

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Державна політика та публічне управління

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Форма навчання: заочна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему «Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС:
досвід та перспективи для України»

здобувача **Стеця Івана Васильвича**

_____ (підпис)

Науковий керівник: **д.філософ.п.у.а. Карпенко Юлія Василівна**

_____ (підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри:

доктор наук з державного управління, професор, Карпенко О.В.

_____ (підпис)

Київ 2023

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

Факультет економіки та управління

Кафедра національної економіки та публічного управління

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА

Державна політика та публічне управління

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

ПОГОДЖЕНО

Керівник проєктної групи (гарант)
освітньо-професійної програми

Т.В. Запорожець

(підпис)

_____ 2023 р.

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

О. В. Карпенко

(підпис)

_____ 2023 р.

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ

**здобувачу вищої освіти Стецю Івану Васильовичу
заочної форми навчання**

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

**на тему «Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід та перспективи
для України»**

Тему затверджено наказом ректора Університету від «23» жовтня 2023р. № 1960ст

**Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах Міністерства охорони
здоров'я України, Національної служби здоров'я України.**

План кваліфікаційної магістерської роботи

Розділ 1	Зарубіжний досвід державного управління в галузі охорони здоров'я.
Розділ 2	Аналіз державної політики та державного управління з перебудови галузі охорони здоров'я.
Розділ 3	Перспективи розвитку системи державного управління охороною здоров'я в Україні в умовах європейської інтеграції.
Об'єкт дослідження:	Системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу.
Предмет дослідження:	Розвиток державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу.
Мета кваліфікаційної магістерської роботи:	Наукове обґрунтування принципів побудови, аналізу та механізмів державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу і визначення шляхів та можливості адаптації позитивного європейського досвіду для оптимізації державного управління охороною здоров'я України.

Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:

1. Визначити роль та функції державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС
2. Проаналізувати Європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я з точки зору прав пацієнта
3. Визначити сучасні стратегії та підходи, які використовують країни ЄС для управління системами охорони здоров'я.
4. Провести аналіз результативності систем охорони здоров'я в контексті впроваджених стратегій державного управління.
5. Розглянути можливості та обмеження застосування досвіду ЄС для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні.
6. Запропонувати конкретні рекомендації для впровадження перспективних елементів зарубіжного досвіду в українську систему державного управління охороною здоров'я.

Завдання підготував
науковий керівник

_____ Ю.В. Карпенко
(підпис)

«_____» _____ 2023р.

Завдання одержав
здобувач

_____ І.В. Стець
(підпис)

«_____» _____ 2023р.

Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 89 сторінки, 1 таблицю, 1 рисунок, список використаних джерел з 63 найменувань.

«Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід та перспективи для України»

Об'єктом дослідження кваліфікаційної магістерської роботи є системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу.

Предметом дослідження є розвиток державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу.

Мета і завдання дослідження. Наукове обґрунтування принципів побудови, аналізу та механізмів державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу і визначення шляхів та можливості адаптації позитивного європейського досвіду для оптимізації державного управління охороною здоров'я України.

Відповідно до поставленої мети визначені такі *завдання*:

1. Визначити роль та функції державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС
2. Проаналізувати Європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я з точки зору прав пацієнта
3. Визначити сучасні стратегії та підходи, які використовують країни ЄС для управління системами охорони здоров'я.
4. Провести аналіз результативності систем охорони здоров'я в контексті впроваджених стратегій державного управління.
5. Розглянути можливості та обмеження застосування досвіду ЄС для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні.
6. Запропонувати конкретні рекомендації для впровадження перспективних елементів зарубіжного досвіду в українську систему державного управління охороною здоров'я.

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Під час дослідження було проведено глибокий аналіз державного управління в галузі охорони здоров'я в країнах ЄС. Теоретична значущість отриманих результатів полягає у систематизації та узагальненні зарубіжного досвіду, що сприяє розкриттю принципів та особливостей ефективного управління системою охорони здоров'я.

Практичні результати дослідження полягають у виробленні конкретних пропозицій щодо удосконалення системи державного управління охороною здоров'я в Україні. Зокрема, аналіз державної політики перебудови галузі та механізмів державного управління надає можливість визначити та рекомендувати ефективні стратегії реформування.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2023. Рік захисту роботи – 2023.

Ключові слова: «державне управління», «державна політика», «система охорони здоров'я», «здоров'я населення», «реформування», «європейський союз», «євроінтеграція, соціальне

В і д г у к
про кваліфікаційну магістерську роботу
здобувача факультету економіки та управління
освітньо-професійної програми
«Державна політика та публічне управління»
Стеця І.В.

на тему «Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід
та перспективи для України»

1. **Актуальність теми:** Сучасні виклики в галузі охорони здоров'я в Україні, такі як новітні технології, дефіцит фінансування та децентралізація управління є надзвичайно актуальними. В цих умовах вивчення європейського досвіду та адаптація його принципів для оптимізації системи управління охороною здоров'я в Україні є надзвичайно важливим для реформування системи охорони здоров'я та формування ефективної державної політики у цій галузі.

2. **Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи:** Проведено глибокий аналіз європейського досвіду управління охороною здоров'я. Досліджено на високому рівні актуальні проблеми медичної галузі в Україні, а також визначено конкретні завдання та можливості для подальшого вдосконалення державної політики у цій сфері.

3. **Наявність самостійних розробок автора:** Автор виявив високий рівень самостійності, провівши глибокий аналіз державної політики та механізмів перебудови галузі охорони здоров'я в Україні. Робота містить цінні самостійні висновки та рекомендації для подальшого розвитку системи управління охороною здоров'я в контексті європейської інтеграції.

4. **Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій:** Здійснено якісне наукове обґрунтування теоретичних засад державного управління в охороні здоров'я за кордоном та європейської правотворчості у цій сфері. Розроблено практичні рекомендації для реформування управління охороною здоров'я в Україні з фокусом на стратегічних аспектах та європейській інтеграції.

5. **Наявність недоліків:** робота містить деякі синтаксичні та стилістичні неточності, окрім того деякі терміни потребують додаткових уточнень для їх більш повного розуміння.

6. **Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК:** Дослідження виконано самостійно, якісно та вчасно, з дотриманням установлених вимог. Зміст роботи відповідає індивідуальному плану. Широкий діапазон актуальних питань, елементи наукової новизни і практична цінність дослідження дозволяють зробити висновок, що магістерська робота Стеця Івана Васильовича на тему «Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід та перспективи для України» виконана на достатньому науково-теоретичному рівні та відповідає кваліфікації «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», а її автор заслуговує на оцінку «добре».

**Науковий керівник: доктор філософії публічного управління
та адміністрування**

«___» _____ 2023р. _____ **Ю.В. Карпенко**
(підпис)

Рецензія

на кваліфікаційну магістерську роботу здобувача вищої освіти

Стеця Івана Васильовича

на тему: «*Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід та перспективи для України*»

Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи і доцільність її розроблення обумовлені проблематикою пошуку оптимальних моделей державного управління системою охорони здоров'я. Зростання потреб пацієнтів, впровадження новітніх технологій та дефіцит фінансування галузі створюють виклики, які вимагають серйозного вивчення та розробки нових стратегій. Глибокий аналіз принципів управління охороною здоров'я в країнах ЄС з метою адаптації цього досвіду для України є важливим завданням у контексті пошуку ефективних рішень для підвищення рівня медичної допомоги населенню. Усі аспекти роботи впливатимуть на формування стратегії розвитку системи управління охороною здоров'я на сучасному етапі.

Якість проведеного дослідження. Дослідження, виконане автором, відповідає основним напрямкам наукових досліджень кафедри національної економіки та публічного управління. Автор застосував здобуті під час навчання теоретичні й практичні знання, вміння та навички в галузі публічного управління та адміністрування для вирішення конкретних практичних завдань.

Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи виявлені у використанні різноманітних підходів та методів наукового дослідження для вирішення поставлених завдань. Автор використав системний комплекс загальнонаукових і спеціальних підходів та методів, враховуючи сучасні теоретичні підходи, що базуються на філософії діалектичного розвитку національних цінностей. Вивчення стану досліджуваної проблеми здійснено за допомогою методів, що використовують принципи наукового мислення, такі як індукція й дедукція, аналіз і синтез, порівняння та спостереження.

Зауваження. Текст магістерської роботи відповідає встановленим вимогам, але деякі концепції автора потребують додаткового пояснення.

Магістерська робота *Стеця Івана Васильовича* на тему «*Державне управління охороною здоров'я в країнах ЄС: досвід та перспективи для України*» відповідає вимогам, які висуваються до дипломних робіт на здобуття кваліфікації магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», може бути допущена до захисту перед ЕК та заслуговує на оцінку «добре».

Рецензент:

Заступник начальника управління –
начальник 2 відділу 3 управління
Департаменту захисту інформації
Адміністрації Держспецзв'язку,
доктор філософії з публічного управління
та адміністрування



Віталій ГАВРИЛЯК

04.12.2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Державне управління охороною здоров'я в зарубіжній фаховій літературі	10
1.2. Європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я: права пацієнта.....	20
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ 3 ПЕРЕБУДОВИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	29
2.1. Аналіз державної політики перебудови галузі охорони здоров'я	29
2.2. Механізми державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я.....	35
2.3. Здоров'я населення – інтегрований показник суспільного розвитку держави	42
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ	50
3.1. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб	50
3.2. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	62
3.3. Удосконалення управління охороною здоров'я через залучення громадськості до процесу вироблення політики	70
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;
грн. – гривня;
ЕМД – ефективність медичної допомоги;
ЄС – Європейський Союз;
ЗЯМД – забезпечення якості медичної допомоги;
КМУ – Кабінет Міністрів України;
ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади;
ЛПГУ – лікувально-профілактична установа;
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я;
ООН – Організація Об'єднаних Націй;
ПМСД – первинна медико-санітарна допомога;
СМЗ – система медичного забезпечення;
СМС – система медичного страхування;
ІПР – Індекс людського розвитку

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному світі охорона здоров'я є однією з найважливіших сфер державного управління, яка безпосередньо впливає на якість та доступність медичних послуг для населення. Кожна країна має свій власний підхід до організації та функціонування системи охорони здоров'я, враховуючи свої специфічні умови та потреби населення. Країни Європейського Союзу (ЄС) є яскравим прикладом впровадження ефективних та успішних моделей державного управління охороною здоров'я. Завдяки сукупності своїх зусиль та стратегічному підходу до забезпечення найвищого рівня медичної допомоги громадянам, країни ЄС досягли значних результатів у покращенні стану здоров'я свого населення. Україна, як країна, що прагне до інтеграції до європейського співтовариства, має великий потенціал для використання позитивного досвіду державного управління охороною здоров'я в країнах ЄС. Впровадження ефективних та передових практик забезпечення доступної та якісної медичної допомоги може суттєво покращити стан здоров'я українського населення та забезпечити сталий розвиток національної системи охорони здоров'я.

Актуальність теми значною мірою зумовлюється й необхідністю знаходження нових шляхів забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню України з огляду на появу новітніх технологій, дефіцит фінансування галузі, зростання потреб пацієнтів у якісній медичній допомозі, децентралізацію управління, переходу до ринкових відносин.

В Україні інтенсивно проводиться пошук нових моделей раціонального функціонування національної системи охорони здоров'я [5, 6]. Насамперед це пов'язано з потребою покращення стану здоров'я населення та задоволення потреб у забезпеченні належного рівня медичної допомоги.

Природно, що в умовах обмеженого фінансування все це можна

досягнути лише при функціонуванні відповідних важелів державного управління, що дозволить створити ефективний баланс економічних, організаційних та правових заходів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. При викладенні матеріалу використовувались праці зарубіжних та вітчизняних вчених Салтман Р.Б., Фигейрас Дж., Бойцун М., Берман П., Гладун З.С., Завгородній В.В., Лехан В.М., Лакіза-Сачук КВ., Войцехівський В.М., Волос Б.О., Вашев О.Є., Немченко А.С., Жаліло Л.І., Солоненко І.М., Кунгурцев О.В., Радиш Я.Ф., Рудий В.М., 21. Журавель В., Колтунов О., Мегедь В., Черномаз В. та інші.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є наукове обґрунтування принципів побудови, аналізу та механізмів державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу і визначення шляхів та можливості адаптації позитивного європейського досвіду для оптимізації державного управління охороною здоров'я України.

Для досягнення мети пропонується вирішення наступних завдань:

- визначити роль та функції державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС;
- проаналізувати Європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я з точки зору прав пацієнта;
- визначити сучасні стратегії та підходи, які використовують країни ЄС для управління системами охорони здоров'я;
- провести аналіз результативності систем охорони здоров'я в контексті впроваджених стратегій державного управління;
- розглянути можливості та обмеження застосування досвіду ЄС для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні;
- запропонувати конкретні рекомендації для впровадження перспективних елементів зарубіжного досвіду в українську систему державного управління охороною здоров'я.

Об'єкт дослідження – системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу.

Предмет дослідження – розвиток державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу.

Методи дослідження. Під час виконання магістерського дослідження були використані різноманітні методи дослідження, такі як аналіз наукової літератури, порівняння статистичних даних, інтерв'ю із фахівцями та проведення опитувань серед населення. Особлива увага була приділена аналізу основних принципів та стратегій, що використовуються країнами ЄС у проведенні державного управління охороною здоров'я. Крім того, були досліджені чинники, які впливають на успішну реалізацію цих стратегій, а також особливості адаптації європейського досвіду до України.

Кожна країна намагається відшукати свій єдиний шлях і створити свою суспільно-економічну модель і свою систему охорони здоров'я. Проте життя людей і природа людського суспільства розвиваються за універсальними законами. Сьогодні відшуковує свій шлях у житті й Україна. І надзвичайно важливим є врахування власного історичного досвіду, досвіду інших країн, які вже пройшли цей шлях, рекомендацій міжнародних організацій, зокрема, таких, як Організація Об'єднаних Націй, Всесвітня організація охорони здоров'я, Світовий банк, Міжнародний валютний фонд, Європейський банк реконструкції та розвитку й ін. [1].

На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу відбувається пошук дієвих засобів підвищення діяльності органів державного управління. Сучасне українське суспільство зазнало значних політичних й соціально-економічних перетворень, що відбулися після отримання незалежності України у 1991 році. Одним з основних завдань цього періоду було утвердження демократичних засад в державі. Залучення громадян до прийняття рішень, проведення чесних та прозорих виборів,

захист прав і свобод людини, створення незалежного суду – ці всі аспекти сприяли формуванню демократії в Україні. Особливої уваги вимагає реформування системи охорони здоров'я. Нині існуюча система потребує наукового обґрунтування й удосконалення відповідно до сучасних суспільних потреб та міжнародних норм. Необхідно забезпечити можливість отримання якісної та доступної медичної допомоги кожному громадянину, забезпечити реалізацію права на охорону здоров'я. Для цього необхідно провести реформи в організації системи охорони здоров'я, забезпечити ефективне фінансування та раціональне використання ресурсів, розвивати превентивну медицину та науково-дослідну роботу. Розпочаті глибокі політичні та соціально орієнтовані економічні перетворення здійснюються водночас з політичною реформою та перебудовою державного апарату, в тому числі й управлінського. Своєрідною точкою відліку правового регулювання охорони здоров'я був 1996 рік. Прийнята 1996 році Конституція України (ст. 49) закріпила право громадян на здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Стаття 3 Конституції України підкреслює, що людина, її життя та здоров'я... визначаються в Україні, як найвища соціальна цінність [2].

В “Основах законодавства України про охорону здоров'я”(1992) вказано на обов'язок суспільства та держави забезпечити пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави (стаття 5), а реалізація державної політики покладена на органи державної виконавчої влади при особистій відповідальності за неї Президента України (стаття 14) [3].

Крім того, саме у 1996 році був прийнятий Закон “Про страхування”, який започаткував правові умови для розвитку ринку добровільного медичного страхування, та законопроект “Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування” [4].

Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів. Під час дослідження було проведено глибокий аналіз державного управління в галузі охорони здоров'я в країнах ЄС.

Теоретична значущість отриманих результатів полягає у систематизації та узагальненні зарубіжного досвіду, що сприяє розкриттю принципів та особливостей ефективного управління системою охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть мати практичне значення щодо формування моделі ефективного державного управління охороною здоров'я, здійснення державно-владних повноважень у досліджуваній галузі, оцінці практичної діяльності проектів Європейського Союзу щодо розбудови еволюційним шляхом існуючої системи охорони здоров'я.

Інформаційна база дослідження. В процесі дослідження використовувалися Закони України, матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, доповіді та звіти аналітичних центрів та науково-дослідних установ, статистичні дані Держкомстату України, роботи вітчизняних та закордонних експертів та спеціалістів, що присвячені проблемам, яких стосується тема магістерської роботи.

Структура роботи. Робота складається зі переліку умовних позначень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

Апробація дослідження. Результати дослідження представлені автором на науково-комунікативному заході, зокрема на Міжнародній науково-практичній конференції:

Стець І.В. Формування системи охорони здоров'я в країнах ЄС. «Кібербезпека державних інституцій та подолання кризових станів» в 2 т. Том 2. Особливості діяльності органів державної влади в умовах кризи зб. тез наук. доп. (Київ – Вроцлав. Травень 2023). [Електронне видання]. – Київ: «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ», 2023. Т.2. С. 104.

РОЗДІЛ 1

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Державне управління охороною здоров'я в зарубіжній фаховій літературі

Право на життя та здоров'я є природним та невід'ємним правом людини. Його визнають Організація Об'єднаних Націй, передова світова громадськість. Це право закріплено в ряді міжнародно-правових актів, серед яких Загальна Декларація прав людини, Конвенція про права дитини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права тощо [1].

Аналіз літературних джерел зарубіжних авторів [10-13, 19, 24] дає підстави стверджувати, що новим концептуальним підходом до реформування охорони здоров'я є більш широке використання принципів регульованого ринку. Підтвердженням цього є успішність реформ в охороні здоров'я Великобританії, Іспанії, Італії, Фінляндії, Швеції, а також у більшості країн Центральної та Східної Європи.

Сьогодні в зарубіжній практиці є два основні погляди на поліпшення державного управління в галузі охорони здоров'я [5,10,19,24].

1. Підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я в поєднанні з механізмами стримування надмірних суспільних витрат на охорону здоров'я (концепція good government - «доброго управління»).

2. Концепція доцільності збільшення витрат на охорону здоров'я.

Прибічники концепції «доброго управління» вказують, що там, де є міцні політичні й інституційні передумови, є й значні досягнення в охороні здоров'я навіть при низькому рівні витрат на неї. І, навпаки, там, де політичні й інституційні основи слабкі, завжди можна отримати незадовільні результати навіть у контексті значних витрат на охорону здоров'я.

Прихильники ж концепції «Доцільності збільшення витрат на охорону здоров'я» підкреслюють, що смішно навіть робити припущення стосовно того, що країни з низькими доходами, можуть багато чого досягти. Проблема полягає у величезному дефіциті інвестицій в охорону здоров'я [10].

Для вирішення цієї проблеми необхідно збільшити витрати на охорону здоров'я в контексті ефективного управління [18].

Для управлінців державного рівня, які працюють у галузі охорони здоров'я та приймають політичні рішення, на думку Д. Буффорда, заслуговують на увагу три різні стратегії реформи системи державного державного управління охороною здоров'я:

1. Зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги;
2. Поліпшення здоров'я населення на основі вдосконалення балансу між інвестиціями в сектор забезпечення індивідуальних медичних послуг і в сектор, діяльність якого спрямована на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя;
3. Раціональне інвестування галузі для поліпшення здоров'я населення вимагає співпраці різних рівнів державної влади та партнерства приватного й державного секторів для впровадження державної політики, спрямованої на підтримку громадського здоров'я та формування здорового способу життя [31].

Реформування державного управління в галузі охорони здоров'я у більшості розвинутих країнах світу відбувалося за декількома напрямками залежно від тенденцій державної політики. До них належить: зміна ролі держави та ринку в сфері надання медичної допомоги; децентралізація та передача повноважень на нижчі рівні державного сектора і залучення приватного сектора до надання медичних послуг; більша свобода вибору для посилення можливостей та повноважень громадян і громади; стратегії, що спрямовані на визначення таких регулюючих втручань у галузі охорони

здоров'я, які були б найбільш ефективними [10,17,18].

Так, у більшості розвинених країн світу (США, Канада, Великобританія, Японія, Німеччина та ін.) на відміну від України та більшості колишніх соціалістичних країн Євро-регіону, міністерства охорони здоров'я мають менший вплив на уряди, а національні плани розвитку не включають заходи сфери охорони здоров'я, які економісти часто розглядають як неефективні, і такі, що пов'язані з надмірними витратами [10].

Свої особливості має державне управління охороною здоров'я Німеччини. Передусім це стосується медичного страхування. Повне (обов'язкове) страхування в Німеччині забезпечує весь необхідний комплекс медичних послуг.

У Німеччині існує декілька видів медичного страхування:

- повне (обов'язкове), при якому надається весь необхідний комплекс медичних послуг;
- додаткове – для надання додаткової медичної допомоги дітям і застрахованим в обов'язковому медичному страхуванні;
- страхування осіб на випадок перебування в лікарні та догляду за хворим;
- медичне страхування при поїздках за кордон [13].

Страхування на випадок хвороби у цій країні є некомерційним і безприбутковим. Усі одержані кошти використовуються для надання необхідної допомоги. Слід наголосити на тому, що важливу роль у системі медичного страхування Німеччини відіграють лікарняні каси - основні фінансово-страхові організації. Обов'язковим медичним страхуванням забезпечені 90% німців, 10% населення, переважно з числа забезпечених, користуються лише приватним страхуванням [24].

Шведська система охорони здоров'я передбачає рівні можливості в царині медичного страхування, яке охоплює всі верстви населення. За останні роки для Швеції стало характерним зниження кількості ліжко-

місць і тривалості перебування у стаціонарі, зростання кількості районних лікарень та мережі будинків сестринського нагляду. Це, в свою чергу, призвело до зменшення кількості приватно практикуючих лікарів [24].

Бюджетна система фінансування, як відомо, бере свою історію з XIX ст. У той час протягом кількох десятиліть на прикладі багатьох розвинених країн відбувалося посилення регулюючого впливу держави і розширення частки державного сектора в національних економіках. Наприклад, частка державного сектора в національному продукті Великої Британії в 1979 р. становила 44% [28]. Проте технологічні зміни у світі, ускладнення процесу виробництва та зростання вимог до кваліфікаційного рівня трудових ресурсів призвели до необхідності переглянути багато положень такої політики. Для подолання «ручного» регулювання економіки в багатьох країнах здійснювалися реформи, що були спрямовані на скорочення частки державного сектора. Логічним продовженням цих процесів стали нові підходи до управління державним сектором і в національних системах охорони здоров'я.

Європейська структура системи охорони здоров'я макроскопічна являє собою двоступеневий рівень надання медичної допомоги - сімейний лікар та лікарня-госпіталь. Діяльність сімейного лікаря, на думку дослідників системи охорони здоров'я в Європейських країнах, забезпечує не тільки гарантовану якість медичного обслуговування, але й є основою для регулювання фінансових потоків у галузі [18,24].

Аналіз реформаторського шляху, який пройшли країни колишнього соціалістичного табору, свідчить, що першим кроком до цього була не зміна фінансування, а реструктуризація – запровадження інституту сімейного лікаря, яка дала змогу врегулювати фінансові потоки в межах галузі. Так, Угорщина розпочала здійснювати медичне обслуговування за принципом сімейної медицини наприкінці 80-х рр., а перехід до страхового фінансування охорони здоров'я у цій країні був здійснений упродовж 1992–1993 рр. Польща сімейну медицину запровадила в 1995–1996 рр., а

систему фінансування галузі змінила з січня 1999 р. [18, 24].

Стратегії реформування державного управління охороною здоров'я, як зазначають Р.Б. Салтман та Дж. Фігейрас [24], можна класифікувати залежно від низки аналітичних підходів:

- за цілями (чи спрямовані вони на досягнення рівних можливостей, ефективності, чи результативності);
- за компонентами системи охорони здоров'я (чи охоплюють вони питання фінансування, розподілу, чи надання медичних послуг);
- за суб'єктами сектора охорони здоров'я (чи ставлять вони на перше місце пацієнта, страхувальника третьої сторони, споживача послуг третьої сторони або установи, що обслуговують цей процес).

Питанням реформування державного управління охороною здоров'я з пріоритетним розвитком ПМСД велику увагу приділяє ВООЗ. Так, у «Загальній програмі роботи ВООЗ» [17, 18] ПМСД визначена як основна лікувальна допомога першого контакту людини з системою національної організації охорони здоров'я і повинна виконувати такі функції: сприяти раціональному харчуванню і достатньому забезпеченню доброякісною водою; забезпечувати охорону здоров'я матері та дитини, включаючи планування сім'ї; здійснювати вакцинацію проти основних інфекційних захворювань; забезпечувати профілактику місцевих епідемічних захворювань і боротьбу з ними; здійснювати санітарну просвіту з актуальних питань охорони здоров'я і способів їх вирішення, включаючи профілактику; здійснювати лікування розповсюджених захворювань і травм [17]. Для підвищення ефективності запровадження тієї чи іншої стратегії більшість європейських країн вжила комплекс заходів, що мали сприяти здійсненню реформи в галузі державного управління охороною здоров'я. Весь комплекс заходів, а також механізми їх досягнення можна розподілити на чотири окремі взаємопов'язані категорії [24]:

- створення потенціалу (ресурси: технічні, управлінські і фінансові та інфраструктури, необхідні для здійснення реформи);

– усунення чи використання соціальних факторів, які, перешкоджають або сприяють розробці і реформуванню системи державного управління охороною здоров'я;

– формування політичних союзів: становлення відносин, які сприятимуть підтримці й успішному проведенню перетворень;

– виробленні системних процедурних цілей, досягнення яких сприятиме підтримці перетворень та активізуватиме їх проведення.

Як стверджують Я. Радиш та О. Щепін [13, 25] використання ринкових механізмів у реформуванні системи охорони здоров'я на постсоціалістичному геополітичному просторі пов'язане як з концептуальними, так і практичними проблемами. В концептуальному плані охорона здоров'я розглядається, як громадське і загальнодоступне благо, коли надання медичних послуг кожному окремому члену суспільства має важливе значення і для самого суспільства. Така позиція в більшості європейських країн стала частиною традиційного консенсусу відносно важливості дотримання принципу солідарності та загальнодоступності медичної допомоги для всіх верств населення при розробці систем надання медичної допомоги та фінансування охорони здоров'я в цілому. Тому аксіомою державного управління в галузі охорони здоров'я має стати принцип: з чим краще справляється ринок – треба віддати ринку; там, де ринок не працює або ринок може спричинити великі соціальні витрати - необхідно застосовувати інші механізми.

У плані підвищення ефективності державного управління системою охорони здоров'я для України цінним є досвід Великої Британії, відомий як концепція «New Public sector Management» (NPSM) – «Нове управління суспільним сектором». Основною ідеєю цієї концепції є впровадження механізмів управління державним сектором, аналогічних таким у приватному секторі (Business-Like practice) [16,17].

«Нове управління суспільним сектором» (NPSM), як концепція, виникла впродовж останніх десяти років і еволюціонувала під впливом

широко розповсюдженого переконання про більш результативне функціонування приватного сектора порівняно із суспільним. Наріжним каменем концепції стало положення про те, що низька зацікавленість працівників у кінцевому результаті підриває ефективність суспільного сектора. Ключове допущення NPSM полягає в тому, що управління діловими процесами на різних рівнях охорони здоров'я потенційно не відрізняється від таких у будь-якому бізнесі. Хоча ринку медичних послуг притаманна низка характерних відмінностей від ринку традиційних товарів і послуг [14, 15] (наприклад, інформаційна асиметрія; соціальний тиск з метою посилення державного субсидування послуг у поєднанні з нестачею фінансових коштів; проблеми, що властиві ринку медичного страхування тощо), та при достатньому врахуванні цих особливостей немає підстав говорити про неприйнятність NPSM у галузі охорони здоров'я.

Має свої особливості і система страхової медицини Великобританії. Основна частина коштів на охорону здоров'я формується в державному бюджетні Англії і розподіляється зверху до низу по вертикалі управління. Позитивною рисою цієї системи є те, що централізоване державне фінансування певною мірою стримує зростання вартості лікування. Для підвищення, ефективності державного фінансування використовують такі механізми як зростання конкуренції між лікарями та іншими структурами, що надають медичні послуги, та створення нових організаційних підрозділів, діяльність яких спрямована на розширення місцевої автономії та незалежності управління в рамках національної системи охорони здоров'я [15, 24].

Важливим механізмом щодо забезпечення успішного реформування системи охорони здоров'я більшості країн Європи є належне фінансування галузі. Аналіз літературних джерел [15,24] у контексті даного дослідження, дає підстави зробити висновок, що досвід реорганізації державного управління національними системами охорони здоров'я в Євро-регіоні може бути визнаний як позитивний щодо спрямування галузі в напрямку

ринкової орієнтації. Залежно від пріоритету способу фінансування, на сьогодні у світі створені в класичному варіанті тільки три вихідних типи систем охорони здоров'я:

1. Державна система, яка спрямована на здійснення повноцінної профілактики і лікування, доступних кожному громадянину країни без винятку (система Бевериджа).

2. Система, що базується на всеохоплюючому страхуванні здоров'я. Ця система опирається на використання переважно страхових засобів для захисту працюючого населення при нещасних випадках, захворюваннях, непрацездатності і при настанні старості (система Отто Бісмарка).

3. Ринкова або приватна система охорони здоров'я визначається різноманітними пропорціями поміж коштами державного бюджету, медичного страхування і медичним послугами, що сплачуються пацієнтами безпосередньо.

Необхідно зазначити, що в жодній країні світу названих систем у чистому вигляді не існує. Однак до країн із системою охорони здоров'я першого типу експерти відносять Великобританію, Грецію, Португалію, Данію, Ірландію, Іспанію, Канаду, Італію, країни СНД. Система охорони здоров'я другого типу функціонує в Німеччині, Нідерландах, Франції, Бельгії, Люксембурзі, Голландії, Японії. Типовим представником третього типу системи охорони здоров'я є США.

Таким чином, характерною рисою системи охорони здоров'я більшості розвинених країн є страхова медицина.

Кожний із трьох вказаних вище типів систем охорони здоров'я має характерні ознаки, деякі з них, залежно від конкретної ситуації та мети, можна розглядати як переваги або недоліки. Підтвердженням висунутого аргументу є дані дослідження В.В. Загороднього. Автор, зокрема, зазначає, що для Швейцарії, Франції та Австрії характерні найбільші рівні витрат на охорону здоров'я, як на 1 мешканця, так і відносно до ВВП: відповідно 9,9%, 9,7%, 9,3% при середньому європейському показнику 8%. У США ця

частка сягає 14% ВВП, щодо країн Східної Європи та країн СНД, рівень фінансування не доходить і до 5% ВВП (для України - близько 3%) [5].

У нинішніх умовах експерти ВООЗ рекомендують таку пропорцію різних типів фінансування медицини: 60% - державний бюджет, 30% - медичне страхування, 10% - платні послуги [6].

Страхова система	Бюджетна система	Перехід від централізованого контролю дострахової системи	
		Країни Центральної та Східної Європи	Країни СНД
Діючі	Діючі	Албанія	Азербайджан
Австрія	Данія	Боснія і Герцеговина	Білорусь
Бельгія	Фінляндія	Болгарія	Вірменія
Франція	Ісландія	Хорватія	Грузія
Німеччина	Ірландія	Чеська Республіка	Казахстан
Люксембург	Норвегія	Естонія	Киргизстан
Нідерланди	Швеція	Угорщина	Молдова
Швейцарія	Великобританія	Латвія	
На перехідному етапі	На перехідному етапі	Литва	Таджикистан
		Польща	Туркменистан
Ізраїль	Греція	Румунія	Україна
Туреччина	Італія	Словаччина	Узбекистан
	Португалія	Словенія	
	Іспанія	Колишня Югославія	
		Македонія	

Рис. 1.1. Типи фінансування національних систем охорони здоров'я.

Підтвердженням правильності обраних шляхів реформування державного управління охороною здоров'я в економічно розвинутих

країнах світу (США, Канада, Японія, Австрія, Велика Британія, Франція та Швейцарія) є зростання різниці у показниках очікуваної тривалості життя та смертності між пострадянськими країнами, США, Канадою, країнами Східної і Західної Європи [5] та, особливо, Японією; задоволення населення економічно розвинутих країн рівнем надання медичної допомоги, а також високі показники сталого людського розвитку в цих країнах, основною складовою яких є рівень здоров'я громадян.

У результаті наукового аналізу теоретичних праць зарубіжних авторів, нами виявлені актуальні підходи до державного управління системою охорони здоров'я та вивчені вимоги до неї з метою можливого впровадження їх у вітчизняну охорону здоров'я.

Розв'язання проблем підтримання здоров'я населення означає залучення не лише самої галузі охорони здоров'я, але й галузі освіти, культури, соціального забезпечення тощо. Автори аналізованої нами програми наголошують, що умовою формування оптимального рівня здоров'я є належне економічне забезпечення, але воно має бути реалізоване не лише безпосереднім фінансуванням, але й через забезпечення населення необхідними побутовими умовами, комунальними послугами, екологічно безпечними продуктами харчування. А це можливе лише за наявності чітких механізмів державного управління, які б забезпечували контроль та реалізацію державної політики збереження здоров'я населення. Всебічне сприяння індивідуальному і громадському здоров'ю, яке широко впроваджено державними і громадськими організаціями управління в країнах Європейського регіону, продиктоване вимогами, які висуває сучасність перед суспільством. Саме тому провідною тезою політики ВООЗ у XXI ст. є запровадження відповідальності урядів держав за здоров'я населення [10,12,19,24,32].

1.2. Європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я: права пацієнта

Питання правового регулювання охорони здоров'я розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо.

Так, у 1948 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Загальну Декларацію прав людини, в якій зафіксовано, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї .

У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я.

У 1991 р. XXXIV сесія Парламентської асамблеї Ради Європи прийняла рекомендації урядам держав. Там, зокрема, сказано, що здоров'я є показником якості життя і становить невід'ємну частину соціального, економічного і культурного розвитку індивідуума. Схвалюючи ідеї основ Європейської стратегії здоров'я для всіх до 2000 р.,[9]. Асамблея закликає уряди країн – членів Ради Європи забезпечити принципи і цілі зазначеної стратегії при реалізації політики і законодавства стосовно здоров'я. Право кожної людини на захист здоров'я визнано соціальним Статутом Ради Європи [17,18].

У 1992 році Україна вступивши до складу Ради Європи, визнала, що одним з пріоритетів її зовнішньої політики є орієнтація на інтеграцію до Європейського співтовариства, зокрема в у соціальній та економічній сферах. Такі державні підходи вимагають наближення нормативно-правового поля України до стандартів законодавства, які прийняті в Європі. Указом Президента України затверджена стратегія інтеграції

України до Європейського Союзу (від 11 червня 1998 року №615/98). Відповідні заходи з інтеграції передбачені постановою Кабінету Міністрів України „Про впровадження механізму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу” (від 12 липня 1998 року №852) [32].

Аналіз зарубіжного досвіду законотворчого процесу в галузі охорони здоров'я [15, 17] засвідчує, що в багатьох країнах світу основу правової бази започаткували нормативно-правові акти, які регулювали соціальне страхування при втраті працездатності. Звичайно, різні суспільства по-різному підходили до вирішення цього питання, що було відображенням національно-історичних особливостей цих суспільств у певні історичні періоди. Але спільною рисою всіх нормативно-правових актів є практичне втілення панівних (у відповідний час) поглядів на проблему охорони громадського здоров'я. На думку вітчизняних фахівців спроби наблизити охорону здоров'я в Україні до Європейських стандартів в законодавчих актах та участь в Європейських програмах здоров'я визначають державну стратегію з цього питання занадто вузько, змішуючи стратегію і тактику [11,12]. Відсутність відповідної нормативно-правової бази та міжгалузевих механізмів державного регулювання створює суттєву перешкоду для впровадження європейської стратегії та можливості використання позитивного досвіду реформування національних систем охорони здоров'я для реалізації стратегії і ВООЗ „Здоров'я –21” [9].

У становленні правової бази системи охорони здоров'я Франції виділяють три періоди. Основу цього процесу було закладено законом від 5 квітня 1928 р. про соціальне страхування (доповнений 30 березня 1929 р.), який встановив принципи вільного вибору лікаря пацієнтом, які повинні були здійснювати лікарі комуни, умови оплати лікарських послуг і закріпив можливість існування системи прямих виплат за лікарські послуги третьою стороною. Закон від 30 квітня 1930 р. встановив принцип вільного вибору лікаря без будь-яких обмежень, підтвердив принцип вільного вибору лікарями методів лікування, скасував механізм оплати

лікарських послуг третьою стороною, встановив повну свободу у визначенні розміру лікарського гонорару.

Ці два закони добре висвітлили протилежність інтересів двох зацікавлених сторін – лікарів та пацієнтів, існуючі протиріччя між надавачами і користувачами медичних послуг, і зафіксували перемогу ліберальної медицини, медичного синдикату.

У 1947 р. був прийнятий Кодекс медичної деонтології (декрет № 47–116 від 26 червня 1947 р.). Кодекс затвердив поняття професійної таємниці в медицині і встановив такі принципи охорони здоров'я:

- вільний вибір лікаря пацієнтом;
- свобода лікувальних призначень;
- пряма угода між хворим та лікарем щодо гонорару;
- пряма виплата гонорару пацієнтом лікареві.

Деонтологічний кодекс (декрет № 55–1591 від 18 листопада 1955 р.) підтвердив ці принципи.

Подальший розвиток правової бази системи охорони здоров'я Франції відзначався утвердженням принципів ліберальної медицини, встановленням загального соціального забезпечення у випадку хвороби, законодавчим утриманням зростання вартості медичних послуг, значними змінами, яких зазнали державні лікарні. Ст. 1 ч. 1 закону № 70–1318 від 31 грудня 1970 р. визначила реформу лікарень: хворий має право на вільний вибір свого лікаря, своєї лікувальної установи. Це стало фундаментальним принципом санітарного законодавства Франції.

Закон № 71–525 від 3 липня 1971 р. закріпив відносини між страховими касами та лікарями. Водночас законодавчо були визначені такі основні принципи охорони здоров'я:

- принцип вільного вибору лікаря пацієнтом;
- свобода лікувальних призначень;
- професійна таємниця.

Основним принципом сучасної французької організації охорони здоров'я є забезпечення рівноправності та загальної її доступності для всіх мешканців країни, незалежно від їхнього соціального стану чи інших ознак. Завдання охорони здоров'я здійснюють мережі як державних, так і приватних закладів, що гармонійно співіснують. Для цього надається можливість консультативної допомоги за місцем роботи, проводиться масштабна інформаційно–пропагандистська кампанія щодо боротьби з тютюно-палінням та алкоголізмом, профілактики онкологічних захворювань та СНІДу.

Постійне зростання видатків на діяльність системи охорони здоров'я є предметом турботи французького уряду. Законом від 31 липня 1991 р. було закріплено такі основні принципи реформи:

- приведення рівня надання медичної допомоги та її якості у відповідність з потребами населення;
- збільшення самостійності лікувальних установ та підвищення відповідальності надавачів медичної допомоги;
- поліпшення взаємодії між різними лікувальними установами;
- суворе дотримання рівноваги між державним та приватним неприбутковим секторами в системі охорони здоров'я.

Отже, можна зазначити, що відповідно до даного закону, основний акцент у плануванні системи охорони здоров'я спрямовується на регіональний рівень і покладається не лише на органи охорони здоров'я, але й на територіальні органи державного управління.

Реформування правової бази сучасної системи охорони здоров'я Канади розпочалося у 1940 році, коли було встановлено надання спеціальних цільових субсидій для програм охорони здоров'я та будівництва лікарень. Цей механізм субсидій сприяв швидкому розширенню лікарняних закладів по всій країні та встановив традиції медичної допомоги в лікарнях, які залишаються характерними для Канади і сьогодні.

Розвиток сучасної канадської системи медичного страхування розпочався у 1957 році при прийнятті Акта про госпітальне страхування і діагностику. Цей акт закріпив федерально-провінційний розподіл коштів для лікарняної медичної допомоги за умовою відповідності провінційних планів медичної допомоги національним вимогам. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний і провінційні уряди, залишаючи лікарям контроль над лікувально-клінічними питаннями та питаннями, пов'язаними з їхніми приватними практиками.

Розвиток сучасної канадської системи медичного страхування почався в 1957 р. прийняттям Акта про госпітальне страхування і діагностику, який закріпив федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну медичну допомогу з умовою відповідності провінційних планів медичної допомоги ряду національних вимог. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний та провінційний уряди, а лікарі зберегли контроль над вирішенням лікувально-клінічних питань та питань, пов'язаних з їхніми приватними практиками.

Наступний важливий крок було зроблено у 1968 році, коли був прийнятий Акт медичної допомоги. Цей юридичний документ встановив розподіл фінансування між федеральним та провінційними владами для лікарняної та позалікарняної медичної допомоги та створив канадську систему медичного страхування, відому як "Медікер". Ця програма фінансується через внески, які сплачують як працівники, так і роботодавці у розмірі 1,45% від їхньої заробітної плати. Програма Медікер надає послуги в основному людям віком понад 65 років, деяким інвалідам та особам з постійною нирковою недостатністю. Медікер складається з двох компонентів. Перший компонент – лікарняне страхування, яке включає в себе лікарняні послуги, такі як стаціонарні допомоги, екстрені медичні послуги, сертифіковану медичну сестринську допомогу, хоспіси та домашню стаціонарну допомогу (це доступно безкоштовно, якщо особа або її чоловік/дружина працювали принаймні 10 років на роботі, яка

покривається програмою Медікер, або якщо вони є інвалідами). Другий компонент – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, які не входять до першого компонента. Для участі у цій частині програми, особа повинна сплачувати щомісячний страховий внесок у розмірі 50 доларів. Важливо зауважити, що цей другий компонент є добровільним [13, 33].

Цей крок вразив інтереси лікарів і викликав активний протест. Вирішення цього питання було сприйняте як втручання уряду в особисті інтереси лікарів, що призвело до конфлікту. Спочатку це рішення спричинило сприятливе відношення до їхніх професійних інтересів. Однак конфлікт був врегульований лише тоді, коли лікарі згодилися підкоритися положенням Акту, в обмін на отримання значущої посередницької ролі для їхнього професійного об'єднання. Під час переговорів між провінційними медичними асоціаціями та федеральним урядом щодо визначення рівня виплат для лікарів за їхні послуги, лікарі зберігали право надавати пацієнтам рахунки за послуги, які коштували більше, ніж це було передбачено в провінційних планах медичного обслуговування. Ця реформа важлива для канадської системи медичної допомоги, оскільки фінансування медичних послуг перейшло в державний сектор, але надавання цих послуг залишилося у приватному секторі. Лікарі не стали державними службовцями, як це відбулося, наприклад, в Англії. Замість цього, лікарська практика та лікарні залишилися приватними установами, але під суворим державним регулюванням.

Ще одним важливим кроком став прийом Акта щодо встановлення програм фінансування у 1977 році. Цей Акт зберігав вимогу від провінцій дотримуватися політичних принципів у сфері охорони здоров'я, які були визначені на федеральному рівні, як умову для отримання фінансування з федерального бюджету. Проте була змінена формула розподілу коштів між столицею та провінціями. Замість безпосередньої оплати половини витрат провінцій на охорону здоров'я, як це було раніше, федеральний уряд ввів

систему блокових субсидій для фінансування медичних послуг та вищої освіти. Розподіл та використання цих блокових субсидій стали відповідальністю провінцій. Ця система була привабливою для федерального уряду, оскільки вона дозволяла краще планувати та контролювати витрати в системі охорони здоров'я. Це також було прийнятним для провінцій, оскільки вони отримали більше можливостей та незалежності у вирішенні проблем у системі охорони здоров'я. Однак, були відзначені і негативні аспекти, такі як поступове розчленування національної системи охорони здоров'я на провінційні програми медичного обслуговування.

Продовження конфлікту між медичною асоціацією та урядом Канади, а також незадоволення населення зростаючими витратами на медичну допомогу та можливим обмеженням доступності медичних послуг призвели до утворення в 1979 році Національної королівської комісії. Ця комісія підтвердила основні принципи програми "Медікер" і висловила критику щодо підвищення тарифів за медичні послуги понад рівень, встановлений федеральним урядом.

У результаті цього процесу був прийнятий Закон про охорону здоров'я в 1984 році, який закріпив принципи програми "Медікер". Для того, щоб отримувати федеральне фінансування для системи охорони здоров'я, провінції повинні були дотримуватися ряду національних стандартів. Ці стандарти вимагали включення до планів провінцій таких ключових елементів:

1. Забезпечення всебічної надання всіх необхідних медичних послуг та госпіталізації в лікарнях.
2. Обов'язкове надання медичної допомоги всім канадським громадянам і тим, хто має право на проживання в Канаді.
3. Управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування на державному рівні.

4. Взаєморозрахунки за страхові послуги, надані в будь-якій частині Канади, незалежно від місця постійного проживання пацієнта.
5. Забезпечення доступності медичної допомоги незалежно від фінансового стану пацієнта.

Більше того, цей закон чітко і ясно забороняє прибуткове приватне надання тієї ж самої допомоги, яка вже оплачена провінційною системою медичного страхування. Цим самим Канада відкинула ринковий підхід до надання медичної допомоги, вважаючи, що медична допомога є правом громадянина, а не товаром, який вибирають та купують.

Саме тому в сучасних конституціях деяких країн уже закріплюється право людини на максимально можливий рівень охорони здоров'я.

Зокрема, в ст. 31 Конституції Італійської Республіки (прийнята 27 грудня 1947 р.) сказано, що республіка охороняє материнство, а також дітей та молодь, сприяючи необхідним для виконання цього завдання інституціям; ст. 32 право на здоров'я визначене як основне право особи й основний громадський інтерес та гарантується безплатне лікування для бідних. Цією ж статтею регламентується, що ні до кого не можна застосовувати певні заходи охорони здоров'я інакше як на підставі закону. При цьому вказується, що закон у жодному разі не може порушити межі, продиктовані повагою до особи.

В останні 10–15 років у Європі інтерес до прав пацієнтів збільшився. У цей період ряд європейських країн уже прийняли закони про охорону здоров'я, що акцентують права пацієнтів. «Амстердамська декларація з прав пацієнтів, 1994 р.». Визначено право на: повагу та гідність; невтручання в приватні справи; збереження недоторканості особистого життя; інформовану згоду; конфіденційність; адекватний догляд і лікування; подання скарг; доступ до відповідної актуальної інформації, наданої зрозумілим чином; якісну медико-санітарну допомогу.

Першою країною спеціального закону про права пацієнта є Фінляндія – 1993 рік, за суттю фінський закон є адміністративним. Другою

країною, що прийняла закон, були Нідерланди, де прийняття Медичного Контрактного права у 1995 році започаткувало велику правову реформу. Польща (Акт про права пацієнта – 1991). Великобританія (Хартія пацієнта – 1992).

Рада Європи в Страсбурзі є ще одною діючою організацією, завдяки якій у 1996 році було прийнято Європейську Угоду з Прав людини і біомедицини, яка включає ряд положень пов'язаних з правами пацієнт [32].

За результатами проведеного аналізу літературних джерел можна стверджувати, що жодна з моделей систем охорони здоров'я, які діють у зарубіжних країнах, в ідеальному варіанті не є за нинішніх умов прийнятною для України. В усьому світі організація сфери охорони здоров'я розглядається як суспільна (національна) справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства (в ринково-солідарних і/або в державно-солідарних формах) [13].

Системний аналіз опрацьованих зарубіжних літературних джерел [10,19,24] дає підстави стверджувати, що зарубіжний досвід державного управління охороною здоров'я на сьогодні вивчений ще недостатньо. Розвиток ринкових відносин в охороні здоров'я України висуває на перший план запровадження у практику державного управління галуззю економічних методів. Але сьогодні, – як підкреслює В. Загородній, – ще не існує жодного ринкового поняття, яке можна використати в управлінні охороною здоров'я нашої держави, скориставшись зарубіжним досвідом [5].

Повністю погоджуючись з автором, додамо, що запровадження зарубіжного досвіду державного управління системою охорони здоров'я в практичну діяльність органів управління та лікувально-профілактичних закладів України може бути перенесено лише після суттєвої адаптації його до національної специфіки.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ З ПЕРЕБУДОВИ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Аналіз державної політики перебудови галузі охорони здоров'я

Протягом останнього десятиріччя системи охорони здоров'я в багатьох країнах пройшли суттєві зміни, що стали результатом зростання соціально-економічної взаємодії між державами. Основним уявленням про суспільний розвиток на початку XXI століття є необхідність розглядати доступ до охорони здоров'я і освіти як складову прав людини та права на участь у суспільному житті та сприяння його розвитку. У багатьох країнах нові форми розвитку людини виступають на передній план – ринкова економіка, громадське суспільство та демократичні інститути

Системи охорони здоров'я по всьому світу зазнають значних змін, реагуючи на виклики економічного і соціального характеру. Охорона здоров'я є відкритою системою, її ефективність залежить не лише від внутрішніх факторів, але ще більше від зовнішніх. Існує чіткий зв'язок між соціально-економічними процесами в суспільстві й системою охорони здоров'я. В цій контексті роль державної політики в галузі охорони здоров'я є надзвичайно важливою. Це особливо стосується виконання завдань суспільного розвитку в рамках оновленої європейської політики, де центральна роль відводиться охороні здоров'я. [34].

Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечливість та знаходити шляхи розв'язання цих проблем. У сфері державної політики приймаються відповідні державно-політичні

рішення, розробляється відповідний інструментарій, створюється механізм їх реалізації.

Вивчення змісту державної політики передбачає розгляд трьох різних аспектів: проблеми суспільства, варіантів їх розв'язання та оцінювання політики – чи ці варіанти спрацьовують [26].

Показниками ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я є:

- стан здоров'я людей у суспільстві,
- ступінь захисту громадян від фінансового ризику на випадок захворювання;
- рівень задоволення потреб окремої людини та суспільства загалом в охороні здоров'я і медичній допомозі.

Показники дієвості державної політики з перебудови галузі охорони здоров'я оцінюється за допомогою таких критеріїв:

- економічність;
- результативність;
- ефективність;
- справедливість щодо доступу до медичних послуг.

Головна увага при оцінці економічності (намагання отримати певні результати з найменшими витратам ресурсів), ефективності (співвідношення між витратами на перебудову галузі та досягнутими результатами) та результативності (міра досягнення проголошених цілей) перебудови системи охорони здоров'я має бути зосереджена не на ресурсах та структурі, а саме на наслідках її діяльності – продуктах (медичні послуги тощо) і результатах.

На початку 80-х рр. Ініціатива фінансового менеджменту (1ФМ) уряду Великобританії і активна діяльність новоствореної комісії з аудиту засвідчили про появу в державному секторі явища, відомого у сфері менеджменту як триада EPE: економічність, результативність, ефективність. Це критерії, за якими оцінюють не тільки дієвість політики,

а й критерії розподілу послуг і ресурсів. Тріада останні 10 років покладена в основу перевірок ефективного розподілу коштів, аналізу виробничої діяльності підприємств, медичного аудиту тощо. Безсумнівно, існує потреба додати до цієї аббревіатури ще й букву «С» (четверте «Е») – справедливість, або розподіл коштів з урахуванням індивідуальних відмінностей (справедливість розподілу). Іншими критеріями могли б, скоріше за все, стати автономність, свобода, різноманітність.

Перший критерій – економічність – відображає намагання зберегти ресурси. Це бережливість (показник співвідношення між фактичним впливом служби або програми та її вартістю). Прагнення економічності, безумовно, вимагає докладної і точної інформації про витрати, але (якщо розглядати термін у його найбільш точному розумінні) не залишає поза увагою наслідки обмеження ресурсів для хворих людей, їхніх сімей чи більш широкого співтовариства. Звідси цей перший критерій, без сумніву, доречний і навіть, ймовірно, необхідний, однак недостатній. Економічність політики (програми) означає намагання отримати певні фіксовані результати з найменшими витратами ресурсів (або в найдешевший спосіб) [34].

Так само недостатній для прийняття рішення й критерій результативності сам по собі. Строго кажучи, у разі гонитви за результативністю (або вжиття заходів щодо її стимулювання) не приділяють особливої уваги витратам. Підвищення результативності означає зміцнення здоров'я й поліпшення якості життя пацієнта або наближення агентства, яке надає чи купує послуги, до вибраних ним оперативних цілей (наприклад, збільшення чисельності пацієнтів, що обслуговуються, кількості виготовлених і відпущених ліків чи оформлених напрямів). Але багато з найважливіших аспектів результативності особливо важко піддаються вимірюванню. Результативність політики (програми) – це ступінь досягнення проголошених цілей політики. Результативність показує, наскільки результати наблизились до

задекларованих цілей. Наприклад, програма профілактики захворювання на СНІД виходить із соціальних цінностей і має за мету зменшення кількості випадків захворювання. Програма могла включати завдання – скоротити кількість випадків, скажімо на 50%. Якщо вдалося досягти скорочення на 45%, то програму можна вважати результативною, а якщо на 10% – то, мабуть, ні (але ще потрібно довести, що скорочення є результатом саме цієї програми, а не впливу якихось інших чинників) [34].

Ефективність, третій критерій розподілу, узгоджує аспекти ресурсів і результативності, наприклад зводячи разом вкладення в лікування й результати, отримані користувачем. Підвищення ефективності може означати як скорочення витрат на підтримку раніше досягнутого рівня результативності чи випуску продукції, так і підвищення такого рівня чи обсягу і якості результатів при фіксованому бюджеті. З приводу ефективності як терміна точаться дискусії, але, будучи в разі правильного тлумачення й поміщення на належне місце в структурі всебічної, багатоцільової політики, вона не викликає заперечень як критерій раціонування. Як уже зазначалося, ефективність не рівнозначна «скороченню» нерідко для досягнення цієї мети потрібно, навпаки, збільшити, а не зменшити витрати. Існують різні типи ефективності. Ефективність політики (програм) – це співвідношення між витратами на проведення політики та досягнутими результатами (інколи продуктом політики, інколи – її наслідками). Ефективність може вимірюватися як у натуральних показниках (як продуктивність праці), так і вартісних, якщо можлива грошова оцінка всіх витрат і результатів.

Четвертий критерій (не рівність і не зрівнювання) – справедливість – дуже легко залишити поза увагою, якщо гострий дефіцит і необхідність в обмеженні виборі чи в раціонуванні приводять до намагання за будь-яку ціну наслідувати принцип «блага – за гроші». Більшість систем охорони здоров'я вбачають мету в забезпеченні більш справедливого, не дискримінаційного, обумовленого розподілу бюджету, послуг і ліків.

Горизонтальна рівність означає ідентичне поводження з ідентичними людьми (індивідуали з однаковими потребами мають отримувати допомогу в еквівалентному обсязі), тоді як вертикальна – неоднакове поводження з різними людьми (диференційований розподіл лікування чи результатів серед індивідів з різними потребами) [34].

Спрямування служб на групи людей зі специфічними потребами – найбільш поширений приклад стратегій, спрямованих на підвищення справедливості, а отже, доцільно також досліджувати ефективність подібних заходів для забезпечення справедливості – так звану цільову ефективність.

Ефективність і результативність – це різні аспекти дієвості, які часто плутають. Політика може бути результативною (результат досягнуто) і одночасно неефективною (якщо виявиться, що результат досягнуто дуже високою ціною). Інколи в аналізі виділяють як окремий аспект дієвості політики її економічність.

Показники дієвості політики, як уже зазначалось, використовуються для оцінювання політики. Отже, оцінювати слід і витрати, і процес реалізації політики, і результати на стадії як проектування майбутніх дій, так і аналізу фактично досягнутих результатів [34].

У нашій державі склалося так, що окрім Міністерства охорони здоров'я – центрального органу виконавчої влади, головним завданням якого є розробка та реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я – практично кожне з міністерств і державних комітетів, які діють сьогодні в Україні, тією чи іншою мірою займаються здійсненням державного управління щодо охорони здоров'я людей. У зв'язку з цим, найважливішими групами державно–управлінських відносин в охороні здоров'я України є галузеві та міжгалузеві державно–управлінські відносини. Змістом останніх є відносини, що виникають між різними органами державної влади в процесі управління охороною здоров'я.

Успішне розв'язання багатьох актуальних проблем, поставлених перед охороною здоров'я України, в тому числі і державного управління галуззю, можливе при створенні єдиного медичного простору нашої держави.

Як стверджує Я. Радиш, єдиний медичний простір України у вузькому розумінні цього поняття – це система загальнонаціональної мережі лікувально–профілактичних закладів України різних форм власності, місією якої є реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я [13].

Тому розглядаючи, наприклад, єдиний медичний простір України як систему, – функціонування останньої буде органічно поєднано та взаємозумовлено іншими її складовими (компонентами) – саме у зв'язку з цим, зазначену систему доцільно розглядати, як:

- надання можливостей кожному її елементові (лікувальні заклади, види медичної допомоги, кадри та їх кваліфікація, стимули, інформація тощо – на думку проф. В. Журавля, в охороні здоров'я поняття “елемент–компонент” дуже широке [20] розширювати свої можливості, враховуючи при цьому як загальносуспільні, так і корпоративні потреби;

- загальнодержавну мережу лікувально–профілактичних закладів (загальнонаціональних медичних ресурсів) – досить складних систем, що перебувають у стані динамічних змін та розвитку під впливом конкретних особливостей регіону, політичних, економічних, соціальних та інших процесів у державі – які органічно взаємопов'язані і забезпечують послідовність, взаємозамінюваність та кількісно і якісно доповнюють один одного;

- процес і результат поступового зростання можливостей системи охорони здоров'я України щодо реалізації державної політики в даній галузі [21, 22];

- шлях до постійного збільшення ресурсних можливостей охорони здоров'я – зростання матеріально–технічного потенціалу, інтелектуального

та кваліфікаційного рівня медичних працівників в усіх елементах цієї системи.

Важливою передумовою становлення, розвитку та життєздатності єдиного медичного простору є результативне державне управління охороною здоров'я, що теж є досить складною соціальною системою, яка перебуває у стані постійних динамічних змін.

Отже, державна політика – це план дій, який розробляється державними органами для вирішення конкретної проблеми або набору взаємопов'язаних проблем. Аналіз державної політики – це процес, який включає в себе розгляд і оцінку різних аспектів політики з метою прийняття рішень про майбутні дії. Цей аналіз зазвичай включає в себе зіставлення суспільних цінностей та проголошених цілей політики з обмеженнями та можливостями. Результати аналізу використовуються для формулювання рекомендацій для органів влади та окремих осіб, які відповідають за прийняття рішень, з урахуванням найкращого способу дій.

2.2. Механізми державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я

Закономірністю розвитку охорони здоров'я провідних країн світу в останні 10–15 років можна вважати перманентні зміни, основною метою яких є адаптація все зростаючих потреб населення в послугах з охорони здоров'я та медичного забезпечення до обмежених ресурсів державного бюджету. З боку державного управління ця закономірність виявляється як проблема необхідності доступного і справедливого забезпечення послугами з охорони здоров'я всіх громадян [29].

В умовах України – держави, що перебуває на етапі трансформації всієї системи державного управління і галузей господарювання, дуже складно здійснювати зміни в охороні здоров'я. Аналіз факторів протидії змінам дає змогу поділити їх на економічні, політичні, соціальні, медико-

біологічні, демографічні та організаційні. Вони діють як в самій галузі охорони здоров'я, так і поза її сферою, зазвичай утворюючи замкнене коло, що зумовлює потребу в науковому обґрунтуванні розробки та впровадження механізмів державного управління, особливо міжгалузевою співпрацею в Україні [26].

В системі охорони здоров'я України на часі є проблема підвищення ефективності та забезпечення доцільного спрямування ресурсів, що потребує змін технологій управління галуззю, структурних реформ тощо. Зокрема, в цьому аспекті необхідне реальне підсилення ролі органів місцевого самоврядування, в тому числі і делегування певних функцій центральних та регіональних органів державного управління. Прийняття рішень має бути делеговане центральними органами влади регіональним та місцевим органам. Але реальне забезпечення децентралізації влади можливе при одночасній децентралізації системи оподаткування, що надасть більшу фінансову незалежність регіональним та місцевим органам влади. Саме це прописано в Законі України «Про місцеве самоврядування». Разом з тим крім органів державного і місцевого управління необхідно надати інституційну фінансову автономність також закладам охорони здоров'я.

В цілому потребують змін фінансово-економічні засади діяльності системи охорони здоров'я, а саме фінансування за обсягом наданих послуг, а не відповідно до існуючої інфраструктури. У сфері медичного забезпечення такий принцип можливий лише при запровадженні соціального медичного страхування. Децентралізація державного управління змінює роль управління національного рівня; дає змогу останньому зосередитися на формуванні державної політики та стратегії, контролю якості послуг з охорони здоров'я тощо. Публічні політики, медичні працівники, науковці відзначають невідкладну необхідність проведення глибоких та системних реформ для підвищення ефективності та якості послуг у сфері охорони здоров'я. Разом з тим сильні традиції і

сподівання населення на безкоштовне медичне обслуговування підтримуються окремими політичними силами.

Механізми державного управління представляють собою конкретні заходи, інструменти, стимули і засоби, якими органи державної влади впливають на суспільство, виробництво та різні соціальні системи з метою досягнення поставлених завдань. У контексті галузі охорони здоров'я основними механізмами державного управління, які суттєво впливають на її функціонування, є:

1. Децентралізація: передача влади та відповідальності з центральних органів держави на місцеві рівні з метою покращення управління та прийняття рішень на місці.

2. Фінансування галузі: виділення коштів для підтримки та розвитку системи охорони здоров'я, включаючи бюджетування та аналіз витрат.

3. Організація системи охорони здоров'я на макро- та мікрорівнях: структурні та функціональні аспекти організації медичної системи на різних рівнях управління.

4. Розміщення фінансових ресурсів: спрямування фінансування до конкретних сегментів системи охорони здоров'я для досягнення певних цілей та завдань.

5. Методи оплати виробників медичних послуг: встановлення систем оплати, які стимулюють ефективність та якість надання медичних послуг.

6. Регулювання діяльності з метою досягнення оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів у галузі охорони здоров'я.

7. Соціальний маркетинг: застосування маркетингових стратегій та комунікаційних заходів для забезпечення ефективного впливу на поведінку та свідомість громадян у сфері охорони здоров'я.

Цей набір механізмів державного управління може бути корисним для класифікації причин недоліків у функціонуванні системи охорони здоров'я.

Механізм фінансування галузі охорони здоров'я як механізм державного управління включає формування сукупного бюджету охорони здоров'я та всі процеси і структури, що мобілізують грошові ресурси, якими оплачуються різні види діяльності галузі. До них належать загальні та адресні податки, страхові внески і пряма оплата пацієнта [34].

Організаційний механізм державного управління – це прямий або опосередкований вплив органів державної влади та місцевого самоврядування на структуру, функції, зовнішню та внутрішню взаємодію постачальників на ринках охорони здоров'я. Ми виділяємо макроструктуру, що описує, як організація розподіляє різні види діяльності, та мікроструктуру – внутрішню організацію закладів охорони здоров'я, яка визначає, як розподілені завдання і як винагороджуються їх виконавці. Цей механізм включає заходи, що стимулюють конкуренцію, децентралізацію управління та прямий контроль постачальників, які надають медичні послуги, через державну систему охорони здоров'я, а також визначення пріоритетів для програмно-цільового фінансування та запровадження нових організаційних форм підвищення ефективності функціонування галузі [34].

Розміщення фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я – це організація розподілу фінансових ресурсів від фінансових посередників, які виступають покупцями медичної допомоги в інтересах населення, до надавачів медичних послуг. Цей механізм включає характер відносин між фінансовими посередниками та виробниками послуг охорони здоров'я, а також вимоги до виконання ним купівельної функції як щодо надавачів, так і щодо ринкової взаємодії між ними. Ми розглядаємо контрактний його тип як найбільш адекватний інструмент планування і управління медичною допомогою в реальних соціально-економічних умовах України [23, 34].

Сплата виробникам медичних послуг представляє собою способи перерозподілу та передачі зібраних фінансових ресурсів між

постачальниками охорони здоров'я, такими як лікувально-профілактичні заклади, лікарі загальної практики, медичні працівники різних форм власності і т. д. Методи оплати надавачів медичних послуг, у свою чергу, створюють потужні стимули, на які реагують медичні працівники та які впливають на їхню поведінку.

Механізм регулювання включає в себе всі зусилля держави, спрямовані на управління поведінкою фінансових посередників, установ і медичних працівників у галузі охорони здоров'я. Деякі регулятивні норми застосовуються до ресурсів (наприклад, вимоги до ліцензування), інші контролюють процеси (вимоги до фінансових резервів), треті регулюють продукти діяльності лікувально-профілактичних закладів (стандарти медичних технологій, обмеження або заборона певних лікарських засобів), а також впливають на ціноутворення.

Соціальний маркетинг – механізм державного управління, через який справляється вплив на поведінку людей (споживачів) щодо здоров'я та його збереження, а також на постачальників (виключаючи заходи, які є частиною мікроструктури, тобто в межах організації окремих лікувально-профілактичних закладів, крім матеріальних стимулів). До них належать, наприклад, публікації в засобах масової інформації, спрямовані проти тютюнопаління та інших факторів ризику захворювань, щодо зміни сексуальної поведінки для запобігання інфікування вірусом імунодефіциту людини, використання професійних медичних товариств для впливу на поведінку постачальників, переконання громадян стосовно раціонального споживання медичних послуг тощо.

Недоліки центрального планування полягають у відсутності контролю з боку регіональних чи місцевих органів управління у відношенні потреб населення в охороні здоров'я, оскільки потреба в медичному забезпеченні на місцях визначається місцевими умовами. Без ініціативи (регіональних) місцевих органів влади та без системи охорони здоров'я на місцях центральне планування негативно відображається на

багатьох насущних питаннях, таких наприклад, як профілактика та профілактичне лікування [28, 30].

Саме децентралізація є одним з основних методів покращення медичного обслуговування – це шлях до оптимального розподілу ресурсів у відповідності до потреб, безпосереднього залучення населення в процес визначення пріоритетів, а також досягнення рівної доступності медичної допомоги для різних верств населення і таким чином дозволяє підвищити медичну та економічну ефективність галузі [23, 34].

Механізми децентралізації є правильним напрямком до вирішення багатьох організаційних та управлінських проблем і неминуче призводять до реформування всієї системи. Децентралізація потрібна ще й тому, щоб управлінські структури на місцях отримали більші повноваження та незалежність від рішень, які приймаються на рівні міністерств [10].

Децентралізація приваблива ще й тому, що центральні адміністративні органи є надто далекими від конкретних користувачів медичних послуг, щоб своєчасно та ефективно реагувати і приймати необхідні рішення в умовах які постійно змінюються. Постійно приходиться зустрічатись з незадовільно низькою ефективністю великих та централізованих бюрократичних інститутів. Практично у всіх Європейських країнах спостерігаються одні й ті ж недоліки централізованої системи охорони здоров'я [34]: низька ефективність галузі, великі витрати на утримання апарату, повільні темпи впровадження новітніх технологій, повільна реакція на зміну зовнішніх умов та обставин (відсутність мобільності системи), а відповідно пізніе прийняття кардинальних управлінських рішень, що самим негативним чином впливає на стан здоров'я населення та на саму систему охорони здоров'я.

Децентралізація, з другого боку, має собі на меті і досягнення важливих політичних цілей, оскільки забезпечує участь населення в процесі охорони здоров'я і передбачає опору місцевих органів на особисті сили, а також сприяє розвитку підзвітності державних чиновників від

охорони здоров'я. Одним з аспектів, який викликає стурбованість у населення, є сприятливість централізованих систем до політичних маніпуляцій зі сторони окремих політичних груп або партій.

Ще однією стороною децентралізації є можливість розглядати її, як засіб делегування відповідальності за хід розвитку галузі з центру на периферію і, відповідно, як засіб перерозподілу відповідальності за невдачі при задоволенні місцевих потреб. В результаті децентралізації, безпосередні надавачі послуг (лікарі) можуть отримати можливість для підвищення своїх доходів, оскільки будуть мати справу з більш “доступними” управлінцями місцевого рівня і з другого боку можуть впливати на прийняття управлінських рішень на місцевому рівні [23].

До переваг децентралізації в охороні здоров'я в Україні варто віднести наступне:

1. Зближення прийняття рішень – децентралізація дозволила передати владу і ресурси з центрального рівня до місцевих органів влади, що забезпечує більш швидке та ефективне реагування на потреби місцевого населення в сфері охорони здоров'я.

2. Забезпечення доступності медичних послуг – децентралізація дозволяє збільшити кількість медичних закладів та надати їм достатній рівень фінансування. Це сприяє зростанню доступності як загальних, так і спеціалізованих медичних послуг для населення.

3. Розвиток медичної інфраструктури – децентралізація дозволяє місцевим органам влади розвивати і створювати нові медичні заклади, обладнувати їх сучасними медичними та діагностичними приладами, а також залучати кваліфікований медичний персонал.

4. Підвищення якості медичних послуг – децентралізація сприяє створенню конкурентної середовища, що стимулює медичні заклади до поліпшення якості надання послуг.

Отже, децентралізація включає об'єднання стимулів і управлінських реформ, при цьому результати політичних змін залежатимуть від

особливостей їх впровадження. При цьому функції централізованого управління змінюються: контрольні – на дорадчі, навчальні – на командні, що вимагає регулювання та стимулювання, щоб спонукати місцевих політиків до підтримки національних цілей. Наприклад, грошові трансферти до підпорядкованих уряду регіональних рівнів можуть бути пристосовані для досягнення національних завдань у таких умовах. Моніторинг діяльності стає особливо важливим, оскільки в протилежному разі ефект нововведень залишиться непомітним.

Очевидно, що механізми державного управління спрямовані на різні етапи та різні підсистеми охорони здоров'я. Фінансування, оплата праці і організація системи охорони здоров'я значною мірою стосується таких аспектів, як структура та процеси.

Особливістю перебудови системи охорони здоров'я є те, що уряд, різними способами впливаючи на встановлення механізмів управління, може використовувати стимули й регулювання, які стосуються багатьох закладів у системі охорони здоров'я, крім того він сам собі є учасником діяльності системи.

2.3. Здоров'я населення – інтегрований показник суспільного розвитку держави

Життя і здоров'я – найвищі людські цінності. Здоров'я є найбільшим суспільним благом людини. Здоров'я людини залежить від багатьох різноманітних факторів, найважливішим серед яких є природні спадкові. Але людина – істота суспільна, і стан її здоров'я залежить не тільки від природних, а й суспільних умов життя. В сучасному світі вони є не лише особистими благами кожної людини, а й величезною суспільною цінністю, надзвичайно важливою і в соціальному, і в економічному плані. Здоров'я нації, народу – інтегрований показник його суспільного розвитку. Вчені підраховали, що умови життя людини (чистота навколишнього

середовища, гігієнічні умови життя, праці й побуту, якість харчування та ін.) до 50% визначають стан здоров'я. До третини (33%) на стан здоров'я впливають спадкові фактори, і, нарешті, ефективна діяльність служби охорони здоров'я може забезпечити здоров'я людини лише на 8–12% [1].

Здоров'я є невід'ємною умовою гармонійного розвитку людей, і в той же час, показником рівня соціально-економічного та культурного розвитку суспільства. Адже чим розвинутіше й багатше суспільство та держава, тим більше коштів вони вкладають в охорону здоров'я своїх громадян, у їх медико-санітарне обслуговування, в розвиток медичної, біологічної та фармацевтичної науки, практики й новітніх оздоровчих і лікувальних технологій [1].

Здоров'я, в силу прямого зв'язку з якістю життя, є першочерговим фактором, який визначає людський розвиток; разом з тим воно є одним із результатів розвитку – як писав професор А. Лоедін. Таким чином, визначення здоров'я не можна зводити лише до відсутності захворювання: здоров'я, як сказано у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, це «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, яке дозволяє людям вести соціальне і економічне продуктивне життя». З цього випливає, розвиток охорони здоров'я – невід'ємна складова частини національного розвитку, і його головні цілі повинні співпадати з цілями цього розвитку [1].

Важливим показником, що відображає на макрорівні ступінь матеріального забезпечення населення, його здоров'я й освіченість – є індекс людського розвитку (ІЛР). Зараз цей показник починає виступати як найвищий критерій результативності державного управління [40].

Перше десятиліття демократії розкрило перед пересічним українцем нові можливості і свободи, і разом з тим, зменшило на 60% доходи у перерахунку на душу населення. Це безпрецедентний спад за такий короткий період. Зниження ВВП на душу населення не відображає всіх реалій життя в сьогоднішній Україні. Різниця між офіційним рівнем ВВП

на душу населення та реальним рівнем людського розвитку в Україні пояснюється такими факторами, успадкованими з минулого, як освіта, соціальні послуги, забезпечення житлом, виробниче обладнання та інфраструктура [41].

Це набуває особливого значення в сучасній Україні, де спостерігається певний мовно-культурний дисбаланс, викривлення парадигми національної культури, ідеологічна неоднорідність тощо. Тому розробці стратегії розвитку людини, має бути підпорядкована, на наш погляд, уся соціально-економічна діяльність в Україні на всіх рівнях державного управління.

Індекс доходу відображає загальний рівень розвитку країни і здатність держави забезпечити своїх громадян соціальними послугами. До індексу людського розвитку (ІЛР) включено показники якості послуг у галузі охорони здоров'я та освіти – два найбільш значущих компоненти людського розвитку.

Розроблений (ІЛР) більш адекватно відображає становище в Україні. Окрім того, на основі індексу можна простежити ситуацію в Україні у порівнянні з іншими країнами світу.

Державно політика у сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на зміцнення здоров'я всіх верств населення, збільшення тривалості активного життя, формування здорового способу життя.

Суспільство може оцінювати стан здоров'я в країні, використовуючи такі показники, як здоров'я людей, громадське здоров'я. Саме здоров'я населення, за сучасними уявленнями є мірою соціально-культурного розвитку суспільства і якості життя [41].

Сьогодні галузь охорони здоров'я перебуває в складному становищі. З одного боку, вона відповідає за стан громадського здоров'я, надання медичної допомоги, санітарне та епідеміологічне благополуччя населення. З другого, реалізацію завдань, що покладені на неї державою, доводиться здійснювати в умовах вкрай обмежених фінансових ресурсів. Державна

політиків в цій сфері повинна забезпечуватися відповідними бюджетними асигнуваннями.

Зменшення доходів, що зумовило різке зниження ІЛР за останні 5 років в Україні, яке привело до істотного зменшення рівня виробництва та рівня ВВП внаслідок різкого економічного спаду, а з цим пов'язане зменшення тривалості життя. Розбіжності між ІЛР і ВВП на душу населення зумовлені високим рівнем охоплення населення шкільною освітою та високим рівнем письменності дорослого населення за радянського періоду [41].

Різко зменшилася тривалість життя, особливо серед чоловіків. Великою і складною проблемою стало захворювання на туберкульоз, рівень поширення якого у 1990р. становив 32 випадки на 100 тис осіб, а на сьогодні – 56 випадків на 100 тис. Збільшенню кількості серцево-судинних захворювань, респіраторних захворювань, психічні розлади, проблеми алкоголізму, наркоманії, травматизму значною мірою пов'язані з виробом стилю життя, харчуванням, палінням, вживанням алкоголю та фізичними навантаженнями. Істотним є і поширення ВІЛ/Сніду в Україні за останні роки: на сьогодні рівень інфікованості в Україні є одним найвищих у Європі.

Вплив Чорнобильської катастрофи зумовлює поширення респіраторних, онкологічних, психічних захворювань та захворювань щитовидної залози як у дітей, так і у дорослих.

В Україні продовжується практика розгляду і прийняття економічних, соціальних, технологічних і екологічних рішень без необхідного ув'язування їх в єдину комплексну систему на основі перспективної та збалансованої стратегії розвитку нашої держави в XXI ст. Зокрема, затверджені Верховною Радою в березні 1998 р. “Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та збереження екологічної безпеки” мають вузькогалузевий характер [45]. У ньому навіть немає посилання на

Порядок денний на ХХІ ст., а засади сталого розвитку згадуються побіжно як такі, що мають відношення лише до третього етапу реалізації цих Основ у невідомому майбутньому.

Аналіз використаних нами літературних джерел [41-45] переконливо свідчить, що при глобальному погляді на демографічні зміни, кількість населення Землі зростає. Так, якщо на початку нашої ери його кількість становила 220 млн осіб, то вже в 1900 р. на Землі налічувалося 1,6 млрд осіб, в 1941 р. – 4,5 млрд., в 1950 р. – 2,5 млрд. чол., у 1987 р. – 5 млрд. чол., а в 1996 р. – 5,6 млрд осіб. Очікується, що до 2025 р. чисельність населення світу сягне 8 млрд. осіб за рахунок різкого зростання кількості населення в країнах, що розвиваються. Це означає, що до наявних фондів споживання, що є сьогодні, треба додати принаймні стільки ж продовольства, житла, лікарень та товарів повсякденного попиту, за допомогою яких можна забезпечити життя цього населення [41, 43]. Водночас промислово розвинутим країнам та багатьом країнам з перехідною економікою притаманна тенденція зниження народжуваності. В Україні, зокрема, негативні тенденції розвитку народжуваності і смертності обумовлюють значне погіршення узагальнюючих показників відтворення населення. Природний приріст змінився з +0,6 у 1990 р. на наростаюче природне зменшення, яке в 1996 р. досягло –6,1, тобто на кожну 1000 населення померлих на 6,1 більше, ніж народжених.

Сучасні і прогнозовані тенденції неспроможності України відтворювати себе в нових поколіннях упродовж найближчих 25 років відображені на рис. 2.2 [45].

За даними ВООЗ якість довкілля, поряд із соціально–економічними умовами, генетичними факторами та рівнем охорони здоров'я, визначає стан здоров'я населення будь-якої країни світу. Без помітного поліпшення стану біосфери не можна сподіватись на підвищення рівня здоров'я населення.

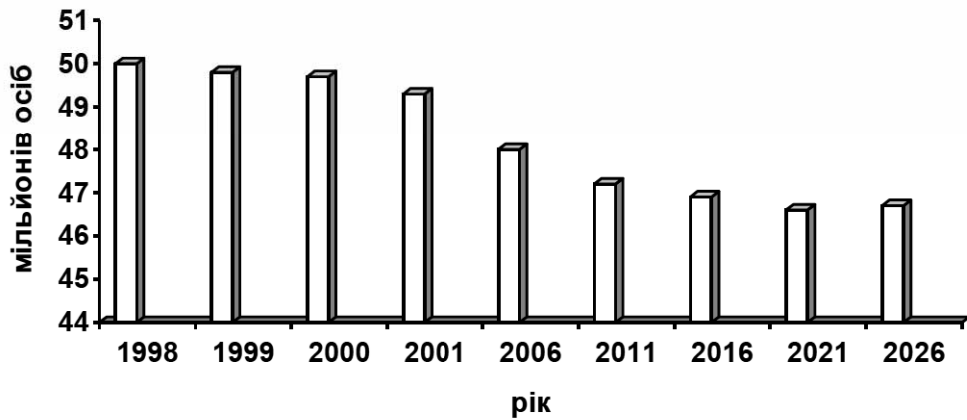


Рис. 2.1. Показники відтворення населення України в 1998–2026 рр.

Структура захворюваності в Україні є результатом традиційної орієнтації системи охорони здоров'я на лікування, а не профілактичні засоби.

Профілактика не може бути вторинною або третинною. Профілактика – це недопущення шкідливих впливів на здоров'я людини і досягається або усуненням найшкідливішого фактора, або недопущенням дії шкідливого фактора на людину. Таким чином, профілактика – це саме усунення, запобігання дії шкідливого фактора, а не запобігання патологічних змін в організмі. Профілактика покликана зберігати непорушене здоров'я, вона закінчується біля ліжка хворого. Саме хвороба і є межею, що розділяє профілактику й лікування. З часу хвороби, коли рівень здоров'я опустився нижче критичного, ніякої профілактики бути не може – є тільки лікування, тобто усунення, ліквідація патологічних змін, що виникли в організмі, і відновлення здоров'я до рівня вище критичного. Саме ж лікування повинно бути настільки корисним, щоб не наставало ускладнень, а в майбутньому – рецидивів.

Профілактика – це частина охорони здоров'я як загальнодержавної системи збереження і зміцнення здоров'я. Вона має відношення до медицини як науки в частині встановлення норм і розробки рекомендацій щодо оптимізації генофонду, санітарного стану довкілля і здорового способу життя. Основна ж частина профілактичних заходів – це діяльність

немедичних структур охорони здоров'я з метою реалізації цих норм і рекомендацій медицини.

Труднощі у розв'язанні багатьох профілактичних проблем пов'язані з відсутністю порозуміння і згоди при тлумаченні поняття “здоров'я”. Останнє, як свідчить досвід та історія медицини, постійно блокується різними аспектами поняття “хвороба”, і ця умова не тільки утруднює його насичення конкретним змістом, але й стримує його провідну роль у медицині.

А. Нагорна у навчальному посібнику “Здоров'я людини та екологія” з цього приводу зазначає, що здоров'я часто розглядають як відсутність хвороби. Здоров'я ж необхідно розглядати як суто якісне поняття меж норми. Воно є основоположним поняттям не тільки біології та медицини, але й усієї живої природи [46].

Вагомими є й аргументи проф. П. Мельниченка про те, що здоров'я – атрибут людини як біосоціальної системи, що відображає стан його елементів: структури, функції, адаптації, за допомогою яких здійснюються якісно–кількісні співвідношення в системі “людина–середовище” і завдяки яким забезпечується існування людини в одній із фаз адаптогенезу: адаптації, адаптованості (стійкої рівноваги), дезадаптації [46].

Необхідність використання арсеналу науки для кількісного виразу здоров'я може бути подана у вигляді потужності та кількості. Потужність характеризує стан структури, функції та адаптаційних резервів у даний момент часу. Це потенціал можливостей людини та популяції щодо реалізації процесу життя при певному стані чи кількості в момент його виміру. Для визначення потужності здоров'я використовують різні показники. Насамперед медико–діагностичні, які характеризують стан серцево–судинної, дихальної, видільної, ендокринної та інших систем. Великі можливості щодо оцінки потужності здоров'я, особливо суспільного, мають медико–статистичні показники – фізичний розвиток, захворюваність, летальність, працевтрати.

Кількість здоров'я представляє собою загальний його запас упродовж прожитого життя, детермінований генетичними і соціальними факторами. Його доцільно визначати не тільки біологічними, але й соціальними показниками, в які саме й інтегруються всі позитивні та негативні складові його величини. Такими показниками є: середня тривалість життя, інтеграл працездатності за життя, самопочуття тощо.

За останні роки, коли в світі виникли глобальні екологічні проблеми, з'явився новий напрям громадського здоров'я – екологічний. Суть його полягає у встановленні обов'язкового зв'язку між екологічними та соціальними причинами та зменшенні впливу факторів ризику.

Виконання основного стратегічного завдання діяльності системи охорони здоров'я України – збереження та зміцнення здоров'я населення – неможливе без знання основних характеристик, тенденцій та закономірностей стану здоров'я населення нашої держави. А рівень здоров'я громадян нашої держави є інтегральним (узагальненим) показником соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я в єдиному медичному просторі України.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ В УМОВАХ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

3.1. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб

У більшості країн світу системи охорони здоров'я перебувають у стані значних трансформаційних процесів. Стан громадського здоров'я та системи охорони здоров'я часто використовуються як показники добробуту країни, оскільки вони пов'язані із ступенем економічного розвитку держави та ефективністю державної політики щодо охорони громадського здоров'я. Кризове погіршення стану здоров'я і життєздатності населення України є свідченням істотного соціального неблагополуччя. Відчутні втрати потенціалу здоров'я громадян України є результатом поглиблення ряду несприятливих тенденцій кінця 80-х рр., а також загострення медико-демографічних проблем, пов'язаних із соціально-економічною кризою 90-х рр. ХХ ст. Погіршення здоров'я населення України перетворюється на довготривале гальмо соціально-економічного розвитку, виходу країни із суспільної кризи. Збереження здоров'я нинішніх, а тим самим і майбутніх поколінь, має перетворитися на пріоритетну мету всієї соціально-економічної політики держави [29].

Охороні здоров'я в умовах адміністративно-командної системи були притаманні деякі позитивні риси, зокрема такі, як безоплатна медична допомога і наявність традицій суспільної солідарності, однак організаційно вона була громіздкою, надмірно розгалуженою, економічно неефективною, і основне, що вона істотно не покращувала незадовільний стан громадського здоров'я. Процесові перебудови охорони здоров'я належить пройти складний шлях, оскільки органи державної влади, керівництво

закладів охорони здоров'я і громадяни повинні досягнути консенсусу щодо того, які саме інновації стосовно механізмів державного управління охороною здоров'я необхідно впроваджувати. Безумовно, загальне завдання щодо перетворень полягає в тому, щоб покращити суспільне здоров'я, підвищити рівень задоволеності пацієнтів, забезпечити для всіх категорій населення рівний доступ до медичної допомоги і можливості для зміцнення здоров'я, забезпечити довгострокову фінансову стабільність системи охорони здоров'я. Досвід країн, які успішно реформують свою систему охорони здоров'я, показує, що для покращення громадського здоров'я і забезпечення фінансової стабільності системи необхідно виконувати дії, які вимагають широкої суспільної підтримки [48, 50].

Країни Східної Європи в умовах економіки перехідного періоду поповнилися новими схемами соціального страхування – регіональними і національними, монопольними і конкурентними. Намагаючись підвищити ефективність системи охорони здоров'я, багато країн запроваджують нові механізми фінансування, включаючи джерела формування консолідованого бюджету, його розміщення, методи оплати виробників медичної допомоги і організації медико-санітарної допомоги. Як вказують Р. Салтман, Дж. Фігейрас та інші дослідники, суперечливі політичні розрахунки, неочевидні економічні наслідки і етичні міркування є основними причинами широких та тривалих дискусій стосовно перебудови системи охорони здоров'я [49].

В умовах коли Україна перебуває на етапі трансформації всієї системи державного управління і галузей господарювання, дуже складно здійснювати зміни в охороні здоров'я. Економічні, політичні, соціальні, медико-біологічні, демографічні та організаційні фактори діють як у самій галузі охорони здоров'я, так і поза її сферою, утворюючи замкнене поле, що зумовлює потребу в науковому обґрунтуванні розробки та впровадження механізмів державного управління, особливо з міжгалузевою співпрацею.

Це є предметом важливої наукової проблеми, а саме наукового обґрунтування ролі перерахованих факторів у формуванні сучасної системи охорони здоров'я, їх значення у гальмуванні перетворень та визначенні ключових ланок для прийняття пріоритетних рішень щодо управління змінами і виходу галузі з кризового стану [48].

Основні чинники, які зумовлюють еволюцію суспільних потреб щодо охорони здоров'я в умовах глобальних трансформаційних процесів, можна згрупувати в чотири категорії, охарактеризовані нижче.

Зростаючі очікування громадян. Громадяни багатьох країн вимагають більшого – від уряду в цілому і від системи охорони здоров'я зокрема. Таке зростання суспільних очікувань є одним з цілого ряду факторів, які впливають на збільшення витрат на охорону здоров'я. Збільшення витрат є другим основним фактором [50].

Запровадження більш високих суспільних очікувань та збільшення витрат на охорону здоров'я найчастіше відбувається в ті періоди, коли державний бюджет обмежений у своїх можливостях оплати медичних послуг. Така обмеженість зустрічається навіть у країнах, де протягом багатьох років панував відносний мир та процвітання, а не лише у країнах, що розвиваються чи перебувають у перехідному періоді політичної нестабільності та економічного зміщення. Ці обмежені можливості можуть бути віднесені до третьої категорії згаданих сил. У різних країнах світу вплив та співвідношення цих трьох протирічливих чинників розрізняються. У деяких випадках увага суспільства зосереджується на цьому питанні через економічну кризу, в інших – вимоги медичних працівників щодо підвищення зарплати стають причиною серйозного перегляду ситуації. Проте в будь-якому разі, незалежно від причини, головним стимулом до реформування системи охорони здоров'я є спроба уряду врегулювати суперечність між обсягом оплати, яку він може виділити на охорону здоров'я, та очікуваними громадянами обсягом та якістю медичних послуг [51].

У всьому світі охорона здоров'я переживає значну трансформацію. Можна сказати, що за останнє десятиріччя процес глобалізації торкнувся кожної організації і позначився на житті кожної людини. Глобалізація передусім означає все більш глибоку економічну інтеграцію на світовому рівні. З одного боку, це включає в себе активне переміщення ресурсів, товарів, послуг, знань і капіталу між різними країнами. З іншого боку, це призводить до зменшення впливу національних урядів на розвиток суспільних інститутів та функціонування виробників товарів та послуг. У зв'язку з глобалізацією виникає питання про роль держави в умовах, що змінюються [23]. Значні зрушення в традиційних уявленнях щодо держави і ринку призводять до стимулювання ринкової конкуренції і приватизації як способу вирішення економічних проблем, включаючи особливості політики в галузі охорони здоров'я. Разом з тим існує рух в напрямі пошуку нових ідей щодо реформи системи охорони здоров'я, відбувається еволюція парадигми сучасної охорони здоров'я, основними напрямками якої є пріоритет заходів із збереження і зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя, всеохоплююче управління якістю медичної допомоги та охорона здоров'я, що базується на доказах.

Практичний аналіз системи охорони здоров'я повинен фокусуватися на наслідках всесистемної діяльності щодо збереження та відновлення здоров'я громадян загалом. Масштаб аналізу повинен бути широким настільки, щоб враховувати всі чинники і впливи, на які можуть мати вплив органи державного управління і місцевого самоврядування з метою поліпшення громадського здоров'я, у тому числі покращення якості життя, забезпечення фінансового захисту громадян у разі захворювання, підвищення ефективності сфери охорони здоров'я та задоволення потреб населення [51].

Перебудова системи охорони здоров'я в Україні повинна мати характер цілеспрямованого, керованого і системного перетворення, для чого необхідний детальний аналіз її діяльності як об'єкт запланованих

змін. Ефективність державного управління охороною здоров'я та її перебудовою в Україні значною мірою ускладнена через відсутність чіткого бачення майбутньої моделі, а також обмежене фінансування. Для того щоб визначити напрями перетворень, слід сформулювати чіткі риси бажаної майбутньої моделі охорони здоров'я, зрозумілої усім суспільним групам, прийняти ідею змін, усвідомивши зміст необхідних трансформацій [23]. Зміст перетворень в галузі охорони здоров'я повинен визначати як напрями державного управління, так і діяльність інших суспільних інституцій, залучених до процесу перетворень. Але недостатньо бачити мету перетворень, потрібно визначити сукупність заходів для досягнення мети та об'єктивно оцінювати можливості реальних економічних, соціальних, політичних та суспільних процесів. Необхідно чітко визначити механізми державного управління, які будуть відігравати пріоритетну роль в процесі перетворень. До такого цілісного процесу реорганізації системи охорони здоров'я повинні залучатися всі зацікавлені суспільні групи на основі моделі суспільного консенсусу. Також успішне управління змінами вимагає управлінської кваліфікації нового типу і можливе лише при ефективній підготовці та перепідготовці нової генерації фахівців органів державного управління та місцевого самоуправління, керівників органів управління охороною здоров'я та лікувально-профілактичних закладів

Особливістю перебудови системи охорони здоров'я є те, що органи державного управління та місцевого самоврядування, діючи різними засобами та впливаючи на механізми управління, можуть використовувати стимули й регулювання, які торкаються багатьох закладів у системі охорони здоров'я, але, крім того, вони самі по собі є прямими учасником діяльності системи. Ця роль органів державного управління та місцевого самоврядування особливо очевидна у використанні таких механізмів управління, як фінансування чи організація системи. Державне регулювання може впливати на збільшення доходу системи охорони

здоров'я через податки, а також необхідно враховувати, що більшість закладів охорони здоров'я перебувають у державній власності. Аналогічно держава може впливати на державних і недержавних надавачів медичних послуг, наприклад створенням додаткової конкуренції на ринку через відкриття нових закладів охорони здоров'я.

Подібні аргументи можна навести щодо інших механізмів управління, коли уряд бере на себе як управління (відіграє політичну роль), так і безпосереднє надання медичних послуг у державних закладах системи охорони здоров'я.

Прикладом таких механізмів на мікрорівні може служити проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні».

Механізми державного управління системою охорони здоров'я є контрольованими. Однак розуміння завдань перебудови вимагає аналізу менш контрольованих факторів.

Соціальне та політичне ставлення громадян відіграє величезну роль у формуванні державної політики в галузі охорони здоров'я. Національні традиції, культура й історія є основою такого ставлення. Дані фактори відіграють дуже істотну роль стосовно суспільної підтримки реформування галузі. Те, які податки може уряд реально зібрати, яке регулювання він може посилити, до якої міри громадяни сприймають патерналістські зусилля та спроби вплинути на їх поведінку - все це є предметом уваги в певному періоді політичного розвитку циклу реформи системи охорони здоров'я.

Ставлення громадян щодо майбутньої спроможності держави також істотно впливають на характер реформи галузі охорони здоров'я. Це стосується питання довіри до уряду та віри в його професіоналізм і чесність. Рівень національного соціального й економічного розвитку також відіграє свою роль. Країни з високим рівнем грамотності, сильною інфраструктурою інформаційних технологій і освіченим та економічно

незалежним середнім класом більш успішно вирішують суспільні проблеми та реалізують можливості. Перспективи реформування системи охорони здоров'я залежать від ставлення громадян щодо сучасної і майбутньої організаційної спроможності держави, а також розуміння та підтримки конкретної поточної ситуації. Ще одним чинником, який істотно впливає на реформу охорони здоров'я, є ставлення населення до майбутньої системи охорони здоров'я, особливо умов надання медичної допомоги. Це стосується суспільного становища медичних працівників, якості їх освіти, винагороди, а також політичного впливу на діяльності системи. Суспільні норми також формують обсяг праці, фінансові взаємостосунки між лікарями й пацієнтами тощо [3].

Зміст реформ охорони здоров'я, як правило, не впливає на ставлення широкої громадськості. Індивідуальна поведінка громадян щодо галузі охорони здоров'я може бути об'єктом реформаторських зусиль для чого і необхідно включати поведінковий механізм управління (соціальний маркетинг). Однак не існує переконливого аргументу, щоб змусити громадян повірити чи прийняти офіційну точку зору стосовно перебудови охорони здоров'я без активної участі їх представників у формуванні нової моделі.

Ніяка фінансова система не може виробити більше ресурсів, ніж їх генерує національна економіка. Тому необхідно погоджувати розміщення фінансових ресурсів в системі охорони здоров'я з рівнем економічного, соціального і політичного розвитку суспільства. Через те, що ресурси завжди обмежені, необхідно пристосовувати оплату, організацію та регулювання як механізми державного управління, до підвищення технічної й розподільчої ефективності діяльності галузі. Вказані зусилля повинні бути підпорядковані максимальній якості послуг з охорони здоров'я та гарантувати оптимальне поєднання продуктів та результатів діяльності. Якщо суспільство хоче максимізувати і стан здоров'я, і задоволеність громадян системою охорони здоров'я, воно повинно

використовувати саме ті механізми державного управління, які призначені для досягнення цих результатів, а саме збільшення стимулів відповідальності організацій (оплата виробників та регулювання) і підвищення їх здатності відповідати цим стимулам (організація).

При проведенні перетворень в галузі охорони здоров'я необхідно враховувати попит і пропозицію на медичні послуги. Існують межі того, наскільки держава може примушувати громадян використовувати медичне обслуговування, яке вони вважають неприйнятним. Пропозицію послуг необхідно організувати й оцінювати шляхом, який заохочує їх використання. Аналогічно додаткові зусилля впливу на індивідуальну поведінку повинні зосереджуватись переважно на відповідності задоволення основних потреб громадян, а не на спробі змінити дані потреби на користь окремих політичних рішень.

Управлінське втручання включає в себе реорганізацію державних постачальників медичних послуг шляхом проведення реформ, основною метою яких є автономізація і корпоратизація. Раніше розглядалися декілька структурних аспектів державного сектора, які призводили до незадовільної діяльності медичних закладів і потребують поліпшення. Для досягнення цих цілей створюються нові організації, які впроваджують певні аспекти управління, які характеризуються як "квазідержавні" або "державні корпорації". У таких реформах управлінням надається більше повноважень, і створюються нові управлінські структури (наприклад, ради директорів або наглядові ради), які не підпорядковані безпосередньо Міністерству охорони здоров'я. В цьому випадку організації надаються додаткові фінансові та управлінські повноваження, а фінансування може проводитися на основі результатів діяльності. Ради створюють певні стимули як для організацій, так і для їхніх керівників та працівників. У сучасній охороні здоров'я розрізняють 4 основні моделі лікувального закладу: бюджетний, автономний, корпоративний і приватний.

Але успішна реструктуризація лікарень вимагає наявності кваліфікованих управлінських кадрів, які мають достатню владу та належну компенсацію, і це, в свою чергу, потребує створення системи їхньої підготовки і заохочення для адекватної діяльності професійних асоціацій (у цьому плані деякі країни Центральної і Східної Європи, наприклад Угорщина, вже розпочали впроваджувати певні заходи).

Міжнародний досвід свідчить, що лікарні можуть сприймати позитивні зміни у своєму функціонуванні та результативності лише в разі, якщо одночасно здійснюється узгоджена реформа як зовнішнього середовища, так і організаційної структури лікарень, включаючи всю їхню мережу. Без належних стимулів з зовнішнього середовища лікарні не виявляють ініціативи для покращення своєї продуктивності. Навіть при наявності добре організованого зовнішнього середовища організаційна структура лікарень може визначати спрямованість змін у їх поведінці і обмежувати розмір таких змін. Отже, взаємодія між зовнішнім середовищем і організаційною структурою лікарень повинна бути узгодженою, і це є необхідною передумовою для успішних ініціатив щодо поліпшення їх результативності.

Зовнішнє середовище лікарень можна теоретично розглядати як сукупність чотирьох функціональних взаємозв'язків, які породжують чотири типи стимулів, що впливають на якісні характеристики лікарень. Ці функціональні взаємозв'язки включають у себе колективні закупівлі, ринково-орієнтовані закупівлі, нагляд і керівництво. По-перше, відносини лікарні з її покупцями (зокрема, ринково-орієнтованими закупівлями та страховими полісами) впливають на платіжні механізми та конкуренцію, з якою лікарня стикається з боку організованих колективних покупців.

Пов'язаність між функціонуванням лікарень та різними механізмами оплати постачальників вважається важливим стимулом для поліпшення якісних показників діяльності лікарень. По-друге, відносини між лікарнями та споживачами (зокрема, ринково-орієнтованими закупівлями)

створюють конкурентний тиск на лікарню з боку незгрупованих індивідуальних споживачів. По-третє, відносини між лікарнею та урядом (нагляд) роблять лікарню залежною від урядових норм і розпоряджень. Нарешті, відносини між лікарнею та її власником визначають розподіл повноважень стосовно прийняття рішень та права на одержання прибутку. Під залишковими правами розуміють повноваження щодо прийняття рішень з використання активів, які не передані іншій стороні згідно з законодавством або угодою. Під залишковим прибутком мається на увазі дохід від активів або від підприємницької діяльності, який залишається після виконання всіх угодних зобов'язань. Ці чотири функціональні взаємозв'язки не завжди корелюють з чотирма видами організацій, і в залежності від організаційної структури системи охорони здоров'я одна організація може об'єднувати декілька функцій.

Організаційна структура лікарень встановлює зв'язки між різними стимулами, які існують у зовнішньому середовищі. Ключові аспекти або внутрішні принципи організаційної структури, які визначаються ринковими реформами, включають в себе: незалежність та повноваження щодо прийняття рішень, позиціонування на ринку та структуру конкуренції, фінансову відповідальність та статус, який визначає право на залишок чи залишковий прибуток, рівень підзвітності і виконання соціальних функцій.

Самостійність, або автономізація, у відношенні адміністрації лікарень визначається рівнем повноважень, що включають в себе управлінське прийняття рішень. У контексті лікарень це означає, що основні повноваження охоплюють контроль над структурою та обсягом ресурсів (робочою силою, капіталом і т.д.), визначенням сфери діяльності (включаючи ціни, обсяг та асортимент медичних послуг, тобто вироблених продуктів), а також управлінням процесом (фінансами, стратегічним управлінням та управлінням клінічними та не-клінічними аспектами діяльності і т.д.).

Походження на ринку пов'язане з конкретними фінансовими та професійними ризиками для лікарень. Загалом вважається, що присутність на ринку спонукує лікарню до дисципліни, оскільки ринок заохочує діяльність ефективних організацій та їхніх працівників, і навпаки. Організаційну реформу можна охарактеризувати в залежності від того, наскільки лікарні підпорядковані впливу ринкових законів. У випадку ринку медичних послуг рівень впливу ринкових механізмів визначається часткою доходів лікарень, отриманих від користувачів: чим більше доходів збирається з користувачів, тим сильніші фінансові стимули, що спонукають лікарню до залучення пацієнтів.

Статус організації як претендента на залишок відображає рівень її фінансової відповідальності, зокрема, можливість зберігання надлишків і відповідну відповідальність за фінансові зобов'язання. У відношенні лікарень, які підпорядковані державним або місцевим органам влади та фінансуються зі спеціальних виділень бюджету, претендентом на залишок часто є державна скарбниця: якщо лікарня має додаткові доходи, вона може зберігати кошти або не має права на самостійне використання виділених бюджетних коштів, оскільки гроші можуть бути вилучені і перерозподілені в рамках бюджету охорони здоров'я. У той же час, через державний бюджет скарбниця може надавати допомогу лікарні в разі перевитрат. Статус претендента на залишок визначається шляхом укладення угод щодо використання резервних фондів, боргів та природи механізмів оплати медичних послуг.

В Україні роль піонерів у реформуванні медичної галузі випала на долю двох районів: Попільнянського району Житомирської та Золочівського району Харківської області. Саме в цих районах відпрацьовувалася нова модель фінансування та управління медичними закладами з метою подальшого поширення позитивного досвіду по всій Україні. На сьогоднішній день є конкретні результати. Впершу чергу це перетворення центральної районної лікарні на комунальне некомерційне

підприємство (постачальник медичних послуг) та створення відділу охорони здоров'я (РВОЗ), що діє як покупець медичних послуг. Підписано та впроваджено блок-контракти на основі глобального бюджету. Такий тип контракту засновано на визначенні об'єму послуг, які мають бути надані надавачами медичних послуг за певний період часу. Вартість цих послуг визначається провайдером відповідно до затвердженого бюджету. Це забезпечує фінансову та організаційну незалежність медичних закладів. Медичні послуги надаються на первинному/вторинному рівнях, відповідно до чинного законодавства. Спеціалізовані комп'ютерні програми оптимізують процес реєстрації пацієнтів, бухгалтерського обліку, розрахунку собівартості, бюджетного та статистичного звітування [14].

З ростом автономії постачальників медичних послуг, можливість органів державного управління для забезпечення прямого контролю знижується. В цьому контексті стає необхідним впровадження механізмів, які забезпечують непрямий контроль. Цю роль виконують угоди та інструкції, поєднані з систематичним моніторингом та заходами щодо виконання закону. У такому випадку радикально змінюються функції та роль покупців – органів державної влади і місцевого самоврядування, а також впроваджуються нові, регулюючі учасники ринку.

Описаний цілісний процес реорганізації системи охорони здоров'я передбачає залучення всіх суспільно зацікавлених в таких перетвореннях груп. Управління ним вимагає управлінської кваліфікації нового типу та є предметом змістовної державної політики, спрямованої на системні перетворення [48, 49].

Реформування системи охорони здоров'я, так само як і будь-які інші зміни у державній політиці, перш за все, є політичним процесом. Особливості державної політики мають великий вплив на визначення, зміст та впровадження всіх заходів, спрямованих на реформування галузі охорони здоров'я. Ключовим чинником успішної реалізації державної політики є розробка концепції її політичної реалізації в конкретних

умовах. Можливість прийняття політичного рішення залежить від поточної політичної обстановки, кваліфікації та підтримки її сторонників. Проте часто важливо також враховувати інтереси прихильників попередніх організаційно-правових принципів системи охорони здоров'я, а також опонентів будь-яких змін [29].

3.2. Стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні

Важливим напрямом соціальної політики кожної цивілізованої держави є охорона здоров'я населення. Трансформаційні процеси в українському суспільстві вимагають вирішення важливого завдання – створення власної, дієвої системи охорони здоров'я шляхом удосконалення механізмів державного регулювання галузі та її системної перебудови.

Стан системи охорони здоров'я характеризується наявністю фундаментальних проблем, що вимагають прийняття принципових рішень про подальші дії держави. За природним зменшенням населення Україна на порозі третього тисячоліття посідала перше місце в Європейському регіоні. Як підкреслюється в доповіді Європейського Бюро В003, в умовах мирного часу прецедентів у змінах такого масштабу просто не існує [9, 52].

В основу нової сучасної соціальної парадигми нашої держави покладене розуміння того, що охорона здоров'я – не збиткова сфера, а пріоритетна та найбільш перспективна. Потрібно перетворити її із соціально-витратної на соціально-інвестиційну. Інвестиції в людину, її потенціал набувають стратегічного значення. Адже соціальний капітал є фундаментом економічного й політичного розвитку держави. Такий соціально-інвестиційний комплекс – ознака сучасного динамічного суспільства [53].

Загальна мета реформи галузі полягає у розвитку системи охорони здоров'я, який спрямований на поліпшення стану здоров'я населення, зниження загальної захворюваності та смертності до рівня розвинутих

країн світу шляхом задоволення оптимальної потреби людей в медичній допомозі залежно від суспільних можливостей і власних потреб і цінностей.

Провідна концепція реформи повинна бути спрямована на перетворення системи охорони здоров'я із соціально-витратної в соціально-інвестиційну, перехід від екстенсивного до інтенсивного розвитку системи, від галузевого до міжгалузевого підходу до управління системою охорони здоров'я.

Критеріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме здоров'я населення;
- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування.

Неможливо здійснювати однобічний розвиток окремих напрямів у системі охорони здоров'я. Це спричинить занепад інших, не менш важливих напрямів. Систему треба розвивати в цілому, так, щоб усі напрями розвивалися комплексно, природно, адже одні напрями будуть розвиватися швидше, інші - повільніше, але розвиток одних за рахунок занепаду інших неприпустимий. Це порушить цілісність системи й призведе до диспропорцій, які обов'язково позначаються на погіршенні показників якості [48].

Систему треба розглядати не тільки з вузьких позицій - вирішуючи одну окремо взяту проблему – наприклад організації надання медичної допомоги на первинному, вторинному й третинному рівнях, а й розв'язати інші ключові проблеми. Сімейна медицина не може служити пріоритетом розвитку системи охорони здоров'я, оскільки це не доктрина, а лише один зі шляхів, один із напрямів підвищення ефективності охорони здоров'я. Доктриною ж можуть бути інноваційні перетворення системи, що зачіпають всі сфери діяльності, здатні підняти систему на якісно новий рівень розвитку.

Найбільш важливою на сьогоднішній день проблемою є проблема формування ефективного науково-виробничого комплексу, здатного вивести систему охорони здоров'я зі стану стагнації шляхом проведення структурної й функціональної політики в цьому напрямі, створення діючих організаційно-економічних механізмів реформування галузі. Медична наука повинна мати свій вихід у виробництво вітчизняної конкурентоспроможної медичної техніки, лікарських засобів і виробів медичного призначення. У зв'язку з цим першорядним завданням держави є максимальне сприяння кооперації науки-освіти-наукомісткого виробництва для того, щоб дослідження мали прикладний характер і були дійсно потрібними. А поки, на жаль, ми маємо великий розрив між цими трьома складовими, а звідси й нерозуміння і відсутність зацікавленості науки в перспективних кадрах з ВНЗ, у підготовці талановитих учених, здатних зробити його наукомістким, таким що приносить прибуток, і конкурентноспроможним на світовому ринку.

В державному управлінні стратегічне планування надзвичайно важливе. Тільки ті організації, що дивляться в майбутнє, завдяки ефективному довгостроковому плануванню можуть домогтися успіху у швидко мінливих обставинах. Стратегія стає лише тоді ефективною, коли задовільняє цілям та завданням які висуваються до неї на відповідному рівні, а тому при проведенні стратегічного планування важливо розуміти всі ці моменти з самого початку.

Для проведення реформи у сфері охорони здоров'я, необхідні наступні умови для розробки стратегії:

- реформа повинна бути ретельно науково і глибоко проаналізована (визначена сама проблема яку необхідно вирішувати);
- реформа повинна бути спланована та підготовлена, а також має бути обговорена чесно і широко;

- за допомогою проектування потрібно встановити основні напрямки (цілі) зусиль і прийняття рішень, які забезпечують єдність мети для всіх учасників управлінського процесу, для досягнення кінцевої мети;
- діапазон стратегічного планування повинен охоплювати всі конкретні потреби організації, її наявні ресурси і завдання та передбачення відповідних заходів;
- політична воля на реалізацію відповідних заходів має бути поєднана з розумінням переваг та недоліків, загроз та можливостей, а також вартості впровадження змін;
- необхідна інтенсивна професійна підготовка всіх людей, задіяних менеджменті змін;
- необхідно забезпечити постійний контакт з громадськістю на центральному та місцевому рівнях влади, а ще важливіше, у кожній медичній установі.

Отже, стратегічні напрями розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я полягають у поступовому здійсненні відповідних послідовних кроків та можуть бути представлені наступним чином.

- Об'єктивізація зобов'язань держави відносно забезпечення населення безоплатною медичною допомогою шляхом визначення обсягу гарантованих державних зобов'язань та медичної допомоги, яка б забезпечувалася за рахунок інших джерел фінансування.

- Перехід від системи фінансування, спрямованої на утримання лікувально-профілактичних закладів, до системи фінансування, спрямованої на покращення якісних показників. Запровадження багаторівневої інтегрованої системи фінансування медичних закладів на противагу постатейному бюджетному фінансуванню. Надання податкових пільг на інвестиції в охорону здоров'я. Створення умов для розширення інвестицій населення, працівників і роботодавців у формування суспільного здоров'я.

– Формування багатоканальної системи фінансування медичної допомоги, поділяючи всю систему медичної допомоги на три сектори – державний, суспільно-солідарний та приватний. Багатоканальність фінансування охорони здоров'я повинна будуватися за трирівневим принципом надання лікувально-профілактичної допомоги: перший рівень – базовий, життєзберігаючий (за рахунок бюджетних коштів), другий рівень – основний, здоров'язберігаючий (за рахунок обов'язкового медичного страхування) і третій, сервісний (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм медичного страхування).

– Прийняття та введення в дію закону «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування». Запровадження повноцінної системи загальнообов'язкового державного медичного страхування. Передбачення введення обов'язкових особистих платежів працюючих громадян на соціальне медичне страхування з відповідним зменшенням ставки прибуткового податку, а також залучення коштів пенсійного фонду та фонду безробіття для соціального медичного страхування пенсіонерів і безробітних.

– Координація діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я. Запровадження єдиного простору медичного обслуговування населення на територіальному рівні шляхом об'єднання всіх елементів системи, що забезпечує потреби населення в отриманні медичних послуг. Створення територіальними органами влади умов для формування суспільно-солідарного сектора охорони здоров'я на рівні місцевого самоврядування і територіальних громад, функціонування єдиного механізму системи цільових медичних фондів із забезпеченням контролю за їх діяльністю.

– Реструктуризація мережі лікувально-профілактичних установ та зміни організаційно-правового статусу лікувальних закладів. Скорочення надмірної кількості лікувально-профілактичних закладів та переорієнтування їх на потреби населення. Запровадження нової системи

господарювання в лікувально-профілактичних закладах шляхом створення комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я, підпорядкованих відділам охорони здоров'я районних державних адміністрацій для забезпечення фінансування з районного бюджету. Формування регульованого ринку медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я усіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах.

– Розвиток наукових досліджень і технологічних розробок для поліпшення якості надання медичних послуг і виробництва лікарських засобів. Забезпечення підтримки фундаментальних та прикладних наукових досліджень в галузі охорони здоров'я, підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, раціональне використання науково-інформаційних ресурсів. Створення спільних науково-виробничих підприємств із залученням іноземних інвестицій, в основу роботи яких будуть покладені економічні механізми господарювання для вирішення соціальних питань охорони здоров'я. Розвиток програм підтримки стратегічно важливих і перспективних інноваційних проектів в охороні здоров'я, які зможуть сприяти переходу системи охорони здоров'я на якісно новий рівень розвитку. Активізація роботи, спрямованої на забезпечення розвитку міжнародного науково-технічного співробітництва, яка сприятиме підвищенню авторитету вітчизняної медичної науки та її інтеграції у світову спільноту.

– Поліпшення якісного аспекту функціонування системи шляхом модернізації матеріально-технічної бази галузі. Розробка нових технологій та стандартів забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичним устаткуванням, лікарськими засобами та виробами медичного призначення. Оптимізація співвідношення змінних факторів медичної допомоги в напрямку зростання витрат на медичне обладнання та медикаментозне забезпечення населення. Перегляд систем мотивації праці

медичних працівників у напрямку індивідуальної відповідальності за якість медичних послуг.

– Створення ефективних механізмів державного регулювання якості медичної допомоги шляхом системної перебудови галузі, формування єдиного нормативно-правового простору та інформаційно-методологічної доктрини розвитку охорони здоров'я відповідно до законодавства та стандартів ЄС. Здійснення переходу до домінуючих принципів доказової медицини, запровадження формулярної системи як якісно нових підходів до вирішення проблеми раціонального використання ліків, що повинні стати елементом державної політики забезпечення населення лікарськими засобами. Впровадження нової системи державних соціальних стандартів та нормативів у галузь охорони здоров'я з метою переходу від декларативних до реально існуючих державних соціальних гарантій в системі охорони здоров'я.

– Перегляд міжрівневої деформованості надання медичної допомоги. Недопущення занепаду розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги за рахунок розвитку первинної медико-санітарної допомоги, що може порушити цілісність системи і призвести до диспропорцій, які обов'язково призведуть до погіршенням якісних показників.

– Здійснення дій у напрямі створення єдиного інформаційного поля охорони здоров'я в рамках Концепції державної політики інформатизації охорони здоров'я України. Реалізація переходу до загальноприйнятих у міжнародній практиці методів збирання, опрацювання, аналізу та поширення науково-медичної та медико-статистичної інформації [34].

– Приведення національного законодавства про охорону здоров'я у відповідність до законодавства Європейського Союзу шляхом забезпеченого переходу до нових форм і методів здійснення державної політики в охороні здоров'я, врахування потреб входження країни у міжнародну спільноту з питання як здоров'я, так і захисту прав людини. Активне залучення професійних галузевих асоціацій, громадських

організацій, соціальних фондів, інших інститутів громадянського суспільства охоронооздоровчого спрямування до питань державного управління системою охорони здоров'я. Створення дієвої системи соціального захисту медичних працівників та пацієнтів. Забезпечення високого пріоритету здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства. Сприяння підвищенню уваги до власного здоров'я з боку людини.

– Законодавче затвердження Концепції структурної перебудови та інноваційного розвитку медичної галузі в Україні. Запровадження соціально-орієнтованої структурно-інноваційної моделі розвитку системи охорони здоров'я. Державна підтримка інноваційної діяльності в системі охорони здоров'я за рахунок централізованих державних фінансових ресурсів через систему загальнодержавних, галузевих і регіональних інноваційних фондів.

– Розробка та затвердження Концепції стратегічного планування галузі охорони здоров'я. Використання стратегічного планування у процесі інноваційних перетворень дадуть змогу системі охорони здоров'я розвиватися як соціально орієнтованій галузі, але науково обґрунтовано, відповідно до економічних законів, включаючи: ефективний маркетинг, планування, наукові дослідження, розробку технологій, проектування, виробництво, апробацію, збут і сервісні послуги шляхом внутрішньо-корпоративної та міжзональної інтеграції з урахуванням регіональної специфіки [34].

Медична реформа, яка почалася в Україні останніми роками, мала на меті покращити якість та доступність медичних послуг для українського населення. Результати цієї реформи вже починають відчувати українці, хоча процес реформування ще триває.

Одним з ключових етапів реформи було створення мережі сімейних лікарів на рівні об'єднаних територіальних громад. Це дозволило зблизити лікарів та пацієнтів, зробити медичні послуги більш доступними та забезпечити більш особистий підхід до кожного пацієнта.

Крім того, сімейні лікарі взяли на себе посередницьку роль між пацієнтами та спеціалізованими медичними центрами, що зменшило навантаження на лікарні та поліклініки.

Ще одним важливим кроком було впровадження системи електронного медичного запису. Це дозволило зберігати та доступно переглядати медичну інформацію про кожного пацієнта в онлайн-режимі. Такий підхід сприяє більш ефективному обміну даними між лікарями та полегшує процес діагностики та лікування.

Покращення стали помітними також у фінансуванні медичної сфери. Залучення додаткових коштів з державного та європейського бюджетів дозволило покращити матеріальну базу лікарень, закупити сучасне обладнання та навчати медичний персонал за новими стандартами.

Також, в рамках медичної реформи почали активно розвиватися медичні страхові компанії, які надають додаткові послуги та гарантують доступ до високоякісної медицини. Це стимулює підвищення якості послуг у державних медичних закладах, оскільки конкуренція спонукає їх покращувати свою діяльність.

Загалом, впровадження медичної реформи в Україні позитивно вплинуло на систему надання медичних послуг. Крок за кроком, українці отримують доступ до якісної медицини, що забезпечує їхнє здоров'я та добробут. Разом із подальшою роботою над реформуванням системи, ми можемо отримати абсолютно нову систему охорони здоров'я, яка стане взірцевою не лише для України але й для країн Європейського Союзу.

3.3. Удосконалення управління охороною здоров'я через залучення громадськості до процесу вироблення політики

Здоров'я нації – це проблема державної політики та державного управління, яка не може бути вирішена без залучення самого населення.

В умовах сучасної політичної ситуації в Україні посилилась увага громадськості до державних, політичних та підприємницьких організацій і наслідків їх діяльності, в тому числі і в охороні здоров'я [59, с. 6]. У становленні громадського суспільства будь-якої держави помітну роль відіграє соціальний інститут зв'язків з громадськістю та розвиток недержавних організацій (НДО). Однак спостерігається недостатня активність громадян в управлінні охороною здоров'я та незацікавленість органів влади у їх залученні до цього процесу [51, с.56].

В Україні існує понад 40 тис. зареєстрованих недержавних організацій, проте повністю активними та ефективними у своїй діяльності є лише 10%. За результатами загальнонаціонального опитування недержавних організацій України на замовлення Світового банку, найбільше НДО співпрацюють з органами місцевого самоврядування [63, с. 112]. Щодо існуючих перешкод на шляху встановлення кращих відносин з національними й місцевими органами управління, то ними виявилися: відсутність правових механізмів громадського контролю за діяльністю органів влади, брак інформації щодо основних рішень, які ухвалюють органи влади, небажання частини органів влади співпрацювати з НДО, а також пасивність громадськості щодо цих проблем. Щодо самої громадськості, то вона пов'язує діяльність НДО з забезпеченням інтересів певних політичних сил та «відпрацюванням» коштів закордонних грантів.

Однією з основних проблем на шляху демократизації суспільства та децентралізації державної влади є недостатня участь громадян у процесі прийняття важливих управлінських рішень та низький інтерес влади до залучення громадян у процес вироблення політики в охороні здоров'я. Прозорість прийняття управлінських рішень та підзвітність практичного їх втілення – найменш характерні для системи охорони здоров'я серед усіх сфер соціального захисту.

Саме залучення громадськості у процес формування політики стосовно галузі охорони здоров'я може створити базис ефективного

впровадження в Україні політики і стратегії щодо досягнення здоров'я для всіх. Загальноєвропейська політика здоров'я для всіх є орієнтиром для вдосконалення національної політики в Україні [60, с. 10]. Удосконалення управління охороною здоров'я через залучення громадськості до процесу вироблення політики є ключовим елементом сучасної системи охорони здоров'я. Громадськість володіє важливими знаннями, досвідом та перспективами, які можуть покращити якість і ефективність управління в цій сфері.

Один з основних принципів партнерства управління охороною здоров'я полягає в тому, що усі зацікавлені сторони, зокрема пацієнти, лікарі, медичні працівники, активісти громадськості та представники громадських організацій, працюють разом для досягнення спільних цілей. Це забезпечує широкий спектр перспектив і допомагає врахувати різні потреби та побажання населення.

Залучення громадськості до процесу вироблення політики охорони здоров'я має кілька переваг. По-перше, це сприяє більшій відкритості та прозорості в управлінні охороною здоров'я, оскільки громадськість відіграє роль нагляду та контролю за ухваленням рішень і виконанням політики. Це також підвищує довіру громадськості до системи охорони здоров'я.

По-друге, залучення громадськості сприяє покращенню якості послуг у сфері охорони здоров'я. Діалог та співпраця між громадськістю та представниками системи охорони здоров'я дозволяють виявити проблеми, визначити пріоритети та розробити ефективні рішення. Наприклад, громадськість може надати перспективу пацієнта та підказати, як покращити доступність та якість послуг, а також як використовувати ресурси більш ефективно.

Також, залучення громадськості може сприяти розвитку відповідального громадянства та активної громадянської позиції. Участь у процесі вироблення політики дозволяє громадськості бути більш свідомою

та активною з приводу свого здоров'я та здоров'я спільноти. Це сприяє виробленню культури самообслуговування та саморегуляції у галузі охорони здоров'я.

Доступ громадськості до оперативної інформації є одним з основних принципів демократії і прозорості. Ця інформація стосується різних сфер нашого життя, включаючи політичні, економічні, соціальні та інші аспекти. Забезпечуючи доступ до оперативної інформації, ми отримуємо:

- постійне оприлюднення інформації про прогресивні зміни в охороні здоров'я;
- зростання поінформованості населення щодо політики в галузі охорони здоров'я;
- забезпечення злагоди та довіри між громадськістю та органами охорони здоров'я завдяки децентралізації системи управління галуззю;
- сприяння прогресивному розвитку громадянського суспільства в Україні;
- підвищення активності громадян у консультаціях щодо нових форм та напрямів роботи закладів охорони здоров'я.

Виконання наведеного завдання буде забезпечується головними лікарями закладів охорони здоров'я, обласними (міськими) управліннями охорони здоров'я, а координується Міністерством охорони здоров'я України.

З метою залучення до стратегічного планування та прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я громадян та громадських організацій, зокрема громадських медичних об'єднань, вважаємо за доцільне визначити наступні заходи:

- Забезпечення прозорості прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я на місцевому, районному, обласному та національному рівнях.
- Залучення громадян до консультування при підготовці прийняття управлінського рішення та стратегічного планування. Ключовим є спільне

обговорення проектів найважливіших рішень та роз'яснення прийнятих органами державної влади рішень представникам соціальних груп, чіх прав і законних зацікавленостей вони торкаються.

– Запровадження політики залучення громадян до процесу визначення, підготовки та оцінювання рішень стосовно галузі охорони здоров'я.

– Забезпечення прозорих умов ліцензування, акредитації закладів охорони здоров'я, тендерних закупівель. Особливо важливим є прозорість державних закупівель саме у сфері охорони здоров'я. Це стане демонстрацією того, що державні службовці, які приймають управлінські рішення, є підзвітними.

Внаслідок здійснення наведених заходів можна очікувати наступних результатів. По-перше, поява інституту спільної відповідальності, тобто розробка й прийняття конкретних рекомендацій через дорадчі комісії, комітети і ради, наглядові комісії, консультативні послуги експертів, референдум. По-друге, процес прийняття рішень стане прозорим та відкритим, наслідки цих рішень зрозумілими, та громадськість буде ознайомена з ними. По-третє, можна очікувати підвищення ефективності управлінських рішень, які прийняті за умов консультування з громадськістю та децентралізації управління. По-четверте, наведені заходи сприятимуть підвищенню політичної культури громадян.

Таким чином, сприяючи досягненню взаєморозуміння між органами державного управління охороною здоров'я і широкою громадськістю, зв'язки з громадськістю допомагатимуть державним інститутам українського суспільства приймати виважені рішення, діяти більш ефективно на користь спільних інтересів.

Політика в сфері охорони здоров'я, вірогідно, буде підтримана громадськістю на всіх рівнях при врахуванні представництва всіх зацікавлених груп.

Виконання зазначених заходів доцільно покласти на управління охороною здоров'я держадміністрацій, керівну функцію виконуватиме Міністерство охорони здоров'я.

Формування сприятливої громадської думки має велике значення в період реформування галузі охорони здоров'я, адже будь-яке нововведення починає по справжньому діяти лише тоді, коли має підтримку широких верств населення. Доцільним є визначення пріоритетних для галузі охорони здоров'я громадських організацій, які б допомогли налагодженню «інформаційних мостів» з певними групами населення. Важливе значення має саме мистецтво зв'язків з певними цільовими соціальними групами (люди похилого віку, малозабезпечені та бідні, батьки неповнолітніх дітей, підлітки, молодь тощо). З метою формування сприятливої громадської думки щодо діяльності органів охорони здоров'я та збільшення довіри до них громадян вважаємо, що досягненню цієї мети сприятимуть такі заходи:

- Проведення постійного моніторингу на цій основі прогнозування, аналіз та інтерпретація громадської думки, що може негативно чи позитивно вплинути на процес реформування галузі охорони здоров'я.

- Забезпечення ефективного управління процесом подолання кризових ситуацій або розв'язання конфліктів з метою збереження позитивного іміджу органів державного управління охороною здоров'я.

- Планування та реалізація коротко - і довгострокових програм формування сприятливої для органів управління охорони здоров'я громадської думки тощо [29].

За умов виконання наведених заходів можна говорити про досягнення наступних результатів: по перше, підвищення довіри громадян до органів управління охорони здоров'я; по-друге, залучення громадськості до процесу досягнення мети реформування галузі охорони здоров'я; по-третє, привернення уваги осіб, відповідальних за прийняття рішень, а також окремих зацікавлених груп населення та громадських організацій до певних аспектів реформ у галузі охорони здоров'я.

Таким чином, нові організаційні, правові і економічні умови, в яких формують ринкові відносини в Україні, висувають принципово нові вимоги до системи управління охороною здоров'я з метою забезпечення необхідної підзвітності щодо громадськості та накопичення досвіду за рахунок зворотного зв'язку. Більшого значення набуватимуть громадські медичні об'єднання, діяльність яких позитивно позначиться на вирішенні багатьох регіональних та місцевих проблем і сприятиме демократизації системи управління (медичні ради, ради керівників медичних закладів, асоціації лікарів та медсестер тощо).

Україна повинна не тільки мати, але й здійснювати політику досягнення здоров'я для всіх відповідно до загальноєвропейської політики «Здоров'я для всіх» на державному, регіональному і місцевому рівнях. Це - реалії сьогодення, крок на шляху до Європейського Союзу. Втілення цієї політики можливе за умов підтримки установ і відомств шляхом оптимізації організації та управління та з використанням новітніх ідей та механізмів, до яких можна віднести посилення громадського чинника у процесі прийняття управлінських рішень [29].

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставлених завдань було досліджено ключові аспекти державного управління охороною здоров'я в країнах ЄС. Результати аналізу дозволили зробити висновки щодо ефективності європейського досвіду та визначити можливості його використання в Україні.

1. Визначено роль та функції державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС.

У ході дослідження ролі та функцій державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС було виявлено, що ці аспекти є ключовими визначниками успіху та стабільності систем охорони здоров'я у європейських країнах. Державне управління в цьому контексті виконує низку важливих функцій, спрямованих на забезпечення якісної та доступної медичної допомоги громадянам.

Роль державного управління в системах охорони здоров'я ЄС визначається його спроможністю:

- Регулювати та стандартизувати надання медичних послуг.
- Забезпечувати фінансову стабільність та ефективне використання ресурсів.
- Розвивати та впроваджувати стратегії забезпечення громадянського здоров'я.
- Координувати взаємодію між різними рівнями управління та медичними установами.

Отже, визначення ролі та функцій державного управління в системах охорони здоров'я країн ЄС дозволяє отримати важливі висновки для України та розробити стратегії, спрямовані на покращення системи охорони здоров'я в контексті європейського досвіду.

2. Проаналізовано європейський досвід правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я з точки зору прав пацієнта.

Проведений аналіз європейського досвіду правотворчості в регулюванні діяльності системи охорони здоров'я, особливо в контексті прав пацієнта, виявив ряд ключових принципів та напрямків, які можуть бути цінними для подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні.

Серед основних висновків можна відзначити:

– Права пацієнта як центральний елемент: Європейські країни акцентують увагу на правах пацієнта як ключовому елементі державного управління в галузі охорони здоров'я, забезпечуючи їхню захищеність та участь у прийнятті рішень щодо власного здоров'я.

– Прозорість та доступ до інформації: Ініціативи щодо забезпечення прозорості та доступу до інформації для пацієнтів є важливими чинниками, що зміцнюють їхню позицію в системі охорони здоров'я.

– Активна участь пацієнтів у процесі прийняття рішень: Європейський досвід підтверджує важливість залучення пацієнтів до процесів управління охороною здоров'я, надаючи їм можливість висловлювати свої погляди та приймати участь у прийнятті рішень, що стосуються їхнього здоров'я.

– Гарантії безпеки та якості медичних послуг: Закладено правові механізми, спрямовані на забезпечення безпеки та високої якості медичних послуг для пацієнтів, що є важливою складовою ефективною системи охорони здоров'я.

Адаптація цих принципів у національному контексті може сприяти створенню більш захищеної та ефективною системи охорони здоров'я в Україні, де права та інтереси пацієнтів займають центральне місце в управлінні охороною здоров'я.

3. Визначено сучасні стратегії та підходи, які використовують країни ЄС для управління системами охорони здоров'я.

Вивчення сучасних стратегій та підходів, які успішно використовуються країнами ЄС для управління системами охорони

здоров'я, виявило ряд ключових аспектів, які можуть слугувати цінними вказівниками для подальшого вдосконалення охорони здоров'я в Україні.

Серед основних висновків можна відзначити:

1. Інтегрований підхід: Країни ЄС активно використовують інтегровані підходи до управління системами охорони здоров'я, що передбачає координацію між різними рівнями управління та співпрацю між медичними установами.

2. Забезпечення доступності та якості послуг: Вагомий акцент робиться на забезпеченні доступності та високої якості медичних послуг для всіх шарів населення, що є ключовим елементом успішної системи охорони здоров'я.

3. Фінансова стабільність: Контроль над фінансовою стабільністю та ефективним використанням ресурсів є важливим чинником успіху, який слід враховувати при розробці стратегій управління в охороні здоров'я.

4. Стимулювання інновацій: Країни ЄС активно впроваджують інноваційні підходи у сфері медицини, сприяючи розвитку новітніх технологій та методів лікування.

Враховуючи ці висновки, подальший аналіз та адаптація найкращих практик країн ЄС може відкрити нові можливості для вдосконалення системи охорони здоров'я в Україні та забезпечити більш ефективне та доступне медичне обслуговування для населення.

4. Проведено аналіз результативності систем охорони здоров'я в контексті впроваджених стратегій державного управління.

Проведений аналіз результативності систем охорони здоров'я країн ЄС в контексті впроваджених стратегій державного управління виявив ключові аспекти та тенденції, які можуть бути цінними для подальшого розвитку української системи охорони здоров'я.

Серед основних висновків можна відзначити:

1. Акцент на первинній медичній допомозі: Країни ЄС надають пріоритетну увагу розвитку первинної медичної допомоги як ключової

ланки системи охорони здоров'я. Це сприяє забезпеченню доступу населення до необхідних медичних послуг, ранньому виявленню захворювань та підвищенню ефективності лікування.

2. Електронна медицина та цифрові інновації: Країни ЄС активно впроваджують електронні системи управління медичною інформацією та цифрові інновації для покращення якості медичних послуг, оптимізації процесів та забезпечення зручності для пацієнтів.

3. Системна координація та інтеграція послуг: Важливим елементом є системна координація та інтеграція медичних послуг, що сприяє ефективному управлінню потоками пацієнтів, зменшенню витрат та поліпшенню результатів лікування.

4. Гнучкість управлінської структури: Країни ЄС виявляють гнучкість у виборі управлінської структури, дозволяючи адаптувати систему охорони здоров'я до змін у соціально-економічних умовах та потребах населення.

Здобуті знання дають можливість зрозуміти, як успішні стратегії державного управління в системах охорони здоров'я ЄС можуть бути використані для удосконалення української системи та сприяти підвищенню якості та доступності медичних послуг в Україні.

5. Розглянуто можливості та обмеження застосування досвіду ЄС для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні.

Розглядаючи можливості та обмеження застосування досвіду Європейського Союзу для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні, виявлені ключові аспекти, які можуть сприяти удосконаленню системи охорони здоров'я в українському контексті.

Можливості:

1. Стратегії фінансування: Використання європейських стратегій фінансування, зокрема моделей публічно-приватного партнерства та страхових систем, може забезпечити стабільність фінансування та підвищити ефективність використання ресурсів.

2. Електронна медицина та інновації: Впровадження систем електронної медицини та інноваційних рішень, аналогічних європейським, сприятиме покращенню якості послуг, розширенню доступу до медичної інформації та оптимізації управлінських процесів.

3. Системна координація: Використання принципів системної координації та інтеграції послуг дозволить створити злагоджену систему охорони здоров'я та зменшити розриви між різними рівнями надання медичної допомоги.

Обмеження:

1. Соціокультурні відмінності: Унікальні аспекти українського суспільства та його культурні особливості можуть потребувати адаптації європейських моделей до конкретного контексту.

2. Фінансові обмеження: Необхідність значних інвестицій для впровадження новаторських рішень та інфраструктурних змін може бути обмежена фінансовими ресурсами.

3. Легіслативні регуляції: Різниця в правовому середовищі може створювати перешкоди для безпроблемного впровадження європейських підходів, вимагаючи адаптації та гармонізації законодавства.

Загальний висновок полягає в тому, що використання досвіду ЄС для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні має значний потенціал, але вимагає уважного врахування та адаптації, враховуючи конкретні умови та особливості українського суспільства.

6. Запропоновано конкретні рекомендації для впровадження перспективних елементів зарубіжного досвіду в українську систему.

Надаючи належну увагу питанню впровадження перспективних елементів досвіду Європейського Союзу в систему охорони здоров'я України, можна виділити конкретні рекомендації, спрямовані на покращення функціонування та ефективність управління цією галуззю:

1. Адаптація фінансових моделей: Рекомендується вивчити та адаптувати європейські фінансові моделі для охорони здоров'я, зокрема

моделі публічно-приватного партнерства та системи страхування. Це дозволить забезпечити стабільність фінансування та зробити його більш прозорим.

2. Впровадження інформаційних технологій: Запозичення європейського досвіду у сфері електронної медицини та цифровізації може покращити доступність медичної інформації, забезпечити швидший обмін даними та поліпшити якість медичного обслуговування.

3. Створення інтегрованих медичних систем: Орієнтування на європейські принципи системної координації та інтеграції послуг дозволить зменшити фрагментацію та забезпечити послуги на всіх рівнях медичної допомоги.

4. Партнерство та діалог з громадськістю: Важливим аспектом є впровадження європейських практик щодо партнерства з громадськістю, забезпечуючи широкий діапазон механізмів для участі громадськості у прийнятті рішень та відстеженні якості медичних послуг.

5. Адаптація правового середовища: Рекомендується переглянути та адаптувати законодавство відповідно до європейських стандартів, зокрема стосовно прав пацієнтів, щоб забезпечити високий рівень захисту прав і інтересів громадян.

Ці конкретні рекомендації можуть виступити основою для вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні та забезпечити конструктивний обмін досвідом з Європейським Союзом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Гладун З.С.* Державне управління в галузі охорони здоров'я. - Т.: Укрмедкнига, 1999. - 312
2. Конституція України: Прийнята на п'ятій сес. Верховної Ради України 28 червня 1996 р. - К.: Юрінком, 1996.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 1992р. ли
4. Законопроект "Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування", 07.05.2001 р.
5. *Завгородній В.В.* Механізми державного регулювання реформування системи охорони здоров'я (на матеріалах м. Києва): Автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.05. - К., 2001. - 17 с.
6. *Лехан В.М., Лакіза-Сачук КВ., Войцехівський В.М.* Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / За заг. ред. В.М. Лехан. - К.: Сфера, 2001. -176 с.
7. *Волос Б.О., Вашеv О.Є., НемченкоА.С.* Реалізація стратегії "Здоров'я для всіх" як передумова успішної інтеграції України в Європейський Союз // Державне управління в умовах інтеграції України в Європейський Союз: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. - Вид-во.УАДУ, том 2 –2000. - С. 178-180.
8. *Воротін В.* Державне управління в умовах глобалізації // Командор. - 2002.-№1.-С. 14-16.
9. Здоров'я – 21: Основи політики досягнення здоров'я всім у Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я // ВООЗ, Європейське регіональне бюро. - Копенгаген, 1999. - 310 с.
10. *Буффорд Джо Айві.* Майбутнє системи охорони здоров'я: актуальні питання управління (з досвіду США) // Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий

досвід:36.наук. пр. / За заг. ред. В.М. Князева. - К.: Вид-во УАДУ, 2000.- С.284-291.

11. *Жаліло Л.І., Солоненко І.М., Кунгурцев О.В.* та ін. Наукові засади реформування управління охорони здоров'я в Україні: Повідомлення 1 // Вісн.УАДУ. –2000. - №3. – С. 413-416.

12. *Жаліло Л.І., Солоненко І.М., Кунгурцев О.В.* та ін. Наукові засади реформування управління охорони здоров'я в Україні: Повідомлення 2 // Вісн.УАДУ. –2001. - №3. – С. 205-209.

13. *Радши Я.Ф.* Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: Моногр. / Передм. і заг.

ред. проф. Н.Р. Нижник. - К.: Вид-во УАДУ. - 2001. - 360 с.

14. *Рудий В.М.* Законодавство як інструмент визначення та реалізації державної політики і вдосконалення управління охороною здоров'я в Україні // Стратег. напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2001. – С. 151–174.

15. Berman P. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable // Health Policy. - 1995. - Vol. 32. - P. 3-13.

16. Wojcun M. Ukraine in the World Economy. - London: University of North London, 2000.

17. Cassels A. Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries. - Geneva: World Health Organization, 1995

18. Marko Wojcun. Ukraine in the World Economy. University of North London 2000.

19. *Гурне Б.* Державне управління: Пер. з фр. - К.: Основи, 1993. - 162 с.К.–Чернигов, 1994. – 60 с.

20. *Журавель В.І.* Основи менеджменту у системі охорони здоров'я. - К., 1994. - 336 с.

21. *Журавель В., Колтунов О., Мегедь В., Черномаз В.* Соціально–економічна політика як напрям реформування системи охорони здоров'я //

Зб. наук. пр. УАДУ / За заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Князева. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – Вип. 1. – С. 164–169.

22. Журавель В.І. Українській системі охорони здоров'я – українська система реформування // Стратегія реалізації державних гарантій надання медичної допомоги населенню України на засадах медичного страхування: Зб. наук. пр. за матеріалами наук.–практ. конф. (25–26 груд. 2001 р.). – Ірпінь, 2001. – С. 83–87.

23. Солоненко Н. Механізми державного управління системою охорони здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів в Україні. // Упр. Сучас. Містом. – 2004. - № 3/7-9. – С. 112-117.

24. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформи системи охорони здоров'я в Європі. Аналіз сучасних стратегій: Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432 с.

25. Щепін О.П., Нечаєв В.С. Про державні механізми реформи охорони здоров'я // Проблеми соціальної гігієни та історія медицини. – 1997. – № 1. – С. 34-38.

26. Державна політика та економіка охорони здоров'я: Практикум / М. Білинська, В. Григорович, Л. Жаліло та ін.; За заг. ред. І. Розпутенка, І. Солоненка. – К.: Вид-во “К.І.С.”, 2002. – 216 с.

27. Браун, М. Пол Посібник з аналізу державної політики / Пер. з англ. – К.: Основи, 2000. – 243 с.

28. Магуайр, Елістер та ін. Економіка охорони здоров'я: Вступ, курс /Е. Магуайр, Дж. Гендерсон, Г. Муні; Пер. з англ. В Чайковський; Наук. ред. І. Солоненко. - К.: Основи, 1998. - 313 с

29. Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб.наук.пр./ За заг. ред. В. І. Лугового, В.М. Князева, - К.: Вид-во НАДУ, 2005. – 432с.

30. Луговий В. Управління освітою: Навч. посіб. для слухачів, аспірантів, докторантів спец. «Державне управління». - К.: Вид-во УАДУ, 1997. -у і 302 с.

31. Державна політика: аналіз та впровадження в Україні: Конспект лекцій до навч. модуля / Уклад. В.А. Ребкало, В.В. Тертичка. – К.: Вид-во УАДУ, 2002. – 80 с.
32. Про затвердження стратегії інтеграції України до європейського Союзу: Указ Президента України від 11 червня 1998 року // 36. Указів Президента України.- К.,1998.
33. *Князев В.* Захист дисертацій в Українській Академії державного управління при Президентові України (1997-2000 рр.) // Вісн. УАДУ. - 2001.-№1.-С. 10-27.
34. *Солоненко Н.* Економіка здоров'я: Навч. посіб. – К.: Вид-во НАДУ, 2005. -416с.
35. *Пономаренко В.М., Нагорна А.М., Ткач Л.І., Гуменний В.С.* Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я // Укр. мед. вісті. – 1997. – Квіт.–черв. – № 1 (56). – С. 28–29
36. *Пірен М.* Національна безпека України – майбутнє наших дітей // Проблема безпеки української нації на порозі ХХІ сторіччя: Матеріали Всеукр. наук.–практ. конф. / Заг. ред. проф., д-ра. соціол. наук М.І. Пірен. – К.–Чернівці: Київ. військовий гуманітарний ін-т, 1998. – Ч. 2. – С. 1–3.
37. *Нижник Н.* Проблеми управління охороною здоров'я України // Укр. мед. вісті. – 1997. – Лип.–груд. – № 2–3 (57–58). – С. 40–41.
38. *Москаленко В.Ф.* Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України // Охорона здоров'я України.– 2001. – № 3. – С. 4–12.
39. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації”: Затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січ. 2002 р. № 4. – К., 2002.
40. *Баб'як З.Є., Паньків І.В.* Роль Українського лікарського товариства та його функції в період реформування медицини в Україні // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56). – С. 6.

41. *Кризина Н.* Індекс людського розвитку – інтегральний показник ефективності державної політики в галузі охорони здоров'я. // Вісн. НАДУ. - 2005.-№2.-С. 503-509.
42. *Баєва О., Черній В.* Досвід організації проходження наскрізної практики студентами спеціальності 7.050201 “менеджмент організацій” за спрямуванням “менеджмент у медичному обслуговуванні” // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 2. – С. 287–292.К.–Чернігов, 1994. – 60 с.
43. *Бакуменко В.* Державне управління і державно–управлінські рішення: вступ до досліджень // Вісн. УАДУ. – 1999. – № 4 – С. 68–79.
44. *Богатирьова Р.В.* Стан охорони здоров'я в Україні і шляхи подолання кризи: Виступ на II наук.–практ. конф. “Охорона здоров'я: Україна і світ” 28 жовт. 1999 р.
45. *Бойчак М.П, Голик Л.А., Радши Я.Ф.* Реформування системи надання амбулаторно–поліклінічної допомоги військовослужбовцям Київського гарнізону // Командор. – 2002. – № 1. – С. 34–37.
46. *Бойчак М.П, Голик Л.А., Радши Я.Ф.* Формування єдиного медичного простору як важливої складової реформування охорони здоров'я України // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 39–44.
47. Державне управління: Слов.-довід. / За заг. ред. В.М.Князева, В.Д.Бакуменка. - К.: Вид-во УАДУ, 2002. - С. 116-118.
48. Економічний розвиток і державна політика: Вип. 11 // Державна політика та економіка охорони здоров'я в Україні / За ред. І. Розпутенка та І. Солоненка: Практикум. – К.: Вид-во «К.І.С.», 2002.-213с.
49. *Салтман Р.Б., Фигейрас Дж.* Реформи системи здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий: Пер. с англ. - М.: ГЗОТАР Медицина, 2000. - 423 с.
50. *Солоненко Н.* Регульований ринок в охороні здоров'я: проблеми, шляхи впровадження, перспективи // Вісн.УАДУ.-2002. – С. 129-137.

51. *Солоненко І.* Аналіз державної політики з реформуванні в галузі охорони здоров'я в Україні // Упр. Сучас. Містом. -2002. –С. 54-59.
52. *Журавель В.І.* Можливі шляхи реорганізації системи охорони здоров'я України // Актуальні питання подальшого впровадження сімейної медицини в Україні: Матеріали навчально-практичного семінару-наради. - К.: МОЗ України, 2004.-С. 14-17.
53. Інноваційна стратегія українських реформ / А.С.Гальчинський, В.М.Геєць, А.К.Кінах, В.П.Семиноженко. - К.: Т-во «Знання України», 2002. - 336 с.
54. *Карамішев Д.В., Немченко А.С.* Майбутнє вітчизняної системи фінансування охорони здоров'я. Законодавчі аспекти // Медицина сьогодні і завтра. - 2003. - №3.-С. 49-53.
55. *Карамішев Д.В., Волос Б.О., Юрков ОМ.* Передумови введення обов'язкового медичного страхування в Україні // 36. наук. пр. УАДУ. - Х.: Вид-во ХРІДУ УАДУ, 2001. - Вип. 1. - Ч. 1. - С. 33-34.
56. *Карамішев Д.В.* Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія. -Х.: Вид-во ХРІДУ НАДУ «Магістр», 2004. - 304 с.
57. *Вялкова Г.М., Халфин Р.А., ФлекВ.О., Кравченко Н.А.* Комплексная оценка реализации программ государственных гарантий в Российской Федерации //Проблеми упр. здравоохранением. - 2002. - № 4 (5). - С. 11-17.
58. В. М. Рудий. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К.: Сфера, 2005. 272с.
59. *Вороненко Ю.В.* Стан та перспективи подальшого реформування надання медичної допомоги в Україні // Медична освіта. - 2000. - № 3. - С. 5-12.
60. Міжнародна асамблея охорони здоров'я: Переорієнтація медичної освіти та медичної практики з метою отримання здоров'я для

всіх. Резолюція ВОЗ. - Женева, 1998. - 35 с.

61. *Дейкун М.* Наукове обґрунтування деяких напрямів розвитку медичної допомоги на сучасному етапі соціально-економічних реформ // Лікар, справа. -№6. - 1999.-С. 131-135.

62. Міжрегіонарна галузева програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. - К.,2002. - 113 с.

63. Україна. Соціальна сфера у перехідний період: Аналіз Світового Банку. К.: Основи, 2004. - 248 с.

Ім'я користувача:
Національної економіки та публічного управління О...

ID перевірки:
1015961326

Дата перевірки:
02.12.2023 15:27:14 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
02.12.2023 15:32:01 EET

ID користувача:
100005719

Назва документа: **Стець І.В**

Кількість сторінок: 78 Кількість слів: 17364 Кількість символів: 138973 Розмір файлу: 403.50 KB ID файлу: 1015638881

28.8% Схожість

Найбільша схожість: 3.46% з Інтернет-джерелом (<https://portal.iapm.edu.ua/portal/media/books/a59b600b78644465907..>)

27.3% Джерела з Інтернету 550 Сторінка 80

10.3% Джерела з Бібліотеки 151 Сторінка 88

0% Цитат

Вилучення цитат вимкнене

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи 28



Національний технічний університет України
КПІ ім. Ігоря Сікорського
Інститут спеціального зв'язку та захисту інформації



Вроцлавський Університет
Факультет права, управління та економіки
Інститут адміністративних наук



Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана
Факультет економіки та управління

**II Міжнародна
науково-практична конференція**

**КІБЕРБЕЗПЕКА
ДЕРЖАВНИХ ІНСТИТУЦІЙ
ТА ПОДОЛАННЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ**

**ТОМ 2
ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ
ВЛАДИ В УМОВАХ КРИЗИ**

збірник тез
(Київ – Вроцлав. Травень 2023)

Електронне видання

«ОФІС ЦІФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ»

Київ – Вроцлав. 2023

УДК 621:351/354

Рекомендовано до друку Вченою радою ІСЗЗІ КПІ ім. Ігоря Сікорського
(протокол № 12 від 23.05.2023)

Тези публікуються в авторській редакції.
Організаційний комітет залишає за собою право не поділяти думку авторів.

Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Кибербезпека державних інституцій та подолання кризових станів» в 2 т. Том 2. Особливості діяльності органів державної влади в умовах кризи зб. тез наук. доп. (Київ – Вроцлав. Травень 2023). [Електронне видання]. – Київ : «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ», 2023. Т.2. 148 с.

Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Кибербезпека державних інституцій та подолання кризових станів» присвячена 125-річчю Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», видані 2-х томах. На конференції обговорено актуальні проблеми та узагальнено отримані наукові результати у сферах інформаційної та кібербезпеки, кіберзахисту, інформаційних і інформаційно-комунікаційних технологій а також питання діяльності органів державної влади в умовах кризи. В матеріалах опубліковано тези доповідей, що є фундаментом для подальшого розвитку освітньої, наукової та професійної діяльності учасників конференції в справі наближення Перемоги України.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Олександр ПУЧКОВ	к. філос. н., професор
Сергій КОНЮШОК	к. т. н., доцент
Вадим РОМАНЕНКО	к. т. н., доцент
Дмитро МОГИЛЕВИЧ	д. т. н., професор
Олена УВАРКІНА	д. філос. н., професор
Ігор СУБАЧ	д. т. н., доцент
Сергій ІВАНЧЕНКО	д. т. н., професор
Ярослав ЗІНЧЕНКО	к. т. н., с. н. с.

УДК 621:351/354

© «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ», 2023

Іван СТЕЦЬ
Київський національний економічний університет
імені Вадима Гетьмана

ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄС

Аналіз зарубіжних літературних джерел свідчить про значну зацікавленість у розробці проблеми поліпшення державного управління в галузі охорони здоров'я.

Сьогодні в зарубіжній практиці є два основні погляди на поліпшення державного управління в галузі охорони здоров'я :

підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я в поєднанні з механізмами стримування надмірних суспільних витрат на охорону здоров'я (концепція good government - «доброго управління»);
концепція доцільності збільшення витрат на охорону здоров'я.

З огляду на ступінь розробки проблеми провідними тенденціями розвитку державного управління охороною здоров'я в країнах Європейського Союзу є: підвищення вартості медичних послуг з одночасним зниженням державного фінансування соціальної сфери; розширення системи двоступеневого рівня надання медичної допомоги: сімейний лікар – лікарня – госпіталь; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги; посилення конкуренції між лікувально-профілактичними закладами різних форм власності; розширення самостійності лікувальних закладів та підвищення відповідальності надавачів медичної.

Серед основних напрямів реформування системи державного управління охороною здоров'я в Україні можна виділити:

- зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги;
- поліпшення здоров'я населення на основі вдосконалення механізмів фінансування галузі;
- співпраця різних рівнів державної влади та розвиток партнерства приватного й державного секторів для впровадження державної політики, спрямованої на підтримку громадського здоров'я та формування здорового способу життя;
- приведення рівня надання медичної допомоги та її якості у відповідність з потребами населення;
- розширення самостійності лікувальних установ та підвищення відповідальності надавачів медичної допомоги;
- поліпшення взаємодії між різними лікувальними установами;
- дотримання рівноваги між державним та приватним неприбутковим секторами в системі охорони здоров'я.

КУЦОПАЛ Дмитро ЗАСТОСУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В УМОВАХ СВІТОВОЇ ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ	100
МАКОВЕЦЬКА Лілія РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В СЕРЕДОВИЩІ СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ	102
СТЕЦЬ Іван ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В КРАЇНАХ ЄС	104
ШМАРОВОЗ Олег РОЗВИТОК ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА ТА СОЦІАЛЬНА БЕЗПЕКА УКРАЇНИ	105
ТОДОРЮК Неля РОЗВИТОК ЦИФРОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ОРГАНІВ ПУБЛІЧНОЇ ВЛАДИ	107
ТОДОРЮК Олександр ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З КІБЕРЗАХИСТУ У СФЕРІ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ.....	109
КОСЕНКО Михайло НАПРЯМІ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЦИФРОВИХ ІНСТРУМЕНТІВ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ	111
ШМУЛЬКО Леся ІНСТРУМЕНТИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ.....	115
ЩЕРБАКОВ Андрій ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ СИСТЕМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ В УКРАЇНІ.....	117
ДУДНІЧЕНКО Артур ВІКОРИСТАННЯ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПУБЛІЧНОМУ УПРАВЛІННІ.....	119
МОРОЗ Олена РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЦИФРОВОГО РОЗВИТКУ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ.....	121

н а у к о в е в и д а н н я

збірник тез
II Міжнародної науково-практичної конференції

**КІБЕРБЕЗПЕКА
ДЕРЖАВНИХ ІНСТИТУЦІЙ
ТА ПОДОЛАННЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ**

СЕКЦІЯ 5

**ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ
ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ
В УМОВАХ КРИЗИ**

Київ – Вроцлав. Травень 2023

Електронне видання

Авторська редакція

Упорядник
ГО «ОФІС ЦИФРОВОГО ВРЯДУВАННЯ»
digital.gov.office@gmail.com