієнтів; - група показників, що характеризують персонал і ліжковий фонд медичних установ; - група показників, що характеризують очікування медичного обслуговування пацієнтами і черга в медичних установах; - група показників відмови в прийомі пацієнтів.

Розрахунок даних показників дозволяє вирішувати задачу оптимального планування та використання ресурсів процесу надання медичних послуг в медичних установах. Обсяг необхідних фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я частково залежить від інтенсивності потоків пацієнтів, визначається особливостями реалізації процесів первинної, вторинної та третинної профілактики, вартістю ресурсного забезпечення та реалізацією державних програм розвитку сфери охорони здоров'я.

При оптимізації фінансового забезпечення необхідно запровадити модель фінансового забезпечення державного регулювання системою охорони здоров'я, яка встановлює порічні темпи збільшення фінансування охорони здоров'я. На наш погляд, найбільш оптимальним буде термін в 5 років, з максимальними межами в 8–9 років. Тим самим можливо буде визначити настання періоду високорезультативної дії сфери охорони здоров'я і вихід системи з існуючої кризи.

Також необхідно законодавчо встановити перелік джерел для фінансового накопичення консолідованої порічної величини бюджетного обсягу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Такий обсяг включає в себе центральний бюджет, регіональний бюджет, обов'язкове і приватне страхування, пряму оплату за медичні послуги, податок на товари, шкідливі для здоров'я (тютюнові та алкогольні вироби), податок на підприємства, які забруднюють навколишнє середовище, а також спонсорські фонди.

З метою вирішення проблеми державного управління механізмом кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я, ми пропонуємо встановити стратегічну і поточну величину заробітної плати медичним працівникам, ґрунтуючись на сучасну вартість медицини і медичного праці, спираючись на досвід високорозвинених країн, з визначенням мінімального початкового рівня оплати праці, здатного вивести трудову мотивацію медичних

працівників з існуючої фінансової ями на гарантований рівень якісної діяльності.

Система охорони здоров'я України на даний час переживає системну кадрову кризу. Значний дефіцит кадрів відчутний перш за все в первинній ланці, особливо в сільській місцевості, де працює понад 20 % медичних працівників пенсійного віку і ще 20 % предпенсійного. Водночас спостерігається зростаюча та неконтрольована міграція медичного персоналу за кордон.

З огляду на вищезазначене в кадровій політиці передбачається: запровадити довгострокове прогнозування за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії і темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів; забезпечити підготовку та перепідготовку лікарів загальної практики - сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою; підвищити роль середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я, передавши йому ряд функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема наприклад, медичне обслуговування в лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання екстреної медичної допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних ділянок роботи для працівників фельдшерсько-акушерських пунктів; посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, перш за все на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо). Означені заходи, разом зі зміною системи оплати праці, дозволять знизити інтенсивність міграції медичних працівників.

Крім того, однією з перепон на шляху до реформування системи охорони здоров'я є проблема дефіциту відповідно підготовлених кадрів. Тому з метою підготовки професійного управлінського персоналу Міністерство освіти і науки України 04.08.2020 р. затвердило Стандарт вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування» галузі знань 28

«Публічне управління та адміністрування» для другого (магістерського) рівня вищої освіти.

11. Забезпечення розвитку державно-приватного партнерства (ДПП) в галузі охорони здоров'я, у тому числі шляхом реалізації інвестиційних проектів із залученням приватного капіталу та інших джерел фінансування. Міжнародна практика створення державно-приватного партнерства доводить, що ретельне вивчення різноманітних підходів, напрямків до впровадження партнерства у системі охорони здоров'я дає здійсненність розроблення численних моделей з розробки як простих інфраструктурних проектів в медичній галузі, так і в наданні немедичних послуг (комунальні, туристичні, будівництво та ін.). А також для впровадження складних (гібридних) інтегрованих моделей, в рамках яких передбачено передача певної частини державних функцій приватному партнеру (переоснащення, наукові дослідження тощо). Державно-приватне партнерство для України поки ще новий інституційний інструмент.

Використання ДПП-проектів у медичній галузі, згідно з даними Європейського інвестиційного банку, в більшій мірі спрямовані на розвинення інфраструктури закладів охорони здоров'я та формування надання якісних медичних послуг фахівцями. Тому, в більшості об'єктами є потужні багатoproфільні лікарні, які мають у своїй структурі високотехнологічні підрозділи.

Формами здійснення проектів ДПП можуть бути концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування – кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством. Так, наприклад, об'єкти охорони здоров'я перебувають у вкрай жалюгідному стані: обладнання застаріло, руйнуватися сама будівля, койко-місць не вистачає тощо. Можна застосовуючи механізм концесії залучити приватну компанію в якості інвестора, генерального підрядника або як керуючого цим об'єктом.

Інвестор здійснить реконструкцію і капітальний ремонт будівлі медичного центру, всіх приміщень, які перебувають у жалюгідному стані, а також оснастить всім необхідним обладнанням. Реалізація такого проекту дозволить придбати сучасне обладнання і налагодити якісне обслуговування населення. При цьому можна зберегти обсяг безкоштовної медичної допомоги громадянам. Звичайно, частина доходу від платних послуг піде і в кишеню інвестора.

Для розвитку форм ДПП в охороні здоров'я важливо уявляти, хто може виступати в якості інвестора. Як правило, великим потенціалом для участі в партнерстві володіють фінансово-промислові групи, у складі яких є діюча медичний напрям. У таких потенційних партнерів є декілька переваг:

- медичне минуле і сьогодення та бажання розвиватися в цьому напрямку;
- фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проекту, так і отримати певний синергетичний ефект від взаємодії;
- репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі - одним з системних механізмів реформування національної охорони здоров'я.

У вигляді особливої актуальності даної форми взаємодії держави і бізнесу необхідно сформувати повноцінне партнерство держави і бізнесу, де взаємодія механізмів державного управління які об'єднанні у концесійне партнерство, буде виступати як ефективний механізм інтеграції державних і приватних ресурсів та їх джерел.

Так, О. Мартякова, І. Трикоз вважають, що структурна трансформація напрямків діяльності у сфері охорони здоров'я між державою, приватним сектором та державно-приватним партнерством може бути здійснена наступним чином [106, с. 24]:

1. Виробнича сфера СОЗ:

а) Приватний сектор: фармацевтика; медичне обладнання, устаткування, інструменти та засоби медичного призначення; допоміжні матеріали медичного призначення (меблі, медичний одяг тощо).

б) ДПП: фармацевтика; медичне обладнання, устаткування, інструменти та засоби медичного призначення; реконструкція та ремонтно-будівні роботи медичних закладів та споруд.

2. Невиробнича сфера СОЗ:

а) Приватний сектор: аптечний бізнес; спеціалізовані ЗМІ (медичного профілю); нетрадиційна та народна медицина; первинна медицина (приватні медичні кабінети, інститут сімейного лікаря); вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медицина (діагностика, лікування у приватній практиці); організації медичного страхування; медичні фірми-посередники і консультанти.

б) ДПП: вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медицина (діагностика, лікування); санаторно-курортні послуги (оздоровлення та реабілітація); медичні дослідження, наука, освіта (створення Інституту підготовки управлінських кадрів для СОЗ на базі медичної освіти); профілактика (спорт, відпочинок у дитячих таборах, фізкультура, "зелений" туризм).

в) Державний сектор: донорська служба; первинна (медико-санітарна допомога, інститут сімейного лікаря), екстрена та медицина катастроф; медичне забезпечення оздоровлення дітей, вагітних, пенсіонерів та інвалідів; санаторно-курортне оздоровлення після складних операції та захворювань (реабілітація); контроль та управління СОЗ [106, с. 24].

Таким чином, проведений аналіз очікуваних результатів свідчить про те, що реалізація реформ системи охорони здоров'я буде успішною за умови зміни системи оплати праці, що дозволить знизити інтенсивність міграції

медичних працівників; зменшення дефіциту управлінських кадрів та залучення значних додаткових коштів.

Ураховуючи обмеженість можливостей української держави в період проведення економічних реформ, надзвичайно актуальним питанням є пошук нових форм державного регулювання, які дозволили б залучити до процесу реформування галузі охорони здоров'я значні позабюджетні кошти. На наш погляд оптимальним шляхом вирішення зазначеної проблеми є широке впровадження державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я України.

Висновки до Розділу 3

1) Вивчаючи проблеми державного управління у сфері охорони здоров'я України виявлені пандемією COVID-19 було визначено, що найбільш важливим моментом сьогодні є виведення України з кризового стану системи охорони здоров'я. Серед основних проблем впровадження механізмів державного управління охорони здоров'я населення України можна визначити наступні:

- недосконалість системи фінансування;
- застаріла інфраструктура;
- відсутність законодавчого регулювання відповідно потребам і запитам сучасного суспільства;
- застаріла стандартизація – єдині стандарти медичних процедур практично відсутні, або не підкріплені серйозними дослідженнями;
- низькі зарплати лікарів і відтік фахівців за кордон;
- обмежений доступ до медичної допомоги – низький рівень забезпечення медичними послугами у селах.

2) Запропоновані напрями удосконалення механізмів державного управління системою охорони здоров'я України, а саме:

- 1) Створення умов для реформування системи охорони здоров'я
 - розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги;
 - визначення особливостей фінансування закладів охорони здоров'я, які надають первинну та вторинну допомогу;
 - визначення на законодавчому рівні гарантованого обсягу надання безоплатної медичної допомоги та переліку платних послуг у сфері охорони здоров'я;

- затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.

2) Проведення структурної реорганізації галузі

- створення центрів первинної медико-санітарної допомоги;
- створення госпітальних округів;
- реорганізація системи надання швидкої медичної допомоги.

3) Визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам, що передбачає надання державним і комунальним закладам охорони здоров'я

4) Надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я

5) Удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я за принципом оплати фактично наданих послуг з урахуванням потреб населення

6) Запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування.

7) Забезпечення розвитку державно-приватного партнерства (ДПП) в галузі охорони здоров'я

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати проведеного дослідження можна зробити наступні висновки.

1. Досліджено сутність поняття механізмів державного управління. Виявлено, що у сфері охорони здоров'я функціонують механізми державного управління відповідно до існуючої класифікації на сучасному етапі розвитку управлінської науки.

Аналіз наукової літератури, з питань державного управління охороною здоров'я, надав можливість у рамках дослідження сформулювати визначення поняття «механізм державного управління у сфері охорони здоров'я» – це система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління (суспільні відносини та відносини між різними органами держави й між медичними закладами) з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням та спрямована на створення сучасної системи охорони здоров'я шляхом належного рівня надання медичних послуг.

2. Наголошено, що механізми державного управління у сфері охорони здоров'я на основі цілеспрямованого впливу повинні забезпечувати суб'єктно-об'єктну взаємодію системи охорони здоров'я, чітку зважену координацію управлінських рішень, упорядковувати відносини і зв'язки людей у процесі надання медичної допомоги в Україні. На підставі аналізу механізмів державного управління (нормативно-правових, організаційно-діяльнісних, фінансово-економічних, інформаційних, соціально-економічних, мотиваційних тощо) визначено, що їх розвиток орієнтовано на системні та регулярні нововведення в управлінні системою охорони здоров'я, що змінюються під впливом сучасних тенденцій розвитку суспільства,

створюючи належні умови для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, забезпечуючи спадкоємність минулих напрацювань, впроваджуючи гнучкий управлінський процес.

3. Механізми державного управління системи охорони здоров'я в різних країнах не відповідають якомусь єдиному зразку. Система охорони здоров'я в кожній країні — це продукт її унікальних умов, історії, політичного життя і національного характеру. Принципи організації цих систем варіюють від «керованої конкуренції» в Нідерландах і Швейцарії до жорсткої структури за принципом єдиного платника у Великобританії, Канаді та Норвегії і безлічі проміжних варіантів. Здійснений аналіз передових світових практик показав, що державне управління системи охорони здоров'я економічно розвинених країн базуються на таких основних елементах господарської діяльності, як: страхова медицина, державна територіальна медицина, медична діяльність громадських організацій. При цьому виділяються країни з чітко вираженими ринковими принципами діяльності (США); країни, що використовують елементи планового регулювання (країни Західної Європи); країни з впливом традицій (Японія). Проте, існуючі загальносвітові тенденції розвитку сфери охорони здоров'я дають змогу зробити такі висновки:

- модель управління охороною здоров'я практично кожної країни передбачає наявність елементів обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування, приватної медицини і бюджетного фінансування, які наявні в різних країнах у різних пропорціях;
- сучасна система економічних відносин в охороні здоров'я не дає можливості повністю гарантувати доступність і відповідні стандарти якості медичної допомоги всім категоріям громадян;
- незважаючи на те, що в країнах із високорозвиненою економікою витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 6-7% ВВП, а це на порядок більше, ніж в Україні, в жодній країні не гарантується безкоштовність усіх видів медичної допомоги всім громадянам;

- факт наявності медичного страхування не означає повного доступу до послуг охорони здоров'я;
- спостерігається тенденція зростання витрат на систему охорони здоров'я майже в кожній країні, що, у свою чергу, призводить до дефіциту бюджету, а також непопулярних реформ – підвищення податків та зменшення кількості соціальних пільг;
- найбільш ефективною система охорони здоров'я є у країнах, де спостерігається відхід від централізованого державного управління процесом і робиться акцент на ринкові ціни, конкурентоспроможність, поділ витрат і існування свободи вибору для пацієнта.

4. Визначено, що державне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди: 1) 1991–2000 рр., 2000–2010 рр.; 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу. З'ясовано, що докорінний процес трансформації системи охорони здоров'я, сформованої на принципах моделі Семашко, розпочався з 2015 року після прийняття Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. На базі стратегії Міністерство охорони здоров'я розробило також Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я та законопроекти, що запустили реформу української медицини. Встановлено, що основною метою трансформації державного управління системою охорони здоров'я є забезпечення громадян України рівного доступу до якісних медичних послуг, та в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт.

5. Досліджено основні зміни державного управління системою охорони здоров'я України та визначено ключові результати медичної реформи, якими є:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», тобто держава платить лікарням та лікарям за надані конкретним пацієнтам медичні послуги;

- запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я;
- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги - певного обсягу медичних послуг та лікарських засобів, які держава зобов'язується оплачувати за заздалегідь встановленими тарифами. Тарифи кожного року будуть затверджуватись урядом;
- створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;
- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;
- автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health);
- впровадження оплати праці за обсяги та якість роботи.

6. Пандемія COVID-19 викрила реальний стан медичної галузі України та всієї системи державного управління у сфері охорони здоров'я, що дає змогу акцентувати увагу на головних проблемах галузі, а саме:

- в рамках програми медичних гарантів покривається лише частина медичних послуг, їх вартість занижена, в результаті чого лікарі недоотримують заробітну плату;
- стан матеріально-технічної бази медичних закладів потребує значних фінансових капіталовкладень;
- тарифи на медичні послуги – виявилися несправедливими та не відповідають реаліям життя;
- основний тягар під час пандемії взяло на себе місцеве самоврядування;
- епідеміологічний нагляд, інфекційний контроль і безпека, внутрішньо-лікарняне інфікуванням досі залишаються проблемними.

7. Визначено пріоритетні шляхи реформування сфери охорони здоров'я в Україні: створення умов для реформування системи охорони здоров'я;

визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам; надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я; врегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування; поліпшення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення; удосконалення системи профілактики захворювань; удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги; удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я» забезпечення розвитку державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я; залучення громадськості та науковців до процесів реформування системи охорони здоров'я тощо. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я повинен стати одним з актуальних напрямків в розвитку реформування галузі.

8. Отже, попереду на країну чекає болючий процес одужання вітчизняної системи охорони здоров'я. І, враховуючи, що глобальною проблемою в Україні й надалі залишається відсутність єдиної політичної волі та бачення вектора шляху розвитку нашої медичної галузі як органами центральної законодавчої і виконавчої влади, так і органами місцевого самоврядування, то можна говорити, що шлях реформуваль у сфері охорони здоров'я буде тернистим і для позитивних зрушень нам будуть потрібні час і терпіння.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015–2020 роки. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення 15.05.2020).
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт.: упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
3. Вовк С. М. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С.11–14.
4. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я: монографія. Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. 312 с.
5. Карамішев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): монографія. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.
6. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. 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 ІІ Всеукр. наук.-практ. Конф. 17-18.04. 2008 р. Львів, 2008. С.129–136.
7. Карамішев Д. В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2007. 36 с.

8. Карамишев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Вид-во ХарРІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.
9. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2 (26). С. 84-88.
10. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробки впроваджень у сфері державного управління). Зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.
11. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: дис... д-ра наук: 25.00.02. / Класич. приват. ун-т. Запоріжжя, 2009. 469 с.
12. Нижник Н. Р., Машков О. А. Системний підхід в організації державного управління. Київ: Вид-во УАДУ, 1998. 160 с.
13. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2005. № 1. С. 114–130.
14. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізм державного управління: сутність і зміст. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.
15. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. 2012. № 1 (6). С.59–63.
16. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №1(21). С.95–100.
17. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.

18. Вовк С.М. Принципи організації інноваційного управління охороною здоров'я на основі державно-приватного партнерства. *Współpraca UE-Ukraina: Trendy gospodarcze Zbiyr prac naukowych „Współpraca UE-Ukraina: Trendy gospodarcze”*. Ekonomiczne nauki. Warszawa, 2014. Str. 39–44.
19. Вовк С.М. Умови для розвитку контрактних конструкцій в охороні здоров'я України. *Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2017. Вип. 2 (57). С. 60-65.*
20. Вовк С.М. Інституційна трансформація сучасних механізмів державного управління охороною здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України: зб.наук.пр. Х.: Вид-вл НУЦЗУ. 2017.т- Вип. 2(70)т. 496с. С. 208-216 (Серія «Державне управління»).*
21. Гойда Н. Г., Курділь Н. В., Вороненко В. В. Нормативно-правове забезпечення державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України. *Запорізький медичний журнал. 2013. № 5 (80). с. 104–108.*
22. Герасименко Н. Ф. Негосударственный сектор здравоохранения: социально-экономические и медико-правовые аспекты. *Экономика здравоохранения. 2002. № 5. 6. С. 8–12.*
23. Євсєєва О.О. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я регіону. *Бізнесінформ. 2013. № 2. С.94–100.*
24. Курділь Н.В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я України: перспективи швидкого розвитку інфраструктури закладів екстреної медичної допомоги. *Журнал «Медицина неотложных состояний». № 2(49).* URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35542> (дата звернення: 17.05.2020).
25. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення / за заг. ред. З. М. Митника. Київ: 2010. 107 с.
26. Слабкий, Г. О. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування. *Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2-3. С. 176–181.*

27. Солоненко Н. Д. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб. *Державне управління в Україні: реалії та перспективи*: зб. наук. пр. НАДУ, 2005. С. 424–431.
28. Фуртак І. І. Механізми державного управління охороною здоров'я в Україні. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку* : матеріали І Всеукраїнської наук.-практ. конф., 19 – 20 квіт. 2007 р. Львів, 2007. С. 318–323.
29. Шутов М. М., Слабкий Г. О., Вовк С. М. Впровадження регіонального державно-приватного партнерства в охорону здоров'я. *Сучасні наукові дослідження представників медичної науки прогрес медицини майбутнього*: зб. тез наук. робіт уч. міжн. наук.-практ. конф. Київ, 2014. С.82–84.
30. Шутов М. М., Бурега В. В., Вовк С.М. Регенерація населення України: сценарій майбутнього: монографія. Донецьк: ВИК, 2010. 205с.
31. Думанский Ю. В., Шутов М. М., Лобас В. М., Вовк С. М. Современное состояние систем здравоохранения мира: монографія. Донецьк: ВИК, 2013. 367 с.
32. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг: ДДУУ: Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
33. Бакуменко В. Д., Надолішній П. І. Теоретичні та організаційні засади державного управління: навч. посіб. Київ: Міленіум, 2003. С. 15–16.
34. Гурне Б. Державне управління / Б. Гурне; пер. з фр. В. Шовкуна. Київ: Основи, 1993. 165 с.
35. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ - Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
36. Кравченко О. М. Теоретичні підходи до визначення поняття «механізм державного управління». *Державне управління: удосконалення та*

розвиток. 2009. № 3. URL:<http://www.dy.nayka.com.ua/?operation=1&iid=56>.
(дата звернення: 18.05.2020).

37. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління. *Демократичне врядування*. 2008. № 1. URL:http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeVr/2008-01/O_Fedorchak.pdf. (дата звернення: 18.05.2020).

38. Овчаренко В. А. Анализ понятия «механизм государственного управления». *Государственное управление*. 2011. № 2. URL:http://www.rusnauka.com/22_PNR_2011/Gosupravlenie/2_90998.doc.htm.
(дата звернення: 18.05.2020).

39. Древаль Ю. Д. Механізми державного управління як наукова проблема. *Державне будівництво*. 2009. № 2. URL:http://nbuv.gov.ua/j-pdf/DeVu_2009_2_4.pdf. (дата звернення: 18.05.2020).

40. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления. М.:Юрид. л-ра, 1997. 400 с.

41. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізми державного управління: сутність і зміст. Львів: ЛІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

42. Бакуменко В. Д., Безносенко Д. О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами: наук.-досл. робота. URL:<http://www.nara-eurostudies.org.ua/2-2.rtf> (дата звернення: 19.05.2020).

43. Юзьков Л. П. Государственное управление в политической системе развитого социализма. Київ: Вища школа. 1983. 155 с.

44. Д. Ф. Дуков Аналіз сутності поняття «механізм державного управління» та побудова його узагальненого визначення. URL:<http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/apdu/2015-1/doc/1/05.pdf> (дата звернення: 21.05.2020).

45. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробокі впроваджень у сфері державного управління). Зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.
46. Мельник А. Ф. Державне управління / за ред. А. Ф. Мельник. – К. : Знання-Прес, 2003. 343 с.
47. Мартякова О. В., Трикоз І. В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2015. № 4 (32). с. 23-30.
48. Державне управління: Словник-довідник / За заг. ред.. В.М. Князева, В.Д. Бакуменка. Київ: Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
49. Бас-Юрчишин, М. А. (2015). SWOT-аналіз ринку медичного страхування в Україні. *Молодий вчений*. № 2 (17), с. 923–927.
50. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: закон України від 06 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 11.06.2020)
51. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 11.06.2020)
52. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 11.06.2020)
53. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2017 р. № 113-р URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page> (дата звернення: 11.06.2020)
54. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. С. 19.

55. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» : Указ Президента України станом на 09.02.2016. № 42/2016 / Офіц. інтернет-представництво. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/> (дата звернення: 14.06.2020).

56. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF> (дата звернення: 16.06.2020).

57. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18> (дата звернення: 16.06.2020).

58. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 504. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18> (дата звернення: 16.06.2020).

59. Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати змін. URL: https://espreso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovidi (дата звернення: 07.07.2020).

60. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України №411 від 25.04.2018 р. URL:<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 07.07.2020).

61. Романюк Дана. Особливості британської системи охорони здоров'я: погляд зблизька. URL:<https://www.vz.kiev.ua/osoblyvosti-brytanskoji-systemy-ohorony-zdorov-ya-poglyad-zblyzka/> (дата звернення: 10.07.2020).

62. Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2013. №15(1). С. 1–179.
63. Система охорони здоров'я Італії. URL:<http://msvitu.com/archive/2013/december/article-10.php> (дата звернення: 12.07.2020).
64. Норвезька рада охорони здоров'я. URL:<http://www.helsetilsynet.no/no/Norwegian-Board-of-Health-Supervision/Introduction/> (дата звернення: 13.07.2020).
65. Клименко О. В. Система охорони здоров'я та медичне страхування у Франції. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. № 10. С. 69-71.
66. Ікегамі Н. Японія. Система охорони здоров'я Міжнародної енциклопедії охорони здоров'я. 2008. Вип. 4. URL:http://siteresources.worldbank.org/CHINAEXTN/Resources/Japan_Health_care.pdf (дата звернення: 15.07.2020).
67. Степанова О. В. Обов'язкове медичне страхування як фактор фінансової стійкості охорони здоров'я в Україні. *Ефективна економіка*. 2015. № 11 URL:<http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=4578> (дата звернення: 15.07.2020).
68. Порівняльний аналіз систем охорони здоров'я малих країн Європи. URL:<http://msvitu.com/archive/2014/february/article-10.php> (дата звернення: 19.07.2020).
69. Порівняння системи охорони здоров'я Канади і США: враження практикуючого лікаря. URL:<http://msvitu.com/archive/2006/april/article-9.php> (дата звернення: 19.07.2020).
70. Система охорони здоров'я Південної Кореї. URL:<https://mzz.com.ua/sistema-okhoroni-zdorovya-pivnichno%D1%97-kore%D1%97.html> (дата звернення: 20.07.2020).
71. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи

системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99-105. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2013_4_19. (дата звернення: 22.07.2020).

72. . Лехан В.М, Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С.5-11.

73. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В. М. Лехан, Н. М. Лакізи-Сачук, В. М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.

74. Надута Г. Н., Надутий К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (6 – 7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ, Полтавська область). Кременчук: Вид-во «Християнська зоря», 2004. С. 61-66.

75. Малагардіс А., Рудий В. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях. Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні». Посібник №7. Київ, 2007. 61 с.

76. Рудий В. М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис... канд. наук з держ. управління : 25.00.02. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2006. 20 с.

77. Програма економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президентові України 2010. 87 с. URL: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>. (дата звернення: 27.07.2020).

78. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. №1. С. 5-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3. (дата звернення: 28.07.2020).

79. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 р. №3612-VI. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3612-17>.

80. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. №3 (спецвипуск). С. 67-86. <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Ukraina.Zdorovja%20nacii/2015-3-si.pdf> (дата звернення: 02.08.2020).

81. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689> (дата звернення: 05.08.2020).

82. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». К.: НІСД, 2017. С. 388–392.

83. Про Державний бюджет України на 2015 рік: Закон України від 28 грудня 2014 р. № 80-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/80-19> (дата звернення: 12.08.2020).

84. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF> (дата звернення: 12.08.2020).

85. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427. URL:http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html. (дата звернення: 12.08.2020).

86. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL:<http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>. (дата звернення: 12.08.2018).

87. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL:http://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf

88. Бюджетний кодекс: Закон України від 8 липня 2010 р. № 2456-VI. Редакція від 01.01.2018. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/en/2456-17>. (дата звернення: 14.08.2020).

89. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. №1101. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>. (дата звернення: 15.08.2020).

90. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL:<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>. (дата звернення: 20.08.2020).

91. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення:

Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>. (дата звернення: 22.08.2020).

92. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407. URL:<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/407-2018-%D0%BF>.

93. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL:<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF>.

94. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. URL:<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.

95. Деякі питання створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1074. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 25.08.2020).

96. Примірне положення про госпітальний округ: Наказ МОЗ України від 20.02.2017 р. №165. У редакції наказу МОЗ від 18.12.2017 р. №1621. http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf (дата звернення: 26.08.2020).

97. Рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів. URL:<https://www.apteka.ua/article/410502> (дата звернення: 26.08.2020).

98. Медики оцінюють готовність системи охорони здоров'я до умов пандемії на 2 бали з 5 можливих – дослідження. URL:<https://uacrisis.org/uk/medyky-otsinyuyut-gotovnist-systemy-ohorony->

z-dorov-ya-do-umov-pandemiyi-na-2-baly-z-5-mozhlyvyh-doslidzhennya (дата звернення: 03.09.2020).

99. Конституція України: Закон від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. Редакція від 30.09.2016 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/page4>. (дата звернення: 12.09.2020).

100. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF>. (дата звернення: 14.09.2020).

101. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html. (дата звернення: 14.09.2020).

102. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>. (дата звернення: 14.09.2020).

103. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі. URL: http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=4878:dru-gij-etap-medichnoji-reformi-v-ukrajini-ne-na-chasi&catid=71&Itemid=382 (дата звернення: 15.09.2020).

104. Ястребова І. Цели устойчивого развития на фоне украинской бедности. URL: <http://www.niknews.mk.ua/2016/07/06/tseli-ustojchivogo-razvitia-na-fone-ukrainskoj-bednosti/> (дата звернення: 18.09.2020).

105. Концепція соціального забезпечення населення України: Постанова Верховної Ради України № 3758-XII від 21.12.1993.

URL:<http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3758-12?find=1&text=%EC%E5%E4%E8%F7%ED#w13> (дата звернення: 22.09.2020).

106. Мартякова О. В., Трикоз І. В. Перспективи модернізації охорони здоров'я. Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2015. № 4 (32). с. 23-30.