

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Котенка Максима Петровича

академічної групи 281м-21з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення системи управління медичним закладом»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення системи управління медичним закладом».

79 стор., 3 табл., 1 рис., 89 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – державне управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Метою дослідження є обґрунтування шляхів удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

У першому розділі досліджується теоретико-правові засади державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні та за кордоном. Другий розділ присвячено дослідженню шляхів удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що дослідницькі узагальнення доведені до рівня конкретних пропозицій, що робить їх придатними до застосування в практиці державного управління з метою розробки практичних рекомендацій щодо використання альтернативних напрямів удосконалення державного управління охороною здоров'я в Україні.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improvement of the medical facility management system».

79 pages, 3 tables, 1 figure, 89 sources.

PUBLIC GOVERNANCE AND ADMINISTRATION, HEALTH CARE, MEDICAL FACILITY, PRIMARY LEVEL MEDICAL CARE, MEDICAL REFORM, HEALTH SYSTEM.

The object of the study is the state administration of the health care system.

The subject of the study is the improvement of public administration in the field of health care in Ukraine.

The purpose of the study is to substantiate ways of improving public administration in the field of health care in Ukraine.

In the first section examines the theoretical and legal foundations of public administration in the field of health care in Ukraine and abroad. The second section is devoted to the study of ways to improve public administration in the field of health care in Ukraine.

The practical significance of the obtained results is determined by the fact that the research generalizations have been brought to the level of concrete propositions, which makes them suitable for application in the practice of public administration with the aim of developing practical recommendations for the use of alternative directions for improving the state administration of health care in Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ.....	8
1.1. Сутність і зміст державного управління у сфері охорони здоров'я.....	8
1.2. Законодавство у сфері охорони здоров'я.....	20
1.3. Зарубіжний досвід державного управління охороною здоров'я.....	31
РОЗДІЛ 2	
ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	41
2.1. Проблемне поле сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні...	41
2.2. Аналіз роботи КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області.....	57
2.3. Трансформація системи підготовки медичних кадрів як чинник удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я.....	65
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80

ВСТУП

Формування механізмів державного управління є довготривалим історичним процесом, який перетворює первинні системи державного управління в ефективні сучасні системи комплексного управління соціальними, економічними, політичними процесами на основі публічності, прозорості та балансу інтересів. Механізми державного управління, які функціонують в соціальній сфері, є найбільш прозорими та поширеними, що зумовлено їх інтегрованістю в життя кожного члена суспільства та великим впливом на якість життя громадян. Це в кінцевому підсумку визначає задоволеність громадян системою державного управління та стабільність державного устрою.

Одним з важливих напрямів функціонування соціальної сфери в країні є система охорони здоров'я. Ця система характеризується своїми специфічними підходами до управління, комплексністю фінансування, усталеними традиціями та можливістю запроваджувати інновації як організаційного характеру, так і інформаційно-технологічного. Велика кількість проблем, яка постала сьогодні перед системою охорони здоров'я, визначила необхідність її трансформації. Основними питаннями, які необхідно вирішувати сучасним науковцям з метою проведення реальної дієвої трансформації системи охорони здоров'я України, є: дослідження передумов державного управління системою охорони здоров'я, розвиток інституційних механізмів та національних моделей управління системою охорони здоров'я, аналіз та вдосконалення механізмів державного управління окремими сферами трансформації системи охорони здоров'я в Україні, виявлення проблем та формування напрямів трансформації системи державного управління охороною здоров'я в Україні.

Незважаючи на підвищений інтерес учених до названої галузі, багато принципових питань тільки окреслено, але не вирішено, зокрема, пов'язані з виявленням особливостей регіональної системи охорони здоров'я як об'єкта управління; оцінюванням можливостей ресурсного потенціалу галузі, компонентів зарубіжного досвіду розвитку галузі; обґрунтуванням і змістовною

характеристикою ключових напрямів та завдань удосконалення управління процесами розвитку системи охорони здоров'я.

Різні аспекти проблеми державного управління, поняття та сутності реалізації його принципів, реформування сучасної системи охорони здоров'я, стратегічне планування розвитку досліджуються в наукових працях. Г. Атаманчука, Т. Блащук, З. Гладун, М. Білінської, Я. Радиша, І. Криничної, І. Хожило.

Наукові концепції зарубіжних та українських учених щодо управління розвитком соціально-економічних систем, методи дослідження процесів, що відбуваються в них, а також практичний досвід їх застосування й реалізації в процесі розробки програм та проектів є надійним теоретико-методологічним підґрунтям подальших розвідок. Разом з тим кількість і рівень досліджень у сфері механізмів державного управління системою охорони здоров'я, особливо на регіональному рівні, у сучасній вітчизняній літературі не відповідають суспільним потребам. Залишаються не врегульованими проблеми управління інноваційним процесом у системі охорони здоров'я, немає єдиного підходу до розробки Концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні тощо.

Про стан медичної галузі нині пишуть і вчені, і медичні працівники, і фахівці зі страхування. Усі вони намагаються привернути увагу до стану справ у сфері охорони здоров'я, пропонують різні засоби її поліпшення. Проте, незважаючи на велику кількість публікацій та багаторічні громадські дискусії, в цій сфері мало що змінилося на краще.

Об'єкт дослідження – державне управління системою охорони здоров'я.

Предмет дослідження – удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Метою дослідження є обґрунтування шляхів удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні. Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

– з'ясувати сутність і зміст державного управління у сфері охорони здоров'я;

- проаналізувати законодавство у сфері охорони здоров'я;
- дослідити зарубіжний досвід державного управління охороною здоров'я;
- розкрити проблемне поле сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні;
- здійснити аналіз роботи КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області;
- обґрунтувати механізми державного управління трансформацією системи підготовки медичних кадрів.

Теоретичну та методологічну основу дослідження склали наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань державного регулювання галузі охорони здоров'я, законодавчі й нормативні акти України. В якості інформаційної бази було використано дані первинної статистичної звітності Міністерства охорони здоров'я України, офіційні матеріали державних органів управління, на основі аналізу яких обґрунтовано структуру і виявлено проблеми системи охорони здоров'я й визначено напрями формування стратегії її розвитку.

Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що дослідницькі узагальнення доведені до рівня конкретних пропозицій, що робить їх придатними до застосування в практиці державного управління з метою розробки практичних рекомендацій щодо використання альтернативних напрямів удосконалення державного управління охороною здоров'я в Україні.

Сьогодні інтерес до даної проблеми виходить за межі медицини, привертаючи все більше уваги з боку філософів, соціологів, а також державних управлінців. Реалізація вищенаведених положень можлива лише завдяки реалізації принципів державного управління в галузі охорони здоров'я, її реформуванню, перейнятті досвіду інших країн.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

1.1. Сутність і зміст державного управління у сфері охорони здоров'я

Становлення України як незалежної держави супроводжується значними труднощами. Державою розпочато глибокі політичні та соціально орієнтовані економічні ринкові перетворення, які здійснюються водночас із перебудовою державного апарату, у тому числі й управлінського, та демократизацією суспільства. У цих умовах здоров'я людини розглядають як соціально-економічну цінність.

Відомо, що обґрунтування та формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу – одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання.

Дослідження державного управління системою охорони здоров'я в Україні зумовило необхідність аналізу наукових тлумачень основних категорій, понять і термінів.

Фахівці Національної академії державного управління при Президентіві України під управлінням розуміють діяння, яке приводить до змін стану якогось об'єкта; вплив на об'єкт, систему, процес тощо з метою збереження їх сталості або переведення з одного стану в інший відповідно до встановленої мети.

В управлінні виокремлюють об'єкт управління (керована підсистема) і суб'єкт управління (підсистема управління), які в сукупності утворюють систему управління. Об'єкт управління сприймає дії (суспільна праця та виробництво; технічні засоби: машини, агрегати, споруди; тварини і рослини; поведінка окремих людей та груп). Суб'єкт управління реалізує управлінські дії

на підставі прийняття управлінських рішень (органи влади та управління різного рівня, окремі посадові особи, колективні органи прийняття рішень).

Цілі управління обумовлені законами, відповідно до яких функціонують об'єкти управління. Формування та вибір цілей – початковий етап процесу управління. Цілі є орієнтирами всієї управлінської діяльності й визначають можливі та необхідні стани об'єкта управління в певні інтервали часу [18, с. 675].

Деякі вчені вважають, що процес управління треба розглядати як специфічний вид суспільної діяльності, визначаючи його характерні ознаки, не обмежуючись юридичною оцінкою. Представники соціологічних наукових напрямів визначають управління як систематично здійснюваний цілеспрямований вплив людей на суспільну систему в цілому або її окремі ланки на підставі пізнання й використання властивих системі об'єктивних закономірностей і тенденцій в інтересах досягнення поставленої мети, забезпечення її (системи) оптимального функціонування та розвитку [35, с. 35].

Тобто, згідно з думкою представників соціологічних наукових напрямів, управління є обов'язковим елементом сучасного соціуму. Ми погоджуємось із цією думкою.

Державну політику в тій чи іншій галузі реалізують органи державної влади через державне управління.

У вітчизняній та зарубіжній літературі ще не склалося єдиного й загальновизнаного визначення поняття «державне управління». Одні науковці трактують його з погляду суті, реального змісту, інші – з боку функціонування [7, с. 19].

Під державним управлінням прийнято розуміти здійснення функцій державними органами влади. Державне управління спрямоване на регулювання політичних, соціальних та економічних процесів у суспільстві. Також під державним управлінням розуміють діяльність органів державної влади та їх посадових осіб з реалізації певної політики [66, с. 4].

На думку таких учених, як К. Ващенко, Ю. Ковбасюк, Ю. Сурмін, державне управління – діяльність держави (органів державної влади), спрямована на створення умов для якнайповнішої реалізації функцій держави, основних прав і свобод громадян, узгодження різноманітних груп інтересів у суспільстві та між державою і суспільством, забезпечення суспільного розвитку відповідними ресурсами [7, с. 3-4].

А. Миколенко під державним управлінням розуміє специфічну діяльність держави, яка виявляється у функціонуванні низки уповноважених структур (органів) з реалізації виконавчо-розпорядчих функцій, що безперервно, плановірно, владно і в межах правових установок впливають на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до публічних інтересів [36, с. 15-18].

Г. Атаманчук, розглядаючи категорію «управління» в контексті державного управління, висловлює думку щодо доцільності визначення управління через термін «вплив», оскільки «державне управління» – це інструмент реалізації функцій держави та її виконавчої влади [3, с. 125].

Підсумовуючи усі думки щодо визначення поняття «державне управління», сформулюємо власне визначення. Державне управління – це специфічна соціальна, політична діяльність держави (органів державної влади), яка плановірно, владно і в межах правових установок впливає на суспільну систему з метою її вдосконалення відповідно до публічних інтересів.

Щодо поняття «система», то цим терміном називають структуру, яка є єдністю закономірно розташованих та функціонуючих частин; порядок, обумовлений правильним, закономірним розміщенням частин у відповідному зв'язку; групу пов'язаних чи взаємозалежних елементів, що взаємодіють, створюючи складне ціле [39, с. 53].

Фахівці Національної академії державного управління при Президентові України вважають, що в сучасній науці існує кілька варіантів визначення поняття «система» залежно від того, яке базове поняття покладено в його основу. Такими поняттями можуть бути «цілісність», «сукупність», «множина».

Р. Ешбі, В. Садовський, О. Раппопорт та інші вважають системою певну частину світу, яку можна описати як деяку множину змінних [17]. О. Богданов розглядав її як організоване ціле. А. Уйюмов розуміє систему як протилежне хаосу, дезорганізації та безладу. У найзагальнішому вигляді система – це об'єднана сукупність закономірно пов'язаних один з одним елементів [17].

Для системи характерні кілька важливих ознак. По-перше, система – це сукупність елементів. По-друге, елементи поєднані один з одним зв'язками, які значно міцніші порівняно зі зв'язками цих елементів з об'єктами навколишнього середовища. По-третє, вона характеризується організацією, що відрізняє її від навколишнього середовища з його високою ентропією. По-четверте, для системи характерні інтегровані властивості, які не збігаються з властивостями суми елементів, а також відрізняються від властивостей окремих елементів. Тому система є цілісним утворенням. Важливими властивостями системи є структурність, взаємозалежність із навколишнім середовищем, ієрархічність, множинність описів [68, с. 561].

Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я в Україні – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [43].

Дослідники визначають систему охорони здоров'я по-різному. В. Москаленко вважає, що система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інститутів та ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи поновлення здоров'я [39, с. 54].

Я. Радиш розуміє під системою охорони здоров'я відкриту, динамічну, складну соціально-економічну систему, що є сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється

на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення [14, с. 33].

З. Гладун вважає, що під системою охорони здоров'я слід розуміти всю сукупність елементів, спрямованих на діяльність у сфері охорони здоров'я, включаючи їх внутрішньо-системні зв'язки і відносини, діяльність допоміжних забезпечувальних елементів – підприємств хіміко-фармацевтичної, медичної і мікробіологічної промисловості, з налагоджування й ремонту медичної апаратури, аптечних складів та ін. [9]. Основним елементом системи охорони здоров'я (об'єктом управління) є різноманітні заклади охорони здоров'я – лікарні, поліклініки, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії та ін., які є її первинними й робочими ланками. Другим елементом цієї системи є відповідні органи управління, що як суб'єкти державного чи комунального управління здійснюють керівництво закладами охорони здоров'я. Поєднання перших і других елементів в одній системі якраз і дає змогу здійснювати певну діяльність і виконувати завдання системи [6, с. 21].

Стаття 3 Конституції України наголошує, що здоров'я людини визнається найвищою соціальною цінністю, тобто держава є гарантом права людини на охорону здоров'я [31].

Право на охорону здоров'я – це, передусім, забезпечення відповідного життєвого рівня. Крім того, це право передбачає також наявність безпечного для життя і здоров'я людини навколишнього природного середовища.

В основу формування державної політики і стратегії розвитку охорони здоров'я мають бути покладені права та інтереси людини, зокрема, забезпечення рівності між громадянами в питаннях охорони здоров'я і доступність медичної допомоги для всіх верств суспільства [65, с. 95].

З погляду системного підходу об'єктом державного управління охороною здоров'я буде вся система охорони здоров'я України. Суб'єктом державного управління охороною здоров'я буде система державної влади у вигляді спеціально утворених органів державної влади, що взаємодіють, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я.

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави [3].

Широта і складність завдань з охорони здоров'я людей покладають на всі без винятку органи державної влади України необхідність виконання певних функцій щодо управління охороною здоров'я. Саме цим пояснюється складність організаційно-правових механізмів у врегулюванні державно-управлінських відносин між усіма зацікавленими міністерствами, відомствами, державними комітетами, службами тощо щодо державного управління охороною здоров'я [14, с. 36].

Управління охороною здоров'я – складний процес, який забезпечує діяльність складної, багаторівневої системи. Тому сучасний управлінець повинен розуміти не лише внутрішньогалузеві особливості будови системи охорони здоров'я, а й регіональні її особливості. Ієрархія державного управління охороною здоров'я в Україні має таку структуру: національний, регіональний, субрегіональний (районний) та місцевий рівні [9, с. 170].

Кожна країна має свою систему охорони здоров'я, незалежно від того, якою б фрагментарною вона не була, чи від того, наскільки безсистемно здійснюється її діяльність. Не може бути ідеальної моделі функціонування системи охорони здоров'я. Завдання кожної моделі – відповідати часу, місцю, політичним, соціально-економічним, культурним реаліям. Ринкова, ліберальна модель передбачає переважно індивідуальну відповідальність за власне здоров'я. Роль держави обмежена, фінансування із суспільних фондів відносно незначне. Система Бісмарка (модель соціального страхування) ґрунтується на

фінансуванні системи охорони здоров'я переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Система (модель) Беверіджа ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету. Держава бере на себе відповідальність за доступність, обсяг і якість медичної допомоги для всіх громадян. [17].

У системі охорони здоров'я України протягом багатьох років суттєвих зрушень не відбувалося. Усі вчені одноставно погоджуються з думкою, що система охорони здоров'я України за основними ознаками відповідає системі Семашка. Вона є загальнодержавною системою, яка переважно фінансується за рахунок видатків із державного й місцевих бюджетів та контролюється державою [9, с. 33-36].

Система державного управління, що діє в галузі охорони здоров'я, має характерні ознаки загальної універсальної системи державного управління і специфічні ознаки системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери.

Водночас, як і будь-яка галузь та комплекс управління, державне управління в галузі охорони здоров'я має характерні особливості, зокрема:

Велика соціально-економічна значущість охорони здоров'я як провідної, базової галузі соціально-культурної сфери життя суспільства й держави, основи державної соціальної політики.

Значні труднощі у передбаченні наслідків прийняття тих чи інших управлінських рішень, які можуть виявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованим оцінкам.

Велика кількість і різний характер діяльності об'єктів управління:

– різні за потужністю лікарні (від найменших сільських до колишніх республіканських лікарень підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України), поліклініки, диспансери, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії, науково-дослідні інститути, вищі навчальні медичні заклади II, III і IV рівнів акредитації – медичні коледжі, академії та університети;

– заклади охорони здоров'я різних форм власності (державної, комунальної, приватної, колективної);

– неоднорідність об'єктів управління з погляду їх обсягу, потужності, насиченості медичною апаратурою, за кількістю персоналу, в тому числі висококваліфікованих фахівців, за різними формами власності й, нарешті, за різним службовим підпорядкуванням (окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту, Службі безпеки України та ін.).

Специфічний характер управлінських відносин унаслідок міжгалузевого управління шляхом прийняття відомчих нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, оголошень, списків та ін.), які поширюють свою дію на діяльність різноманітних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, медичних і фармацевтичних працівників незалежно від місця їхньої праці, форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я, проведення їх роздержавлення й розподіл за різними формами власності (державна, комунальна, колективна, приватна), набуття ними статусу юридичної особи, застосування новітніх економічних форм і методів господарювання, праці й службового статусу працівників апарату.

Фахові та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади і місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), більшість з яких за освітою лікарі й фармацевти, поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва.

Значні труднощі, а часом і неможливість виправлення хибних рішень.

Усі вони сукупно впливають на формування спеціальних (галузевих) органів виконавчої влади і здійснення ними в цій галузі державного управління.

Управління у сфері охорони здоров'я має певні особливості, що відрізняють її від управління в інших сферах суспільного життя, а саме:

- результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірюванню;
- надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто потребує невідкладних рішень;
- при наданні медичної допомоги можуть бути допущені важко обумовлені несистемні помилки;
- медична допомога надається значною кількістю вузькоспеціалізованих спеціалістів і потребує екстраординарної координації.

Однією з центральних особливостей здійснення управління у сфері охорони здоров'я є природа його об'єктів – закладів охорони здоров'я [4, с. 171-172].

До галузі охорони здоров'я, крім медичних закладів державної форми власності, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, входять також медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної і колективної форм власності. Таким чином, говорячи про «галузь охорони здоров'я», маємо на увазі всю сукупність закладів охорони здоров'я країни [6, с. 25-26].

Сьогодні в Україні функціонує триланкова система управління охороною здоров'я: державного, регіонального і місцевого рівня.

Суб'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є найвищі державні органи – Верховна Рада, Президент і Кабінет Міністрів України, а також центральні органи виконавчої влади, серед яких спеціально уповноваженим органом для здійснення державного управління у цій сфері є Міністерство охорони здоров'я України.

Основи державної політики охорони здоров'я визначає Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, фіскальних, митних та

інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [31, с. 111].

Реалізацію державної політики охорони здоров'я покладено на органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. До системи органів державного управління охороною здоров'я входять Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Рада міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій) [31, с. 112].

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України), компетенцію якого визначено Положенням, затвердженим Указом Президента України. До основних завдань МОЗ України належать: розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я; забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню установами охорони здоров'я всіх форм власності; здійснення заходів щодо розвитку профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення; формування здорового способу життя; забезпечення надання державними установами охорони здоров'я загальнодоступної, як правило, безкоштовної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; розробка прогнозу та показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних зі змінами власності; охорона материнства і дитинства тощо [31, с. 112-113].

Для вирішення найважливіших завдань діяльності й розвитку охорони здоров'я в МОЗ України створюється колегія, рішення якої втілюються в життя наказами міністра.

Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, яким підпорядковуються установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міноборони України, МВС України, Служба безпеки України, Мінтранс України. Ці органи визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я [31, с. 117-118].

Органи місцевого самоврядування беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення. Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» визначено, що до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у цій сфері входять: управління установами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування в закладах освіти, культури, фізкультури та спорту, оздоровчих установ, що належать територіальним громадам; забезпечення в межах наданих їм повноважень доступності та платоспроможності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення згідно із законом розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреб у підготовці спеціалістів для них, організація роботи з підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення ліками та виробами медичного призначення; реєстрація згідно із законодавством статутів (положень) розміщених на відповідній території установ охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій у відповідні органи щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [55].

Своєрідним продовженням організаційної системи управління у сфері охорони здоров'я є виконавчі органи місцевого самоврядування: управління та відділи охорони здоров'я міських рад, головні лікарі та їх заступники міських, сільських і селищних лікарень.

Для здійснення керівництва охороною здоров'я населення міста у складі міської ради створюється управління (відділ) охорони здоров'я як спеціалізований виконавчий орган місцевого самоврядування. Як впливає з його назви, він створюється для організації та забезпечення охорони здоров'я населення міста, що і є його головною метою діяльності [4, с. 172].

Саме складність будови системи охорони здоров'я викликає труднощі в управлінні цією сферою, оскільки треба враховувати: рівні управління

(державний, регіональний, місцевий); особливості управління органами і закладами охорони здоров'я, об'єднаними в галузеві (відомчі) системи; особливості управління медичними закладами за формами власності; ієрархію об'єктів, яка будується на принципах поділу надання медичної допомоги первинними, вторинними і третинними центрами охорони здоров'я; недосконалість законодавчої системи регулювання у сфері охорони здоров'я.

Можливо, саме через ці особливості наявний понятійно-термінологічний апарат державного управління системою охорони здоров'я перебуває в постійному розвитку.

Узагальнивши думки провідних фахівців, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю всіх організацій, інститутів та ресурсів, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій тривалості життя.

Охорону здоров'я визначено одним із пріоритетних напрямів державної політики України, а систему охорони здоров'я – об'єктом державного управління. Саме тому проблеми охорони здоров'я та діяльність, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я, потребують постійної уваги з боку держави.

Ми погоджуємось із представниками соціологічних наукових напрямів, що управління є обов'язковим елементом сучасного соціуму.

Державне управління охороною здоров'я як багатоаспектна координація організаційних умов спільної діяльності людей має бути спрямоване на досягнення оптимальної охорони здоров'я населення.

Державне управління охороною здоров'я повинне виходити, передусім, з того, які соціальні очікування задовольняє галузь, тобто яку соціальну роль вона відіграє в суспільстві. Виходячи із соціальних завдань, будують стратегію розвитку галузі як державної інституції.

1.2. Законодавство у сфері охорони здоров'я

Реформування національної системи охорони здоров'я України неможливе без «реформи» нормативно-правової бази. Питання впорядкування національного законодавства у сфері охорони здоров'я як системи, що функціонує, є однією з передумов реального забезпечення закріплених у Конституції України прав та свобод людини і громадянина, сприяння більш ефективному функціонуванню галузі охорони здоров'я загалом.

Наведемо дві цитати, які чи не найкраще характеризують актуальність та значущість класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я. По-перше, «<...> аналіз й обробка чинних нормативно-правових актів, групування правових приписів за певною схемою, створення внутрішньо єдиної системи актів є необхідними умовами ефективності правотворчої діяльності, сприяють ліквідації прогалин і суперечностей у чинному законодавстві» [26, с. 129]. По-друге, «упорядкування чинних нормативно-правових документів, їх аналіз і систематизація допоможуть обґрунтувати необхідність змін до чинної нормативно-правової бази галузі та ухвалення необхідних нових законів, ... , що, у свою чергу, сприятиме створенню здорових умов життя українців, підвищенню доступності, якості й ефективності медичної допомоги, поліпшенню демографічної ситуації, збереженню і зміцненню здоров'я народу» [73, с. 5].

Термін «законодавство у сфері охорони здоров'я» складається із двох змістовних елементів: «законодавство» та «сфера охорони здоров'я».

Нормативного визначення терміна «законодавство» в Україні немає, незважаючи на те, що даний термін широко використовується в юридичній науці та практиці. Пропонуємо декілька підходів. Законодавство включає в себе всю систему нормативно-правових актів, які можуть ухвалюватись у встановленому порядку органами державної влади та місцевого самоврядування [35, с. 51]. Один із найбільш цитованих і прийнятних підходів до визначення терміна «законодавство» – підхід, вироблений Конституційним

Судом України. Законодавство треба розуміти так, що ним охоплюються закони України, чинні міжнародні договори України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, а також постанови Верховної Ради України, укази Президента України, декрети і постанови Кабінету Міністрів України, ухвалені в межах їхніх повноважень та відповідно до Конституції і законів України [61]. Хоча зазначається, що, оскільки Конституційний Суд України в даній справі виходив зі змісту положень трудового законодавства, то таке тлумачення терміна «законодавство», поширене в теорії права й інших нормативно-правових актах, буде не зовсім коректним [35, с. 52]. Якщо поєднувати законодавство і право, то законодавство як система взаємоузгоджених законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів є основним джерелом права у сфері охорони здоров'я України [33, с. 63]. Іншими джерелами права є: практика Європейського суду з прав людини, судова практика, правовий прецедент, правова доктрина й інші.

Охорона здоров'я – система заходів, що здійснюються органами державної влади й органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку й одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини за максимальної біологічно можливої індивідуальної тривалості її життя [43]. Очевидно, що таке широке визначення охорони здоров'я виходить за умовні межі медичної галузі. Фактично, охорона здоров'я – це не лише функціонування національної системи охорони здоров'я, це і питання підтримання та збереження здоров'я, популяризації здорового способу життя, усвідомлення власної відповідальності громадян за своє здоров'я.

Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я ускладнюється через такі причини:

– сфера охорони здоров'я, з погляду правового регулювання, є комплексною. Комплексний характер зумовлений наявністю приватних і публічних правовідносин, які становлять предмет цього правового утворення, уможливорює поширення на ці відносини норм фундаментальних (базових) галузей права, які регулюють однорідні відносини (сфери цивільного, адміністративного, фінансового, кримінального, процесуального права) [33, с. 64]. Це означає, що до неї входять правові норми різної галузевої приналежності: і конституційного, і адміністративного, і фінансового, і цивільного, і трудового, і деяких інших галузей права [26, с. 128]. Тому будь-яка класифікація, що проводилась, виходила із пріоритету однієї галузі права над іншою. Прихильники конституційного права акцентували увагу на праві людини на охорону здоров'я і тому, що все інше регулювання має виходити із цього положення. Прихильники адміністративного права звертали увагу на головну роль адміністративних засад у насамперед державному регулюванні сфери охорони здоров'я (або, як зазначає З. Гладун, «адміністративно-правова охорона здоров'я» [8, с. 106]). А прихильники цивільно-правового підходу ратували за пріоритетність принципу рівності та диспозитивності у взаєминах лікаря та пацієнта;

– за більш ніж 25 років незалежності здійснено декілька масштабних спроб реформування національної системи охорони здоров'я. Однак зміни до законодавства у сфері охорони здоров'я вносилися безсистемно. Як зазначає Р. Майданик, системних законів про організацію й управління охороною здоров'я в Україні немає [33, с. 67]. Соціальна значущість сфери охорони здоров'я зумовлює обачливе ставлення представників законодавчої та виконавчої влади до внесення змін у наявний порядок функціонування системи охорони здоров'я. До останніх чи не найбільш комплексних законодавчих змін у сфері охорони здоров'я можна віднести закони України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002 від 6 квітня 2017 р., «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» №

2168-VIII від 19 жовтня 2017 р., «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» № 2206-VIII від 14 листопада 2017 р. Хоча конституційність внесених змін до законодавства була поставлена під сумнів низкою народних депутатів України в конституційному поданні до Конституційного Суду України [30]. У будь-якому разі основою для масштабного реформування як національної системи охорони здоров'я, так і законодавства України у сфері охорони здоров'я мала б стати чітка державна політика в цій галузі та відповідна стратегія її впровадження, якої, принаймні нині, в Україні також не існує (зауважимо, що низка фахівців посилаються на Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. [42]. Однак статус цього документа незрозумілий: документ підготовлений Стратегічною дорадчою групою з питань реформування системи охорони здоров'я, не був затверджений ані наказом Міністерства охорони здоров'я України, ані постановою Кабінету Міністрів України, ані будь-яким інших державним органом);

– законодавство у сфері охорони здоров'я характеризується такими рисами: розрізненістю та суперечністю (різні норми, що регулюють одне чи суміжне коло питань, містяться в різних нормативно-правових актах та/або по-різному регулюють те саме питання – т. зв. колізії у праві), низка норм дублюють одна одну, нечіткість положень, що дозволяє подвійне та неоднорідне тлумачення тощо. Деякі відносини у сфері охорони здоров'я (наприклад, такі питання, як медичний туризм, окремі аспекти репродуктивних технологій тощо) узагалі не врегульовується правовими нормами.

Отже, класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я ускладнюється через об'єктивні (насамперед комплексний характер відносин у зазначеній галузі) та суб'єктивні (відсутність стратегічних документів, які б слугували основою для розвитку та вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я) причини.

Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. Насамперед зазначимо, що в теорії права є низка підходів, які так чи інакше стосуються

впорядкування сукупності нормативно-правових актів. Це, серед іншого, може бути: інкорпорація, систематизація, уніфікація, кодифікація. Ми виходимо з того, що на даний момент актуальне визначення саме класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я. Водночас така класифікація може стати основою для іншого явища – кодифікації законодавства у сфері охорони здоров'я.

Пропонуємо низку підстав для класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я.

Згідно з ієрархією системи нормативних актів, систему законодавства у сфері охорони здоров'я становлять п'ять груп (рівнів) нормативно-правових актів: 1) конституція України (насамперед ст. 49, яка гарантує право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування; статті, що гарантують інші права людини; статті, що визначають повноваження органів державної влади); 2) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю, процесуальні кодекси тощо); 3) основи законодавства України про охорону здоров'я як основний (базовий) закон у сфері охорони здоров'я; 4) спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо); 5) акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази і розпорядження Міністерства охорони здоров'я України, нормативно-правові акти інших органів влади) [33, с. 64].

Дещо схожа класифікація за авторами (суб'єктами) нормативно-правового акта. Так, суб'єктами, що можуть ухвалювати нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я, можуть бути: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Президент України, Міністерство охорони здоров'я України, інші міністерства в межах їхніх визначених повноважень.

I. Сенюта пропонує систематизувати закони за предметом правового регулювання і виділити групи законів, які стосуються таких питань: 1) надання медичної допомоги; 2) правового статусу пацієнтів; 3) правового статусу медичних і фармацевтичних працівників; 4) фінансування охорони здоров'я; 5) оздоровчо-профілактичної діяльності; 6) гарантування безпечних умов життєдіяльності; 7) організації й управління охороною здоров'я; 8) біоетики [64, с. 62]. О. Клименко пропонує класифікувати законодавство про охорону здоров'я за інститутами. Так, фундаментальним інститутом законодавства України про охорону здоров'я є інститут медико-санітарної допомоги, що доповнюється іншими інститутами: санітарно-протиепідемічного благополуччя, санаторно-курортного лікування, охорони навколишнього природного середовища, охорони й безпеки праці, лікарського забезпечення, страхування життя та здоров'я громадян [26, с. 128-129]. З. Гладун, розкриваючи зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення, поділяє останні на: норми права загального характеру, що встановлюють правове регулювання організації надання медичної допомоги та здійснення державного санітарного нагляду і державного управління і регулювання відносин у цій сфері загалом; та норми, які встановлюють правове регулювання окремих видів відносин саме у цій сфері (з надання медичної допомоги й охорони здоров'я матерів і дітей, інвалідів та ВІЛ-інфікованих, з боротьби з інфекційними захворюваннями, щодо регулювання обігу у країні лікарських засобів і медичних виробів та ін.) [10, с. 135-136]. У контексті необхідності ухвалення Медичного кодексу України як форми систематизації й кодифікації юридичних норм за такими напрямками: медико-санітарна допомога, медична допомога матері й дитині та планування родини, забезпечення громадян лікарськими засобами, правовий статус пацієнта, етико-правовий статус медичного працівника, медико-дослідницьке право, медична експертиза. Кодекс повинен установити новий соціальний стандарт – обсяг гарантованої медико-санітарної допомоги [26, с. 129].

С. Стеценко виокремлює три критерії для класифікації джерел медичного права: 1) юридична сила; 2) предмет регулювання; 3) характер правового регулювання [67, с. 127]. Два перші критерії вже розглянуті вище. Щодо характеру правового регулювання, то, за цим критерієм, джерела медичного права (фактично, і законодавство у сфері охорони здоров'я) можуть бути матеріальними і процесуальними. Нормативно-правові акти матеріального характеру переважно регулюють змістовну сторону медичних правовідносин, тобто права й обов'язки учасників. Якщо ж говорити про джерела медичного права переважно процесуального характеру, то це акти, які визначають порядок, процедури здійснення тих або інших значущих для медичної діяльності явищ [67, с. 128].

Звертаємо увагу й на Класифікатор галузей законодавства України, затверджений Міністерством юстиції України [47]. Класифікатор, по суті, – єдине джерело класифікації українського законодавства. Класифікатор є однією з методологічних засад систематизації та кодифікації законодавства, важливим інструментом, без якого неможлива ефективна законодавча діяльність. Він не тільки дозволяє отримувати досить повну і точну інформацію про акти законодавства, але й сприяє їх упорядкуванню та систематизації [63]. Відповідно до даного документа виділяється окрема галузь законодавства України: охорона здоров'я населення. Так, до законодавства у сфері охорони здоров'я населення входять такі блоки питань (не вбачаємо підстав для вживання терміна «інститути права», тому використаємо більш загальний термін «блок питань»): (1) загальні питання охорони здоров'я населення; (2) органи управління в системі охорони здоров'я населення; (3) медичне страхування. Зокрема, загальні питання медичного страхування, обов'язкове медичне страхування, добровільне медичне страхування; (4) державні, відомчі, приватні заклади охорони здоров'я; (5) підготовка і перепідготовка працівників охорони здоров'я; (6) соціальні гарантії та забезпечення працівників органів охорони здоров'я; (7) ліцензування, надання дозволів у медичній діяльності; (8) реєстрація лікарських засобів; (9) лікувально-профілактична допомога

населенню. Зокрема: протезування, забезпечення медикаментами та ліками, наркологічна допомога, психіатрична допомога та права громадян під час її надання, трансплантація органів людини, донорство, диспансеризація; (10) охорона здоров'я матері та дитини; (11) санітарно-епідемічне благополуччя населення. Державний санітарно-епідеміологічний нагляд; (12) профілактика масових інфекційних і неінфекційних захворювань ; (13) медико-соціальна експертиза; санаторно-курортне лікування (будинки відпочинку, санаторії тощо); (15) приватна медична практика; (16) нетрадиційна медицина; (17) благодійна медична допомога. Фонди; (18) відповідальність за порушення законодавства про охорону здоров'я населення.

Якщо розглядати законодавство, що може, зокрема, ухвалюватись органами місцевої державної влади та/або місцевого самоврядування (З. Гладун стверджує, що такі акти за своєю суттю і змістом є підзаконними нормативно-правовими актами [10, с. 137]), то можна класифікувати законодавство у сфері охорони здоров'я на: (1) те, що діє на території всієї держави; (2) те, що діє на окремих територіях місцевих органів влади та/або територіальних громад. Підтвердженням даного підходу до класифікації законодавства є той факт, що в окремих адміністративно-територіальних одиницях (Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ) діяв спеціальний закон.

Хоча даний закон втратив чинність у 2015 р., зміни у структурно-організаційній і функціональній перебудові системи медичного обслуговування населення значно вплинули на загальнодержавний процес реформування системи охорони здоров'я, який стартував у 2017 р. Фактично, у зазначених адміністративно-територіальних одиницях уже функціонували центри первинної медико-санітарної допомоги, було здійснено оптимізацію закладів охорони здоров'я тощо.

Також варто зазначити, що у сфері охорони здоров'я поширені такі документи: локальні акти та галузеві стандарти. Місцеві (локальні) положення, інструкції, правила й ін. розробляються і затверджуються адміністрацією закладів охорони здоров'я. Вказані підзаконні акти зазвичай базуються на

виконанні вимог чинного законодавства, підзаконних нормативно-правових актів, виданих Міністерством, і мають суто локальний характер, тобто їхня дія окреслюється межами певного конкретного закладу охорони здоров'я [10, с. 139]. Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я (стандарт медичної допомоги, клінічний протокол, таблиць матеріально-технічного оснащення, лікарський формуляр) розробляються та затверджуються Міністерством охорони здоров'я України. Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є також інші норми, правила та нормативи, передбачені законами, які регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я [43]. Як уважає З. Гладун, окремими серед них виділяються медичні (санітарні) правила і норми, які по своїй юридичній природі є самостійними й автономними підзаконними нормативно-правовими актами і входять до складу законодавства про охорону здоров'я [10, с. 138].

Наведені підходи дають можливість класифікувати законодавство у сфері охорони здоров'я за рівнями правового регулювання: макрорівень (національне законодавство), мезорівень (нормативно-правові акти, що ухвалюються місцевими органами державної влади та/або органами місцевого самоврядування), мікрорівень (акти, що ухвалюються в межах закладу охорони здоров'я).

Ураховуючи правоінтеграційні процеси, що відбуваються в Європі та світі, участь України у них, вважаємо, що можна запропонувати таку класифікацію законодавства у сфері охорони здоров'я:

– законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах; (2) норми національного законодавства. У межах міжнародно-правових норм, що стосуються тих чи інших питань у сфері охорони здоров'я, виділяємо: (1) групу т. зв. міжнародно-правових стандартів прав людини у сфері охорони здоров'я. До даної групи відносимо: Загальну декларацію прав людини 1948 р. (хоча це є декларація, її роль та значення для міжнародно-правової регламентації прав людини неодноразово підкреслюються в юридичній літературі); Міжнародний пакт про громадські та політичні права 1966 р.; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права 1966 р. Окремо відзначаємо

положення Міжнародної конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації 1966 р., Конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації щодо жінок 1979 р., Конвенції про права дитини 1989 р., Конвенції про права осіб з інвалідністю 2006 р.;

– групу міжнародних договорів у сфері громадського здоров'я, до яких відносимо: положення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), Міжнародні медико-санітарні правила 2005 р., Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну 2006 р. Зазначимо також міжнародно-правові документи, ухвалені в межах Ради Європи: Європейську конвенцію про захист прав людини і основних свобод 1950 р.; Європейську соціальну хартію 1996 р., Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я, 2011 р.

З огляду на положення Угоди про асоціацію, на розвиток національного законодавства України впливає процес адаптації останнього до законодавства Європейського Союзу. Угода про асоціацію – це міжнародна угода, положення якої стосуються різних сфер співробітництва. Сфера охорони здоров'я є лише однією з багатьох. Умовно, основні напрями положень Угоди про асоціацію, що стосуються охорони здоров'я, такі: 1) лібералізація торгівлі та питання громадського здоров'я; 2) питання інтелектуальної власності та громадське здоров'я; 3) регуляторна адаптація; 4) питання співробітництва у сфері громадського здоров'я. Останній напрям (питання співробітництва у сфері громадського здоров'я) напряму стосується законодавства України у сфері охорони здоров'я. Зокрема, це: зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу шляхом упровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження та контроль інфекційних хвороб; якість і безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканин і клітин: соціальні чинники, що впливають на громадське здоров'я, – тютюнопаління, алкоголізм тощо [69].

Заслуговує на увагу позиція щодо класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я, що базується на Посібниках ВООЗ: «Аналіз (моніторинг,

оцінка та огляд) національних стратегій у галузі охорони здоров'я» та «Моніторинг складових елементів системи охорони здоров'я: збірник показників і методик їх вимірювання» [83]. Очевидно, що за даного підходу класифікується законодавство, що стосується системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я має базуватися / базується на шести компонентах, як-от: медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування (системи охорони здоров'я), доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство/управління [22]. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я за такого підходу може слугувати основою для розроблення та впровадження засад національної стратегії охорони здоров'я, стратегії розвитку медичної галузі й інших стратегічних і програмних документів.

Залишаючи поза увагою дискусію щодо галузевої приналежності фармацевтичної діяльності, зазначимо, що фармацевтика – невід'ємна частина сфери охорони здоров'я. Тому під час здійснення класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я варто враховувати виокремлення основних сегментів фармацевтичної галузі (управління, організація виробництва, оптова та роздрібна торгівля медпрепаратами, забезпечення якості фармацевтичної продукції, питання доклінічних і клінічних випробувань лікарських засобів, дотримання прав пацієнта тощо) [1, с. 27].

Залишаючи місце для подальших досліджень і наукової дискусії, пропонуємо такі висновки стосовно класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я ускладнюється через об'єктивні (насамперед комплексний характер відносин у зазначеній галузі) та суб'єктивні (відсутність стратегічних документів, які б слугували основою для розвитку та вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я) причини. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я слугує основою для розроблення нового закону – Медичного кодексу України, чи вдосконалення чинного кодифікованого акта – Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Нині для класифікації законодавства у сфері охорони здоров'я застосовуються такі критерії: 1) за ієрархію системи нормативних актів; 2) за предметом правового регулювання. Схожі класифікації за інститутами законодавства та «за напрямками». Фактично, сюди також належить класифікація за Класифікатором галузей законодавства України; 3) за характером правового регулювання; 4) за рівнями правового регулювання: макрорівень, мезорівень, мікрорівень; 5) законодавство, що базується на міжнародно-правових нормах, та законодавство, що базується на нормах національного законодавства; 6) законодавство у сфері охорони здоров'я, виходячи з компонентів системи охорони здоров'я

1.3. Зарубіжний досвід державного управління охороною здоров'я

Сьогодні у світі не існує єдиної досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна світу стикається з різними проблемами у забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я, у забезпеченні доступу до якісного медичного обслуговування та лікування. Всі країни світу прагнуть створити стійкі національні системи охорони здоров'я, що відрізняються своєю якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг та фінансування охорони здоров'я, однак підходи до вирішення цих проблем істотно відрізняються

Система охорони здоров'я України істотно відстає від розвинених країн світу за різними показниками, серед яких тривалість життя, смертність, боротьба з хронічними та інфекційними захворюваннями. Не дивлячись на низькі показники у забезпеченні охорони здоров'я, Україна витрачає значну частину внутрішнього валового продукту на послуги охорони здоров'я, однак це загалом не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процес реформування національної системи охорони здоров'я продемонстрував неефективну політику у цій сфері, високий рівень корупції та неспроможність трансформації цієї системи до рівня світових стандартів медичної допомоги.

Система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить чимало недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу [41].

Сьогодні наявність найвищого досяжного рівня здоров'я є основним фактором у досягненні миру та безпеки і залежить від найбільш тісного співробітництва окремих людей та держав.

Право на охорону здоров'я є ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права й можливість населення отримати доступ до потрібної медичної допомоги знаходиться у центрі уваги. Країни світу стикаються з різноманітними проблемами в галузі охорони здоров'я. За даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я щонайменше половина населення світу не може отримати необхідні медичні послуги, у багатьох країн світу ще й досі помирають люди, так і не отримавши доступу до профілактичних та лікувальних послуг. Країни, що розвиваються, продовжують боротися з кількістю випадкових інфекційних захворювань, поширенням СНІДу, малярії та інших хвороб, одночасно зіштовхуючись зі зростаючим тягарем випадкових смертей, дитячою смертністю, впливом поганої санітарії та інших факторів навколишнього середовища. Заможніші країни також ведуть боротьбу з тиском на їхні системи охорони здоров'я через старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, супутніх захворювань та попит на доступ до нових технологій у сфері охорони здоров'я [41].

Про право на охорону здоров'я та його реалізацію йде мова в багатьох міжнародно-правових актах, зокрема: у Загальній декларації прав людини (стаття 25) [21], Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права (стаття 12) [38], Хартії основних прав Європейського Союзу (стаття 35) [72], Європейській соціальній хартії (стаття 11) [20], Конвенції про права дитини (стаття 24) [28], Міжнародній конвенції про ліквідацію всіх форм расової дискримінації (стаття 5)[37], Конвенції Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (стаття 11) [27], Конвенції

про права осіб з інвалідністю (Конвенції про права інвалідів) (стаття 25) [29], Африканській хартії прав людини і народів (стаття 16)[75] тощо.

Так, у статті 25 Загальної декларації прав людини зазначено, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини [21]. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права вказано, що держави, визнаючи право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я повинні вжити такі заходи, для повного здійснення цього права, які є необхідними для забезпечення скорочення мертвонароджуваності та дитячої смертності і здорового розвитку дитини; поліпшення всіх аспектів гігієни зовнішнього середовища і гігієни праці в промисловості; запобігання і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших хвороб і боротьби з ними; створення умов, які б забезпечували всім медичну допомогу і медичний догляд у разі хвороби [38]. Відповідно до статті 35 Хартії основних прав Європейського Союзу кожна людина має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та користуватися медикаментозним лікуванням на умовах, встановлених національним законодавством та практикою. Підвищена увага повинна приділятися захисту здоров'я людини при розробці та здійсненні всіх політик та дій Європейського Союзу [72].

Таким чином, кожна держава, ратифікувавши принаймні один міжнародно-правовий акт про права людини про визнання права на охорону здоров'я, зобов'язалася захищати це право у внутрішньому законодавстві, створювати стійкі національні системи охорони здоров'я і зміцнювати національний потенціал.

Реалізуючи права особи на охорону здоров'я, кожна країна світу переслідує три основні цілі функціонування системи охорони здоров'я:

збереження здорових людей, лікування хворих та захист сімей від фінансового розорення від медичних рахунків.

Реалізація права на охорону здоров'я у кожній країні безпосередньо залежить від національної політики у галузі охорони здоров'я. Сьогодні в багатьох країнах світу національні політики в галузі охорони здоров'я створюють умови для організації та наданні медичних послуг, забезпечення доступу до якісної допомоги, до якісних медичних послуг, доступу до безпечних лікарських засобів та вакцин, впровадження тих заходів, що в подальшому допоможуть подолати проблеми забезпечення належного й економічно ефективного доступу до здоров'я і медичних послуг.

Загальновідомо, що ефективність роботи системи охорони здоров'я має сильний вплив на здоров'я населення. Основна мета будь-якої системи охорони здоров'я полягає у максимальному покращенні здоров'я людей за мінімальних витрат.

Нові демографічні, епідеміологічні та фінансові проблеми посилюють потребу орієнтувати системи охорони здоров'я на потреби людей та громад. Говорячи про реалізацію права особи на охорону здоров'я, необхідно зосередити свою увагу на основних складових: доступ до медичної допомоги (доступність та своєчасність), процес догляду (заходи профілактичної допомоги, безпечна допомога, скоординований догляд і зайнятість, переваги пацієнта), адміністративна ефективність, справедливість й результати охорони здоров'я (рівень здоров'я населення, смертність, пов'язана із охороною здоров'я і захворюваннями), фінансування. Вказані складові загалом визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я як такої.

Будь-яка медична допомога має бути своєчасною, безпечною, ефективною, орієнтуватися на пацієнта, справедливою [41]. Так, люди часто не отримують необхідну медичну допомогу, стикаються з труднощами при оплаті отриманої допомоги, не завжди швидко можуть отримати інформацію про призначення та отримати невідкладну допомогу. Відповідно до звіту

Організації економічного співробітництва та розвитку «Здоров'я на перший погляд 2019: показники ОЕСР» кожна п'ята людина у світі повідомляє, що не зверталася до лікаря, незважаючи на медичні потреби [81, с. 30].

Наявність достатніх ресурсів для охорони здоров'я є важливим фактором для функціонуючої системи охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров'я не забезпечують належного фінансового захисту, люди можуть не мати достатньо коштів для оплати медичної допомоги або задоволення інших основних потреб. Як наслідок, відсутність фінансового захисту може зменшити доступ до медичної допомоги, підірвати стан здоров'я, поглибити бідність та посилити нерівність у сфері охорони здоров'я та соціально-економічного характеру. Однак практика функціонування систем охорони здоров'я країн світу демонструє, що більше ресурсів не призводить до кращих результатів для здоров'я, оскільки важливу роль в цьому відіграє ефективність витрат [85, с. 35], розумне витрачання, щоб забезпечити максимальне співвідношення ціни та якості [85, с. 15].

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян не дають єдиної відповіді, яка ж країна є світовим лідером у цій сфері. Насамперед це пов'язано з використанням різних критеріїв оцінки. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у 2019 році є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце [87]. Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великобританії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце [80]. Відповідно до звіту про Європейський індекс споживачів охорони здоров'я за 2018 рік система охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії зайняли перші місця. Поряд з цим у цьому ж звіті визнано, що найкраще забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах та Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, діапазон та доступ до послуг – у Нідерландах

та Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати – у Німеччині та Нідерландах [79].

Сьогодні в світі для реалізації права на охорону здоров'я, доступу до медичної допомоги та лікування застосовуються декілька моделей функціонування системи охорони здоров'я. Більшість розвинених країн світу використовують медичне страхування, що є специфічною формою системи охорони здоров'я.

Можна виділити три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування й змішане медичне страхування.

Японія є однією з найбільш здорових країн світу, а їхня система охорони здоров'я визнана однією з найкращих. З 60-х роках в Японії діє універсальна система державного медичного страхування, яка забезпечила всебічне охоплення всіх громадян Японії [77]. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є її безкоштовний доступ до медичних установ. Система надання медичної допомоги Японії забезпечує необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні і самі вибирають частоту їх лікування незалежно від їх страховки, статусу або тяжкості захворювання. Лише в окремих випадках пацієнти зобов'язані платити деякі додаткові плати за заклади третинної допомоги, якщо вони не мають направлення від первинної чи вторинної медичної установи. В Японії цю систему називають «системою вільного доступу», згідно з якою пацієнти можуть отримувати необхідні медичні послуги, коли хворіють або отримали травми за фіксованою ставкою внеску, лише за умови підтвердження страхування [77, с. 58]. Медичне страхування охоплює понад 5000 видів медичної, стоматологічної допомоги та ліки [77, с. 68].

Зарахування на державне медичне страхування є обов'язковим незалежно від громадянства, для всіх тих, хто проживає понад три місяці в Японії. Законодавство Японії не дає можливості на власний розсуд вибрати схему державного медичного страхування. Натомість схеми державного медичного страхування визначаються відповідно до статусу зайнятості, віку та місця

проживання: медичне страхування на базі роботодавців, національне медичне страхування на базі місця проживання та медичне страхування людей віком від 75 років. Відповідно до системи охорони здоров'я Японії пацієнт бере на себе відповідальність за 30 % медичних витрат, а уряд сплачує решту 70 %, медичне страхування для людей віком від 75 років підтримується в основному за рахунок державного фінансування, а також за рахунок внесків від медичного страхування на базі роботодавців та національного медичного страхування [74].

У США немає національної системи охорони здоров'я, немає універсальної медичної допомоги, а натомість американці купують медичне страхування, щоб покрити значну частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від заборгованості за отримання медичних послуг, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування потрібно вибрати план медичного страхування, зареєструватися та здійснювати регулярні платежі до медичної страхової компанії. Особи, які проживають в США, які мають медичне страхування, наділені спектром послуг при реалізації права на охорону здоров'я. Перш за все, це швидкий доступ до спеціалізованих лікарів, отримання необхідної допомоги з використанням найновітніших технологій, інновацій, передових сучасних технологій та методів лікування. Американські лікарні лідирують у світі в галузі досліджень та розробок, саме в США розроблено багато ліків та технологій, які використовує весь світ [89]. Поряд з цим, у США існує велика кількість незастрахованих осіб. Незастраховані особи стикаються з надзвичайно дорогою медичною допомогою. Лікарні розглядають лише екстрені випадки без попередньої оплати і можуть відмовитися від лікування без підтвердження страхування або застави. Саме це призводить до того, що незастраховані люди набагато частіше, ніж ті, хто має страховку, відкладають медичну допомогу або взагалі відмовляються від неї, що призводить до серйозних наслідків. Наприклад, медична допомога щодо лікування перелому ноги може коштувати до 7500

доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить близько 30000 доларів [86].

Більшість громадян США мають медичне страхування, яке, як правило, надається роботодавцем фізичної особи та поширюється на його найближчу родину. Деякі страхові плани надаються федеральними чи штатними урядами, профспілками або приватними особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicare [88], сім'ї та особи з низьким рівнем доходу можуть отримати допомогу через державну страхову програму Medicaid [82].

На відміну від США охорона здоров'я в Австралії є прикладом надійної та добре керованої системи та характеризується сумішшю державних і приватних постачальників медичних послуг. Австралійці можуть отримати комплекс послуг, як для підтримання та профілактики здоров'я, так і до лікування складніших станів, для яких може знадобитися спеціаліст або лікарняна допомога. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я. В Австралії існує універсальне покриття через програму страхування – Medicare, що фінансується платниками податків, які сплачують відсоток від свого доходу для покриття витрат, що охоплює більшість медичних послуг, включаючи послуги лікаря та лікарень, а також ліки, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми забезпечило особам отримання високоякісної та доступної медичної допомоги, що передбачає безкоштовне лікування в державних лікарнях, а також забезпечує безкоштовні або субсидовані виплати приватним медичним працівникам за конкретні послуги по всій країні. В Австралії існує також добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до приватних лікарень та до деяких послуг, які державна система не покриває [76].

Швейцарія має найкращу систему охорони здоров'я в Європі. Поряд з цим, система охорони здоров'я Швейцарії є однією з найдорожчих у світі. На відміну від інших європейських країн, система охорони здоров'я Швейцарії не заснована на оподаткуванні та не фінансується роботодавцями. Натомість

кожен, хто проживає в Швейцарії, сплачує внески й може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків, щоб отримати лікування. Багато людей доповнюють базове покриття додатковим приватним медичним страхуванням. Таким чином, доступ до системи охорони здоров'я, мають лише ті, хто має хоча б базове медичне страхування. Базове медичне страхування покриває близько 80-90 % витрат на охорону здоров'я, включає: аварії, альтернативну терапію, психотерапію, реабілітацію після операцій чи серйозних захворювань, обстеження на рак, екстрене лікування серйозних захворювань рота чи щелепи (стоматологічна допомога), загальні обстеження та лікування (стаціонарне, амбулаторне та невідкладне), лікування захворювань очей, гінекологічні обстеження та пологи, витрати на медичні вироби, ліки по рецептах. Крім того, базове медичне страхування охоплює кілька щеплень, зокрема: щеплення проти коклюшу, дифтерії та правця, гепатиту Б, кору, епідемічного паротиту (свинки) та краснухи [78].

Система медичного страхування у Нідерландах – це поєднання приватних медичних планів із соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта.

У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов'язкове основне страхування або базове страхування й необов'язкове додаткове страхування. Основне медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає право на безкоштовне медичне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не охоплює деяких видів лікування, таких як стоматологічна допомога та фізіотерапія [84].

Кожен, хто проживає або працює понад чотири місяці в Нідерландах, повинен отримати медичне страхування базового рівня (з додатковим покриттям або без нього). Люди з меншим рівнем доходу можуть звернутися за фінансовою допомогою на основну медичну допомогу або, якщо вони хочуть додаткових послуг, але не можуть їх дозволити [84, с. 34]. Для реалізації свого права на охорону здоров'я в Нідерландах, особа має зареєструватися у своїй

місцевій раді, щоб отримати номер служби обслуговування громадян (BSN), потім вибрати і зареєструватися на медичне страхування та у місцевого лікаря [84]. Крім того, якщо особа протягом чотирьох місяців не придбала базового медичного страхування, то уряд вживає всі заходи для викорінення незастрахованих осіб. Зокрема, спочатку уряд направить лист з проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Якщо особа протягом вказаного періоду знову не звертається, то на особу накладається штраф. Наприклад, сума штрафу у 2019 році становить 410,49 євро. Крім того, якщо особа не зверталася більше півроку, то буде виписано другий штраф на таку ж саму суму. І якщо з моменту першого листа уряду пройшло дев'ять місяців, то місцеві органи влади самі зареєструють у страховика особу і з неї буде стягуватися щомісячна компенсація із зарплати [84, с. 4].

Аналіз реалізації права на охорону здоров'я та функціонування систем охорони здоров'я у різних країнах світу надав можливість зробити висновок, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід продемонстрував, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє культура суспільства та соціальна поведінка громадян конкретної країни. Механізм фінансування охорони здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

В Україні для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з урахуванням соціально-економічних особливостей розвитку держави. Для цього слід переглянути існуючу національну політику в цій сфері та зосередити основні зусилля на вирішенні найважливіших проблем охорони здоров'я, зокрема доступності та своєчасності якісної медичної допомоги, високої ефективності охорони здоров'я, поліпшення якості послуг. Запровадження в Україні медичного обов'язкового страхування призведе не лише до покращення надання медичних послуг, а також до вдосконалення управління всією системою та її фінансування.

РОЗДІЛ 2

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Проблемне поле сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні

Охорона здоров'я є найважливішою галуззю для благополучного та успішного розвитку будь-якої країни. Від стану системи охорони здоров'я залежить здоров'я громадян, а, отже, і якість робочої сили, і продуктивність праці, і економічне зростання. Тому важливо не забувати про роль даної галузі для країни в цілому та приділяти проблемам охорони здоров'я все більшу увагу.

Обмежені ресурси, які виділяються в останні роки з бюджетів різних рівнів на охорону здоров'я, не дозволяють забезпечити поліпшення якості медичної допомоги населенню, збільшувати до необхідного обсягу проведення профілактичних заходів. Незважаючи на деяке поліпшення фінансування охорони здоров'я в останні роки, обсяг виділених коштів залишається недостатнім для нормального функціонування галузі.

Перш за все, слід зупинитися на низькому рівні ефективності всієї системи охорони здоров'я, що породжує не високу якість медичних послуг. Причинами такого стану справ є наступне:

1) брак фахівців, медичного обладнання, лікарняних установ, що породжують довгі черги пацієнтів в часи прийому. Лікарям доводиться працювати в посиленому режимі, що автоматично знижує якість послуг, котрі вони надають;

2) короткий графік прийому пацієнтів. Часто часи прийому закінчуються до 14 години дня. Хто не встиг потрапити на прийом, той змушений приходити в інший день, тобто знову відпрошуватися з роботи, отже, не виконати ряд своїх обов'язків. Таке відволікання співробітників негативно позначається як на самій компанії (ступінь негативних наслідків

буде прямо залежати від посади співробітника і можливості його заміни), так і на працівниках даної компанії (зниження заробітної плати);

3) неможливість своєчасно отримати необхідну медичну допомогу. Це є наслідком браку фахівців, обладнання, дорожнечі лікарських засобів та медичних послуг;

4) низька кваліфікація лікарів. Часто буває так, що в двох різних поліклініках лікарі ставлять різні діагнози на одні й ті ж симптоми. Відповідно, і лікування не дає очікуваного ефекту;

5) відсутність або старіння медичного обладнання. У більшості лікарень обстеження і лікування пацієнтів проводиться на радянському обладнанні. А проходження лікування або обстеження на новому обладнанні (якщо воно є) наразі коштує великих грошей;

б) низька заробітна плата і відсутність механізмів щодо стимулювання якісної роботи [62, с. 72-73].

Нині в країні характерні значні відмінності в рівні доходів і напруженості між прихильниками тісних зв'язків з Росією, прозахідними силами та націоналістами. Збройний конфлікт, або «гібридна війна», на території східних регіонів країни, анексія Криму Росією та внутрішня напруженість, яку ми спостерігаємо протягом останніх кількох років, поглиблює складні труднощі, економічне та соціальне становище країни.

У 2016 році Кабінет Міністрів України затвердив Концепцію реформування фінансування охорони здоров'я. У 2017 році кілька законодавчих документів, прийнятих Верховною Радою (парламентом) України, а також накази, прийняті Кабінетом Міністрів України, відкрили процес переформування системи охорони здоров'я України, який має напрямок на забезпечення нового підходу до фінансування закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників. Впровадження нової системи на первинному рівні було проведено у 2018 році, а вся реформа буде поступово проводитися до кінця 2020 року.

Слід зазначити, що мірою для краху в системі охорони здоров'я України є

епідеміологічна ситуація населення країни, а також зміни, що відбулися в її стані здоров'я після закінчення радянської ери.

До цього часу механізм фінансування охорони здоров'я населення України базувався на загальній системі оподаткування, в якій витрати розподілялися між державним (національним) та регіональним бюджетами. У 2018 році державне фінансування системи охорони здоров'я досягло 71 млрд. грн. (близько 3,2 млрд. дол. США) або близько 3,5% ВВП, тоді як загальні, державні та приватні видатки становлять 7,4% ВВП. Через низьку вартість українського ВВП ці видатки, хоча вони можуть здаватися досить високими у відносних показниках, призводять до суттєво низького рівня витрат на душу населення, які становлять менше 300 доларів США у 2017 році фінансування догляду, а основна частка витрат йде на вузькоспеціалізовану допомогу.

У 2008-2018 рр. загальний обсяг фінансування збільшився більш ніж у п'ять разів. Проте, такий приріст пояснюється головним чином девальвацією валюти: середньорічний обмінний курс долара зріс у 2018 році в порівнянні з 2008 [11].

Варто зазначити, що розподіл коштів на охорону здоров'я здійснюється відповідно до існуючої інфраструктури, а не до реальних потреб, що визначаються структурою та рівнями захворюваності населення України.

Зазначимо, що певні спроби провести реформу здійснювалися протягом багатьох років, але нарешті, з'явилося стратегічне бачення реформи та очікуваних від неї результатів. З'явилися й законодавчі ініціативи, спрямовані на їх досягнення.

Серед цих ініціатив слід відзначити проект Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я (реєстр. № 2309 а-д від 10.12.2015), відомий фахівцям як законопроект «про автономізацію». Він спрямований на надання установам охорони здоров'я більшої управлінської та фінансової автономії. Законопроектом передбачено, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я, створені та існують у формі бюджетних установ,

можуть реорганізовуватися в казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства. Це відкриває перед ними кращі можливості раціонального використання ресурсів та підвищення ефективності своєї діяльності.

Слід звернути увагу й на проект Закону про організацію медичного обслуговування населення в Україні (реєстр. № 4456 від 15.04.2016). Як наголошується в пояснювальній записці до зазначеного законопроекту, він розкриває можливості для впровадження багатоджерельного фінансування медичного обслуговування, зокрема розширення поля добровільного медичного страхування, лікарняних кас та створює передумови для впровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування. За допомогою законопроекту робиться спроба вирішити надскладні питання рівня державних гарантій у сфері охорони здоров'я, закладаються основи для формування єдиного медичного простору, впроваджується контрактна модель відносин між замовником медичного обслуговування населення та автономними постачальниками медичних послуг тощо [15].

Чимало уваги приділяється також вдосконаленню регуляторних процедур щодо здійснення медичної діяльності. На виконання Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» [54], який набрав чинності 28 червня 2015 року, прийнято постанову Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 року № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» [48] (вступило чинності 22 квітня 2016 року). Нові Ліцензійні умови усунули ряд регуляторних бар'єрів для заняття цією діяльністю (наприклад, виключили вимогу про те, що фізична особа – підприємець має право приймати на роботу лікарів (провізорів) тільки при наявності у цієї фізичної особи – підприємця вищої кваліфікаційної категорії за заявленою спеціальністю; передбачили можливість надання певної медичної допомоги за місцем проживання (перебування) пацієнта тощо).

Серед важливих тенденцій законотворчості виділяється спроба законодавчого врегулювання (або його удосконалення) певних видів медичної допомоги. Так, в 2015 році подано основний й альтернативний законопроекти,

якими передбачалося внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині.

Удосконалення правового регулювання здійснення медичної діяльності, в тому числі надання медичної допомоги із застосуванням певних технологій, здійснюється також шляхом прийняття необхідних підзаконних актів. Яскравим прикладом є наказ МОЗ України від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини в сфері охорони здоров'я» [49].

Однак в процесі створення якісної нормативно-правової бази в сфері охорони здоров'я, на наш погляд, існують такі труднощі, які необхідно враховувати для досягнення ефективного державного регулювання галузі:

- недостатній рівень вираженості державної політики в сфері охорони здоров'я, враховуючи також її законодавче забезпечення;
- відсутність науково обґрунтованої стратегії для здійснення законотворчої діяльності в сфері охорони здоров'я;
- низький рівень законотворчої активності суб'єктів законодавчої ініціативи;
- складність прийняття законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді;
- невелике число фахівців, які мають достатній рівень знань в області юриспруденції та медицини;
- неконсолідованість діяльності представників правової та медичної науки;
- недостатній рівень обліку міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я, що призводить до неефективного використання зарубіжного досвіду в регулюванні системою охорони здоров'я населення;
- нечіткість правової бази, наявність законодавчих колізій, які виникають на практиці, при протиріччі різних актів, котрі здійснюють регламентацію тієї чи іншої галузі охорони здоров'я;
- надмірний рівень роз'єднаності норм з охорони здоров'я по всьому

законодавству України.

Додатковим ускладнюючим фактором є поширений механізм неформальних платежів, який замінює відсутні офіційні механізми, які б раціоналізували систему та забезпечували її фінансову ефективність. Кошти, виділені на охорону здоров'я через цей канал, є дуже важким тягарем для домашніх бюджетів пацієнтів. Слід підкреслити, що все це відбувається в умовах відносно високого рівня загальних витрат на охорону здоров'я, що становить 7,6% ВВП у 2018 році. Це є очевидним свідченням далекосяжних неефективних витрат коштів у системі охорони здоров'я.

Протягом попереднього десятиліття для покращення функціонування системи органи державної влади здійснювали певні заходи, спрямовані на підвищення популярності додаткового медичного страхування - як у комерційній формі, так і через так звані лікарняні фонди, роль яких аналогічна комерційному страхуванню, з тією лише різницею, що вони діють як некомерційна основа. Проте, популярність цих рішень залишається низькою, не перевищуючи 2-3% населення країни в обох формулах.

Система характеризується низькими рейтингами не тільки у сфері охорони здоров'я, але й з точки зору доступу до послуг, де однією з головних перешкод є фінансова проблема, рівність та справедливість, а також відсутність реалізації заходів, спрямованих на позитивне стимулювання здоров'я населення країни. Складна політична та економічна ситуація в країні є додатковими факторами, які створюють перешкоди для ефективного підвищення ефективності системи. Низький рівень ВВП не забезпечує адекватної фінансової підтримки, а геополітична та економічна нестабільність останніх років додатково призвела, як і слід було припустити, до краху сектора деяких послуг.

Остання політична революція в Україні знову відкрила шанс реалізувати проект глибокої модернізації української держави. Політичні лідери чітко заявили про волю до проведення такого амбіційного проекту, і одним з симптомів такої взаємодії було бажання замінити еліти, що приймають

рішення. Шлях до досягнення цієї мети полягав у інтенсивному наборі осіб з інших країн на керівні посади в державному управлінні та інших централізовано керованих організаціях.

Цей ентузіазм реформування також стосується анахронічної структури системи охорони здоров'я. У 2015 році Україна, як перший крок реформ, передала міжнародним організаціям закупівлі вакцин, медикаментів та медичного обладнання: Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Програма розвитку ООН (ПРООН) та британська некомерційна організація Crown Agents. У тому ж році Міністерство охорони здоров'я, яке очолював народжений Грузією Олександр Квіташвілі, а потім й Уляна Супрун, яка народилася в США, запропонували пакет реформ, заснований на п'яти основних стовпах.

Першою опорою концепції Міністерства було реорганізація системи фінансування медичних послуг, де головна зміна - перекласти раніше застосовану модель фінансування закладів на фінансування потреб пацієнта відповідно до популярного формулювання «гроші йдуть за пацієнтом». Це зміна, яку слід розглядати як спробу застосувати рішення, які раніше застосовувалися в інших посткомуністичних країнах. Її основні припущення передбачають необхідність змінити відносини між платником та суб'єктами, які надають медичні послуги, де останні змушені пристосовуватися до умов, запропонованих платником. Вони, згідно з припущеннями, повинні бути отримані з реальних потреб населення. Іншими словами, спектр послуг, що надаються постачальниками, та їх кількість повинна бути виведена з діагностованих потреб у охороні здоров'я, а також результатів споживчих рішень щодо вибору об'єкта, що, у свою чергу, відкриває українську систему для внутрішньої конкуренції [16, с. 184].

Другий рівень Міністерства полягав у впровадженні медичної спеціалізації у сфері сімейної медицини. Сімейний лікар, з одного боку, повинен стати головним координатором процесу охорони здоров'я пацієнта, а з іншого - підлягає вибору пацієнта на індивідуальній основі, на відміну від поточної конструкції, яка базується на системі реорганізації з радянських часів.

Крім того, фінансування сімейного лікаря повинно базуватись на показниках на душу населення, де доходи лікаря залежать від кількості пацієнтів, що перебувають під його опікою. Це також є рішенням, що стосується проектів, які раніше виконувалися в інших посткомуністичних країнах.

Наступним елементом концепції Міністерства було те, що держава зобов'язується чітко визначити обсяг своєї фінансової відповідальності у сфері охорони здоров'я, яка повинна розглядатися як рівнозначна запровадженню пакету гарантованих пільг. Згідно з декларацією Міністерства охорони здоров'я України, повний спектр відшкодування передбачається для охоплення сімейних медичних послуг, паліативної допомоги, екстреної медицини та фармацевтичного лікування серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та діабету 2 типу. Нарешті, повною мірою відповідальність держави також стосується пологів, рідкісних захворювань та онкологічного лікування. Очікувалося, що такі рішення допоможуть роз'яснити фінансову відповідальність держави, а також обмежити феномен неформальних платежів, які зазвичай з'являються в системі охорони здоров'я.

В інших сферах, не включених до пакету повністю гарантованого обслуговування, передбачалося запровадити систему доплати, включаючи тарифи, затверджені державою та що залишилися в межах її регулювання, а також систему додаткового страхування. У той же час, певний спектр послуг повинен бути повністю виключений з ряду державно фінансованих вигод (наприклад, естетичної медицини). І ця ідея стала четвертою опорою концепції Міністерства.

Останнім ключовим елементом бачення реформи Міністерства були характеристики та якість наданих послуг, де, найголовніше, що лікарі, котрі працюють в системі, повинні бути зобов'язані впроваджувати процедури відповідно до сучасних міжнародних стандартів, замість існуючих, які застаріли та є неадекватними нинішньому стану медичних знань. Досі застосовувані процедури також схильні до шахрайства та корупції - лікування деяких захворювань дорогими та неадекватними лікарськими засобами

проводиться не стільки спираючись на реальні потреби у сфері охорони здоров'я, скільки залежать від неформальних домовленостей, які надають фінансові пільги конкретним особам (у тому числі урядовці, які приймають рішення про застосування даної процедури). Проблема також пов'язана з реформою медичної освіти, насамперед шляхом забезпечення доступу до останніх досягнень у галузі медичних наук, а також усуненням корумпованої системи надання права на здійснення медичної професії та надання об'єктивної, зовнішньої системи оцінки компетентності випускників [24, с. 51].

Нормативний механізм вдосконалення державного управління сферою охорони здоров'я на сьогодні представлений вирішенням питань державної політики України, пов'язаної з проведенням медичної реформи. Так, гостро стоїть питання визначення викликів, проблем та переваг нової системи охорони здоров'я і виявлення найбільш оптимальних шляхів її розвитку. І одним з найважливіших питань виступає ефективне нормативне регулювання галузі.

Як зазначалося вище, початок медичної реформи в Україні пов'язано з прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [45]. З початку прийняття даного закону виникає питання про неконституційність його положень, що призвело до появи прохання суб'єктів права на конституційне подання до Конституційного Суду України на підставі статті 75 Закону України «Про Конституційний Суд України». Це призвело до виникнення спірних моментів, коли з одного боку суду необхідно було підтвердити основоположні гарантії прав людини, а з іншого – прийняти законність норм, пов'язаних зі змінами національної моделі охорони здоров'я.

Важливим моментом є проблема прав людини в сфері охорони здоров'я, які отримали нових підхід до регламентації після прийняття реформи, а саме право на вільний вибір лікаря та право на безкоштовну медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Слід зазначити, що надання медичної допомоги пацієнтам на вторинному рівні проводиться у напрямку лікуючого лікаря з надання первинної медичної

допомоги або у напрямку лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, в якому здійснюється вторинна або третинна медична допомога. Однак без направлення пацієнти можуть звертатися до акушера-гінеколога, стоматолога та педіатра. Що стосується пацієнтів, що мають хронічні захворювання, які стоять на диспансерному обліку в даній установі охорони здоров'я, а також пацієнтів з невідкладним станом, то вони також можуть отримувати медичну допомогу без направлення.

Ще одним проблемним питанням, на наш погляд, є визначення конкретних дефініцій. Закон про медичну реформу спирається на словосполучення «медична послуга», визначення якої пропонується в статті 3 Основ, що представляє послугу, яку виходить пацієнт від установи охорони здоров'я, або від фізичної особи-підприємця, зареєстрованого і має ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, оплачувана її замовником. Таке визначення не дозволяє зрозуміти правову суть зазначеного словосполучення, оскільки існує різниця до розуміння правової конструкції «медична послуга» і «медична допомога». Аналізуючи законодавство, ми розуміємо, що це різні поняття, оскільки медична допомога є безкоштовною, згідно з Рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 року.

Тим самим ми пропонуємо закріпити таке визначення медичної послуги, під якою необхідно розуміти дію або сукупність дій медичних працівників, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію, що мають самостійне завершене значення і вартість. А медичну допомогу слід розуміти, як технологічно завершену сукупність процедур медичного характеру.

Серед найскладніших питань виділяється проблема безкоштовного надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, обумовлених статтею 49 Конституції України [31].

Підводячи підсумки, можна сказати, що медична реформа має ряд нез'ясованих питань, які вимагають втручання держави при тлумаченні норм закону і визнання його конституційності. На прикладі регламентації двох прав

людини в сфері охорони здоров'я освітлений спектр проблем, які можуть впливати на правореалізації та правозастосування, а, отже, можуть служити породженням проблем з дотриманням прав людини.

Зміни в організації системи надання послуг вимагають реорганізації також сфери управління та контролю за фінансовими ресурсами. Український уряд вжив активних заходів для досягнення цієї мети. У 2018 році розпочато роботу з впровадження нової організаційної схеми з основним акцентом на центральний орган – Національну службу охорони здоров'я України (НГУ). Нова установа повинна зрештою діяти як державна установа, відповідальна за укладання контрактів з постачальниками медичних послуг. Одночасно зніціювався процес впровадження нової схеми фінансування, насамперед на рівні первинної медичної допомоги.

Окрім зміни грошових потоків, реформа дозволяє приватним постачальникам укладати контракти з державними платниками. У 2019 році набирає чинності застосування нових фінансових механізмів у сфері лікування спеціалістів, тоді як у 2020 році передбачається впровадження рішень для гарантованого доступу до послуг. Деякі спеціальні інвестиції також застосовуються для поліпшення постачання ліків та вакцин, а також для забезпечення загального поліпшення інфраструктури надання послуг.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України остаточно ухвалила закон, який розпочав медичну реформу в Україні. Відразу після прийняття закону про фінансування охорони здоров'я, український парламент схвалив два інших законопроекти: один спрямований на надання людям у віддалених районах доступу до медичних послуг, включаючи телемедицину, та інший, що вносить зміни до фінансового кодексу України. Закон передбачає низку змін, які мають бути внесені до 2020 року, включаючи запровадження системи страхування, що фінансується урядом, та механізм, який дозволить пацієнтам самостійно обирати лікарів та лікарні. Загальнонаціональна електронна система відстеження історії хвороби пацієнтів впроваджена, починаючи з 2019 року. Крім того, нова система повинна зменшити проблему самолікування в Україні -

пацієнт буде стимульований до звернення до лікаря, оскільки відшкодування надаватиметься лише за рецептом лікаря. Проте український парламент не голосував за спільні платежі за медичні послуги, оскільки ця ідея дуже непопулярна серед пацієнтів та медичного персоналу.

Проте існує низка загроз, які в кінцевому рахунку можуть розмити суть реформи, або значною мірою мінімізувати її позитивний ефект та викликати негативне сприйняття серед суспільства та медичних працівників. По-перше, переорієнтація моделі фінансування та її спирання на споживчий вибір пацієнтів, має мати позитивний ефект у плані підвищення якості наданих послуг.

Тим не менш, в ситуації, коли існують обмежені фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я, перехід до такої моделі повинен включати реалізацію рішень, які раціоналізують попит, і, таким чином, це може спричинити тривалий час очікування для певних категорій послуг. Обмеження доступу ще на рівні системних рішень може, у свою чергу, призвести до збільшення незадоволеності громадськості, а також може спричинити розвиток альтернативних механізмів фінансування надмірного попиту. Хоча реалізація запланованих рішень на рівні первинної медичної допомоги навряд чи дасть такий ефект, у випадку спеціалізованих послуг та деяких інших послуг такий ризик існує насправді, про що свідчить досвід інших країн.

Нарешті, існує реальний ризик неадекватного розподілу коштів на послуги, де збільшене фінансування буде спричинено тиском суб'єктів, що діють з боку попиту, а також певними споживчими рішеннями пацієнтів, спричинених іншими причинами, ніж фактична потреба в охороні здоров'я. Остаточний успіх у реалізації обговорюваних рішень сильним чином залежить від збільшення обсягу публічно охоплених послуг. Крім того, потрібно одночасно впроваджувати загальносистемні рішення, спрямовані на виявлення попиту, а згодом – планування постачання для певного виду послуг. Карти потреб здоров'я можуть бути прикладом потенційно корисних рішень такого роду.

Варто підкреслити, що зміна моделі фінансування на рівні первинної медичної допомоги є відносно простим рішенням, яке необхідно реалізувати. Воно пов'язане з низкою можливих переваг, а саме стимулювання внутрішньої конкуренції, підвищення якості послуг та суворий контроль витрат. Більш складним завданням є реальне посилення системної ролі первинної медичної допомоги. Ця складність є наслідком декількох загроз і бар'єрів. По-перше, посилення ролі сімейного лікаря пов'язане з необхідністю реконструкції системи освіти, створення системи стимулів для сімейних лікарів постійно вдосконалювати свої компетенції, забезпечувати професійну та фінансову привабливість практики первинної медико-санітарної допомоги. По-друге, необхідно систематично та інтенсивною мірою підтримувати сектор первинної медико-санітарної допомоги з метою усунення переважаючих звичок серед медичних фахівців, а також пацієнтів, які використовують для сприйняття цього сектора лікування в умовах неповноцінності. Обидві згадані питання залишаються в тісному зв'язку один з одним. Хоча системна потреба призведе до збільшення навантаження на сектор первинної медико-санітарної допомоги, відсутність добре підготовленого персоналу фахівців сімейної медицини може стати ефективним бар'єром у цьому відношенні.

Іншою можливою проблемою є належне формування фінансових відносин між сектором первинної медичної допомоги та вищим рівнем охорони здоров'я. Здійснення фінансової відповідальності лікарів первинної медико-санітарної допомоги за послуги, що надаються на підставі їх направлення, може призвести до необґрунтованого обмеження доступу до діагностичних та спеціалізованих послуг. Це обмеження в тій чи іншій мірі очікується і є необхідним для усунення надмірного попиту, однак це не може розглядатися як перешкода для задоволення медичних потреб лише при забезпеченні адекватного рівня компетентності та самовіддачі сімейних лікарів. У свою чергу, обмеження ролі відповідальності сімейного лікаря може призвести до перенесення витрат на інші сектори охорони здоров'я, які згодом можуть виявити передбачувану економію внаслідок зміни формули фінансування, і

тому може стати здатністю їх покривати. Також за цих обставин доступність спеціалізованих послуг може бути обмеженою через відсутність системних можливостей для покриття витрат на зростаючий попит.

У процесі реалізації реформи охорони здоров'я необхідно враховувати труднощі, що виникають внаслідок тривалої практики. Ці практики сильно вписані в системну традицію та в звички її учасників. Ключовим бар'єром для реалізації зазначеного постулату може бути опір зацікавлених груп, які контролюють процедури надання прав на практику професії, які користувалися конкретним фінансовим та престижною вигодою від цього факту. Вони в той же час є достатньо впливовими, щоб мати можливість блокувати зміни, які є несприятливими для їхнього поточного статусу. Скасування освітніх схем, які застосовувалися багато років тому, і відсутність широкої взаємодії з міжнародними науковими спільнотами, може становити серйозну перешкоду для модернізації освітнього процесу медичних кадрів. На відміну від більшості попередніх випадків, головним бар'єром у процесі реалізації цієї частини реформи є менший рівень фінансового характеру, а більше – наслідки психічних факторів.

Важливі також політичні питання, пов'язані з можливою активізацією лобістських груп. Існує ймовірність того, що процес досягнення поставленої мети в цьому вимірі може зайняти надзвичайно довгий час. Хоча прийнята в 2017 році реформа охорони здоров'я має сильні про-ринкові асоціації, українська політика вважається досить популістською і лівою.

Остаточний успіх вжитих заходів буде залежати від низки факторів, не всі з яких є чутливими до контролю модифікуючими факторами, що підлягають стимулюванню з боку органів влади. Це стосується геополітичного контексту або глобальної економічної ситуації, а також можливого опору суспільства, яке, можливо, не бажає прийняти реалізацію програми реформ. Це ще більш ймовірно у випадку груп інтересів, для яких збереження статус-кво в певній сфері змін є вигідним з точки зору задоволення власних потреб [70].

Як запланована сфера змін в системі охорони здоров'я України, а також

послідовність у проведенні подальших етапів реформування дають перспективні прогнози щодо остаточного ефекту реформи. Важливою особливістю урядового проекту є зосередження на задоволенні найактуальніших та найбільш нагальних потреб, виявлених у системі, які пов'язані з доступом до послуг та постачання ліків. Вона відповідає поглядам на розподіл охорони здоров'я та використання інструментів соціальної політики солідарності, та в той же час відображає зміни соціальної політики в посткомуністичних державах, де планова держава поступово перетворюється на капіталістичну систему [71].

Поточна реформа системи охорони здоров'я передбачає реалізацію рішень, які повторюють ті, які були емпірично перевірені на основі досвіду інших країн, особливо тих, які пройшли аналогічний шлях трансформації. Проект реформи здається раціонально викладеним вчасно, з передбачуваним завершенням у перспективі на кілька років. Однак реальний успіх проведеної діяльності залежить від ряду додаткових факторів, як зовнішніх, так і пов'язаних з припущеннями реформи. Зокрема, особлива увага повинна приділятися макроекономічним умовам та забезпеченню адекватних ресурсів для медичних послуг. У цьому контексті важливим є рівень витрат на охорону здоров'я, пов'язаний з ВВП, але, перш за все, витрати враховуються в абсолютних кількостях, оскільки вплив цього фактору на наслідки системи охорони здоров'я є явно більш помітним. Інакше кажучи, успіх реформи у сфері охорони здоров'я прямо залежить від успіху трансформації та зростання української економіки.

Другим ключовим аспектом системних недоліків, пов'язаних з грошима, є масштаби залучення держави до охорони здоров'я, де, як уже згадувалося, великі масштаби фінансового тягаря витрат на охорону здоров'я лежать на стороні самих пацієнтів, що становить серйозний бар'єр обмеження можливості отримання відповідного лікування. Таким чином, ця проблема може бути сильним обмеженням на здатність досягати поставлених цілей реформи в епідеміологічному вимірі. Загалом низький рівень достатку

українського населення може бути також чинником, що обмежує популярність запропонованих додаткових інструментів захисту, які, нарешті, призведуть до реальної реформи.

Крім фінансових аспектів, існують й інші фактори, які можуть становити загрозу для остаточного успіху реформи. Одним з них є пізній момент вжиття коригувальних дій, що призвело до консолідації різних видів патологізованих процесів, що замінюють неефективну формальну державну систему. Цей замінник інструментів регулювання доступу до послуг та фінансування охорони здоров'я створив набір звичок, які можна спостерігати на стороні постачальників, а також пацієнтів. Ці звички можуть виявитися важко усунутими, особливо коли вони впливають на життєві інтереси впливового лобіювання. З цієї причини лідери реформ повинні враховувати можливість того, що процес змін у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, а повна реалізація його цілей може бути довгостроковим процесом. Навіть у цій довгостроковій перспективі остаточний успіх залежить від повних наслідків дій, прийнятих політичним центром прийняття рішень у здійсненні обраного шляху реформ. Невдачі попередніх спроб реформ, які в значній мірі базувалися на подібних пріоритетах, можуть розглядатися як додаткові докази невизначеності кінцевого результату та його сприйнятливості до небажаних впливів руйнівних факторів.

Підводячи підсумок, відзначимо, що Україна на сьогоднішній день знаходиться на стадії трансформації всієї системи державного управління, що впливає на появу труднощів у процесі реалізації змін в системі охорони здоров'я. При цьому ефективне регулювання системою охорони здоров'я дозволяє досягати високих стандартів життя населення країни.

У зв'язку з цим на сьогодні в першу чергу необхідно змінювати фінансово-економічні основи діяльності системи охорони здоров'я, при яких фінансування має спрямовуватися на обсяг наданих послуг, а не відповідати наявній інфраструктурі. Однак стереотип мислення населення, який спрямований на надання безкоштовної медичної допомоги, продовжує

підтримуватися з боку окремих політичних сил. Притому, що державний бюджет не має можливості задовольняти елементарні потреби населення в охороні здоров'я, не беручи до уваги високоспеціалізовану та альтернативну види допомоги.

Тим самим першочерговим завданням в системі державного регулювання охороною здоров'я виступає забезпечення гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, при наявності для індивіда можливості самостійно вибрати місце й способи лікування. Це визначає той факт, що система охорони здоров'я населення повинна спиратися на різні форми організації, що в свою чергу викликає необхідність оптимального використання наявних коштів, застосовуючи відповідні механізми державного регулювання.

2.2. Аналіз роботи КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області»

Населення Олександрійського району станом на 1 січня 2021 року складає 34 203 особи (34 325 в 2018 році), в т.ч. дорослих – 28 905 (28 528 в 2018 році), дітей до 17 років – 5298.

Таблиця 2.1

Показники народжуваності і смертності [2]

Показник	Період						Обласний показник 2018 року
	2019 рік		2020 рік		2021 рік		
	Абс. кільк.	Показник	Абс. кільк.	Показник	Абс. кільк.	Показник	
Народжуваність	288	8,3	281	8,2	282	8,2	7,4
Загальна смертність	503	14,5	537	15,6	561	16,4	16,3
Смертність немовлят	1	3,17	1	3,56	1	3,88	7,55
Природний приріст	-	-6,2	-	-7,4	-	-8,2	-8,9

Природний приріст залишається від’ємним, негативна різниця між показниками народжуваності і смертності зросла на 32% - 8,2 проти -7,4 в 2018 році. Стабільною залишається народжуваність - 8,2 на 1000 населення (8,2 в 2018 році), зростає загальна смертність – 16,4 (15,6). Показник смертності немовлят на 1000 народжених живими 3,88 (7,12 в 2018 році). Причина смерті дитини – перинатальна патологія. Зросла перинатальна смертність (4 випадки мертвонароджуваності) – 17,73 (10,70 в 2018 році), зменшилась рання неонатальна – 3,88 (7,14).

Таблиця 2.2

Структура загальної смертності [2]

Причина смерті	Період						Обласний 2020
	2019		2020		2021		
	Абс. кільк.	% від всіх померлих	Абс. кільк.	% від всіх померлих	Абс. кільк.	% від всіх померлих	% від всіх померлих
Всі причини	503	100	537	100	561	100	100
Інфекційні хвороби	11	2,2	8	1,5	19	7,3	2,4
В т.ч. туберкульоз	4	0,8	4	0,7	5	0,9	0,7
Злоякісні новоутворення	52	10,3	43	8,0	46	8,2	12,9
Хвороби ендокринної системи	4	0,8	-	-	1	0,2	0,5
Хвороби нервової системи	-	-	-	-	1	0,2	0,3
Хвороби системи кровообігу	295	58,6	341	63,5	362	64,5	62,2
Хвороби органів дихання	8	1,6	14	2,6	12	4,6	2,2
Хвороби органів травлення	10	2,0	9	1,7	13	2,3	3,4
Хвороби сечостатевої системи	5	1,0	4	0,7	4	0,9	0,3
Травми	45	8,9	46	8,6	25	4,5	5,9
Старість	70	13,9	65	12,1	72	12,8	7,7

На 11,7% в порівнянні із 2020 роком зросла загальна кількість померлих – 561 (503). Спостерігається збільшення кількості померлих від інфекційних хвороб – 19 (8), хвороб системи кровообігу – 362 (341), органів травлення – 13

(9). Зменшилась кількість померлих від травм – 25 (46 в 2018 році), хвороб органів дихання – 12 (14). В структурі смертності зріс відсоток померлих від ХСК – 64,5 (63,5 в 2018 році), інфекційних хвороб – 7,3 (1,5), хвороб органів дихання – 4,6 (2,6).

В 2021 році спостерігається збільшення показника поширеності серед всього населення – 18086,8 на 10 тисяч населення (16597,2 в 2020 році). Обласний показник 2018 року – 17434,9.

Нижчими за обласні є рівні поширеності інфекційних хвороб – 308,4 на 10 тисяч населення (387,2), психічних розладів – 399,8 (515,1), хвороб сечостатевої системи – 382,6 (743,0). Зріс і показник захворюваності – 6862,8 на 10 тисяч населення (5814,4 в 2018 році, 5875,7 – обласний показник). Спостерігається нижча за обласні захворюваність на новоутворення – 74,2 (96,3), хвороби ока – 237,7 (338,5), психічні розлади – 13,0 (47,5).

На 8,5% зросла поширеність хвороб серед дорослого населення – 17904,9 на 10 тисяч населення (16505,9; 17547,5 – обласний показник). Показник захворюваності зріс на 22,7% - 5394,9 (4399,5; 4288,3 - обласний).

Покращились показники поширеності і захворюваності серед підлітків. Так, поширеність склала на 10 тисяч населення 19201,7 (13315,7 в 2020 році, 19393,2 – обласний показник), а захворюваність – 13721,7 (9419,2; 12611,1 – обласний) [2].

Серед дитячого населення спостерігається така ж тенденція – поширеність склала на 10 тисяч населення 19036,8 (17775,0; обласний показник – 13195,0), а захворюваність – 14985,1 (13433,0 в 2020 році; обласний показник – 13195,0) [2].

Ситуація щодо захворюваності на туберкульоз в районі залишається напруженою. Зросла поширеність на 10 тисяч населення і склала 152,0 (122,4 в 2020 році; обласний показник – 97,6). Високою залишається захворюваність – 90,6 (93,2; обласний – 65,7). З деструкцією легеневої тканини виявлено 19,4% (12,5% в 2020 році; 22,2% - обласний). Дещо зменшився показник охоплення оглядами на туберкульоз на 1000 населення – 711,4 (769,8 в 2020 році, але

показник вищий за обласний – 673,8)ю Стабільно високим є показник виявляє мості хворих при профоглядах – 80,6 (81,3 в 2018 році; обласний – 50,6). В звітному періоді зросла смертність від туберкульозу на 100 тисяч населення – 14,6 (11,6 в 2020 році; обласний – 11,8) [2].

Дещо зменшилась поширеність злоякісних новоутворень в склала на 100 000 населення 2400,4 (2244,8 в 2020 році та 2947,0 – обласний показник). Зросла захворюваність і склала 412,2 на 100 тисяч населення (349,1 в 2020 році та 479,9 – обласний).

Зріс відсоток хворих, виявлених при медоглядах – 31 (22 в 20220 році).

Зменшився відсоток занедбаних випадків – 20,9 (23,9 в 2020 році). На рівні 2018 року відсоток виявлених візуальних форм – 33,3 (32,2 в 2020 році). Також на рівні 2018 року відсоток занедбаних форм візуального раку – 17,0 (17,9 в 2020 році).

Зросла смертність від злоякісних новоутворень – 134,5 на 100 тисяч населення (129,8 в 2020 році; 200,8 – обласний показник).

Охоплено цитологічним методом обстеження 41,4% (42,7% в 2020 році та 49% – обласний показник). Дорічна летальність склала 27,9% (33,9% в 2020 році; обласний показник – 31,3%). Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми у %) – 11,9 (17,9 – 2020 рік, обласний показник – 10,8). Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії захворювання – 19,3 (16,5 в 2020 році, обласний – 15,6). Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в III стадії (візуальні форми) у сільських жителів – 9,1 (18,8 в 2020 році; обласний – 12,8). Питома вага злоякісних новоутворень, виявлених вперше в IV стадії захворювання (%) у сільських жителів – 20,0 (20,0 в 2020 році; обласний показник – 17,2) [2].

Занедбаність раку шийки матки у сільських жителів III – IV стадії – 33,3% (в 2018 році – 20,0%; обласний – 25,0%), молочної залози III – IV стадії – 0.

В звітному періоді на 24,3% знизився амбулаторний прийом – 178836 (235709 в 2020 році). По КНП «ЦПМСД Олександрійської РР КО» амбулаторний прийом знизився вдвічі – 53057 (102720 в 2020 році). ПО КНП

«Олександрійська ЦРЛ» амбулаторний прийом склав 158941 проти 169045 (зменшився на 3,6%).

Профілактичні огляди обов'язкового контингенту проведені на 99,1% (100% в 2018 році). Відсоток виявленої патології серед всього населення – 8,5 (16,8). Відсоток виявленої патології серед дорослих – 7,8 (16,8 в 2020 році), підлітків – 9,4 (12,0), дітей – 9,6 (10,7). Стабільно низький показник пролікованих в ДСП на 10 тисяч населення – 225,7 (257,1 в 2020 році та 559,1 – обласний показник). На 21,6% зменшилась кількість пролікованих в стаціонарах вдома – 2478 (3139 в 2020 році) [2].

В звітному періоді в ліжковому фонді району відбулися зміни – 10 ліжок Червонокам'янської ЛАЗПСМ передані на ДСП КНП «Олександрійська ЦРЛ». Ліжковий фонд нараховує 165 ліжок, інтенсивний показник склав на 10 тисяч населення – 49,0 (51,0 в 2020 році; 48,2 – обласний).

З року в рік зменшується рівень госпіталізації – 15,3 на 100 жителів району (15,7 в 20220 році; 16,4 в 2019 році). Спостерігається також і зменшення відсотка виконання ліжко-днів – 88,1 (90,2 в 20208 році, 95,3 – в 2019 році).

Таблиця 2.3

Показники використання ліжкового фонду [2]

Показник	Період		
	2017	2018	2019
Зайнятість ліжка	319,2	302,3	292,0
Обіг ліжка	32,2	30,6	29,5
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,9	9,9	9,9
Летальність	1,5	1,7	1,8
% виконання ліжко-днів	95,3	90,2	88,1

В структурі пролікованих хворих на першому місці ХСК – 28,2%, другому – хвороби органів травлення 20,2%), третьому – хвороби органів дихання (15,8%), четвертому – ускладнення вагітності та пологів (10%).

Зросла кількість операцій, проведених в стаціонарі – 1140 (1089 в 2020 році). Відсоток амбулаторних операцій – 72,6 (73,1 в 2020 році). Загальна післяопераційна летальність на рівні показника 2020 року – 0,3% (0,3%).

Відсутня післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології. Зменшилась кількість абортів – 22 (36), у першовагітних – 5 (5 в 2020 році).

Хірургічна активність по ЦРЛ всього зросла – 69,9% (67,0% в 2020 році, за рахунок хірургічного відділення – 85,1% (74,3%).

В районі проводився великий обсяг роботи всіма діагностичними службами по обстеженню населення і ранньому виявленню патології. Зросла кількість аналізів на 100 відвідувань поліклініки – 145,5 (111,2 в 2020 році), а також кількість аналізів на 1-го стаціонарного хворого – 33,1 (30,7). Зросла кількість функціональних обстежень на 100 хворих в стаціонарі – 131,8 (125,9 в 2020 році) та на 100 відвідувань в поліклініку – 21,4 (16,2 в 2020 році). Децю зменшилась кількість фізпроцедур – 61997 (67874 в 2020 році), також кількість фізпроцедур на 100 хворих в стаціонарі – 759,2 (858,9). Зменшилась кількість рентгенологічних досліджень на 10 тисяч населення – 3709,9 (4039,9 в 2020 році), а також кількість просвічувань на 10 тисяч населення – 159,1 (280,3 в 2020 році) [2].

В 2021 році вперше визнано інвалідами серед дорослого населення на рівні з 2020 роком – 93 особи, серед працездатного населення зменшилась з 77 до 71 особи. Відповідно, інтенсивний показник серед дорослого населення збільшився з 32,6 до 33,3, серед працездатного зменшився з 39,6 до 36,9 (обласний показник – 44,2). В структурі вперше визнаних інвалідами серед всього населення на першому місці – ХСК (26,8%), другому – новоутворення (22,6%), третьому – хвороби кістково-м'язової системи (11,8%), четвертому – інфекційні захворювання і травми (9,7%) та інші [2].

Серед населення працездатного віку на першому місці – новоутворення (26,8%), другому – ХСК (21,1%), третьому – інфекційні хвороби, травми та хвороби кістково-м'язової системи, відповідно по 12,7%.

В звітному періоді значно зріс відсоток виходу на I групу інвалідності . Так, серед дорослого населення цей показник склав 18,2% (8,6% в 2018 році), а серед працездатного – 11,3% (3,9%). Зросли і відсотки виходу на II групу інвалідності – 40,9 (37,6) серед дорослого населення та 47,9 (37,7) серед

працевдатного.

Зменшився показник інвалідності серед дітей і склав 14,4 на 10 тисяч населення проти 18,9 в 2020 році (обласний показник – 22,0).

В мережі району за 2021 рік відбулися наступні зміни:

На підставі рішення Олександрійської районної ради від 5 червня 2019 року № 481 «Про створення комунального некомерційного підприємства «Олександрійська ЦРЛ Олександрійської районної ради Кіровоградської області» з 16 серпня 2019 року Олександрійська центральна районна лікарня реорганізована у комунальне некомерційне підприємство «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області» [2]. 10 ліжок цілодобового стаціонару на базі Червонокам'янської АЗПСМ переведені на ДСП КНП «Олександрійська ЦРЛ».

В звітному періоді проводилась активна робота по покращенню кадрової ситуації. Забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення 28,6 (28,5 в 2020 році; 32,6 – обласний показник). Зросла укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами як по КНП «ЦПМСД Олександрійського району», так і по КНП «Олександрійська ЦРЛ». Так, цей показник по КНП «ЦПМСД Олександрійського району» склав 63,2% (61,7 в 2020 році та 62,0% – обласний), по КНП «Олександрійська ЦРЛ» – 81,0% (83,1% в 2020 році; 70,3% – обласний показник). Відсоток укомплектованості штатних посад сімейних лікарів фізособами склав 71,2 (72,7 в 2020 році; 59,7 – обласний). Знизився показник укомплектованості ФАПів середніми медичними працівниками і склав 84,2% (100% в 2020 році; 86,2% - обласний). Всі медичні працівники, які підлягали атестації в 2018 році, пройшли курси і атестувались.

По зміцненню матеріально-технічної бази проведена наступна робота:

Для КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області» придбано:

службова квартира вартістю 293,7 тис. грн., з них 220,0 – за рахунок місцевого бюджету, 73,7 тис. грн. – благодійний фонд за рахунок позабюджетних коштів – нотаріальні послуги, оцінка і технічна інвентаризація

квартири на суму 10,7 тис. грн.

За рахунок районного бюджету:

– придбаний аудіометр вартістю 132,1 тис. грн., комп'ютерна і побутова техніка (5 одиниць) на 68,0 тис. грн.

– ремонт майданчика біля входу в стаціонарний корпус із влаштуванням тротуарної плитки.

За рахунок коштів спеціального фонду:

– аудіометр – 132,1 тис. грн.;

– виготовлені лавки та урни для облаштування території на суму 89,3 тис. грн.;

– придбана побудова та комп'ютерна техніка (3 одиниці) на суму 31,7 тис. грн.;

– проведений частковий ремонт даху хірургічного комплексу та ремонт системи водопостачання поліклініки на суму 58,0 тис. грн.

Витрачені кошти районного бюджету в сумі 530,1 тис. грн., позабюджетних фондів – 325,5 тис. грн..

Всього – 855,6 тис. грн.

Для КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги Олександрійської районної ради Кіровоградської області» придбано:

За рахунок бюджетних коштів:

– побутова техніка, меблі (11 одиниць) на суму 146,1 тис. грн.;

– систему реєстрації медичної інформації та дослідне обладнання (12 шт.), мобільний діагностичний комплекс «IDIS7500» на суму 1320,0 тис. грн.;

– виконано поточний ремонт частини приміщення Улянівської А ЗПСМ – 283,4 тис. грн.;

– виконані поточні ремонти в будівлях Улянівської та Попельнастівської амбулаторій на суму 146,1 тис. грн.;

– в приміщенні Головківської АЗПСМ встановлено автоматичну пожежну сигналізацію на суму 50,0 тис. грн.;

– за рахунок субвенції з державного бюджету придбано чотири легкових

автомобіля (повнопривідний транспортний засіб) для медичних працівників Голоківської, Новопраської, Попельнастівської та Улянівської амбулаторій ЗПСМ, розташованих в сільській місцевості, на загальну суму 1938,6 тис. грн.

– створена рекламна конструкція (Сіті-лайт) – 26,1 тис. грн.;

Всього – 3810,3 тис. грн.

Роботу ЛПЗ району за 2021 рік можна вважати задовільною, так як є позитивні зрушення в роботі:

- зменшилась смертність немовлят;
- зросли показники поширеності і захворюваності;
- зменшились показники первинної інвалідності дорослого населення і дітей;
- відсутня післяопераційна летальність при гострій хірургічній патології;
- покращилась матеріально-технічна база медичних закладів району.
- Більш активно потрібно працювати у напрямку:
 - патронажу вагітних, роділь, дітей 1-го року життя;
 - профоглядів населення, виявлення патології на ранніх стадіях,;
 - покращення використання ліжкового фонду;
 - активного огляду жінок із застосуванням цитологічного методу;
 - покращення кадрової ситуації;
 - дотримання етики та деонтології, виконавчої дисципліни [2].

2.3. Трансформація системи підготовки медичних кадрів як чинник удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я

Вдосконалення механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні базується на багатьох чинниках, кожен з яких є важливим та обов'язковим. До таких чинників ми можемо віднести наступні: стан фінансового та матеріального забезпечення галузі охорони здоров'я та

комунальних підприємств охорони здоров'я, рівень забезпечення ліками та іншими засобами лікування, наявність сучасної бази розміщення хворих та організації роботи лікарняних закладів, наявність закладів зв'язку, комунікацій, але мабуть одним з головних чинників створення якісної системи управління охороною здоров'я є наявність висококваліфікованих медичних кадрів. Основою якості кадрів у нашій країні традиційно є система вищої медичної освіти. Сучасна система освіти, в тому числі і медичної, на теперішній час проходить етап інституційних перетворень, тому дослідження цієї проблеми є важливою складовою комплексного дослідження інституційних змін в системі охорони здоров'я.

Ключовий вплив на забезпечення якісної підготовки фахівців мають організації, що працюють у сфері вищої освіти. До таких інститутів-організацій слід віднести органи управління в сфері вищої освіти, наприклад, МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін. Безумовно, навчальні заклади також є однією з головних форм інституційного забезпечення організації освіти. До таких навчальних закладів можна віднести університети, коледжі при університетах, академії, інститути, консерваторії, вищі училища спеціального спрямування, військові кафедри при університетах.

Спільно з ЗВО обслуговують процес вищої освіти такі установи, як: спортивні комплекси, заклади харчування, бібліотеки, тинографії, інформаційні центри, архіви.

До установ закладів, що сприяють розвитку та модернізації системи освіти в Україні, можна віднести корпорації та підприємства, які формують попит на фахівців та визначають основні вимоги до їх кваліфікації, організації роботодавців, що працюють практично в тій же сфері, але їх діяльність

більшою мірою спрямована на задоволення потреб на рівні регіону, професійні спілки – для студентів та для викладачів, громадські організації та фонди суміжної із освітою діяльності, молодіжні організації [23].

Оскільки темою нашого дослідження є інституційні підходи до системи медичної освіти, то необхідно визначити, що інституційний фактор містить в собі такі складові, як вплив світового середовища якості освіти, функціонування системи освіти в глобальній інформаційній мережі, необхідність та можливість інтеграції в світові освітні структури, постійне вдосконалення національної законодавчої бази, наявність і необхідність підтримки в нашій країні наукових традицій та шкіл (рис. 2.1).

Якщо проаналізувати сучасний стан системи управління знаннями як складової підготовки кадрів для всіх галузей народного господарства, то необхідно визначити, що її основою вітчизняні вчені вважають наступні фактори: інституційний, організаційний, технологічний, людський, системний, глобальний, біологічний. Крім того, необхідно враховувати, що в набутті знань велике значення мають фактори, що зумовлюють межу між раціональністю та ірраціональністю. В процесі навчання та оцінки завжди присутній елемент суб'єктивізму.



Рис. 2.1. Інституційні фактори управління знаннями [23]

За останнє десятиліття інститут вищої освіти зазнав значних трансформацій. Сучасний стан вищої освіти сформовано під впливом загальних інституційних змін суспільства, яке потребувало нових фахівців. До таких змін необхідно віднести:

- ринкові перетворення (розвиток приватної та корпоративної освіти, нові форми навчання, мобільності та отримання вищої освіти, комерціалізація освіти, збільшення попиту на освіту, диференціація трудових доходів);

- відкритість економіки (міжнародні навчальні корпорації, незатребуваність людського капіталу, вимивання робочих місць кваліфікованої праці, інтелектуальна міграція);

- науково-технічний прогрес (комп'ютеризація, інновації, інформатизація, телекомунікації, дистанційне навчання, нові технології, попит на працівників високої кваліфікації);

- державне регулювання (демократизація в освіті, посилення податкового тиску, зменшення соціальних гарантій, скорочення державного фінансування освіти).

Процеси, які сьогодні проходять в сфері вищої освіти, та базуються на загальноцивілізаційних процесах і повинні привести до конкурентоспроможності системи вищої освіти в умовах інформаційного суспільства та постіндустріальних економічних відносин наступні:

- державне регулювання (створення сприятливого економічного, інвестиційного клімату, забезпечення інноваційного розвитку, державний протекціонізм на ринку праці, зв'язок між кваліфікацією та заробітною платою, послаблення податкового тиску, інвестування в людський капітал);

- інтелектуалізація (зростання значення людською капіталу, зростання попиту на інтелектуальну працю, нові технології навчання, нестандартні форми освіти, зростання вимог до кваліфікованих працівників);

- глобалізація (поглиблення міжнародного співробітництва. Болонський процес, посилення конкуренції, посилення позицій висококваліфікованих працівників, інтелектуальна міграція);

– структурні трансформації (диверсифікація видів, форм освіти, збільшення зайнятості у сферах інтелектуальних послуг, підвищення мобільності освіти, покращення освітньо-професійної структури зайнятих).

Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури, скорочено ЮНЕСКО (англ. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO) – міжнародна організація, спеціалізована установа Організації Об'єднаних Націй. Мета цієї організації – на основі співпраці своїх членів-держав у галузі освіти, науки, культури сприяє ліквідації неписьменності, підготовці національних кадрів, розвитку національної культури, охороні пам'яток культури тощо.

До складу ЮНЕСКО входять такі міжнародні підрозділи, як: Інститут ІТ-освіти, Міжнародний інститут вищої освіти в Латинській Америці і Карибському регіоні, Міжнародний центр технічної і професійної освіти та підготовки кадрів, Інститут статистики, Міжнародне бюро освіти, Міжнародний інститут планування. Міжнародний інститут розбудови потенціалу в Африці, Інститут навчання протягом всього життя. В таблиці 4.2 подано резонансні заходи, що було проведено ЮНЕСКО останніми роками в галузі вдосконалення систем освіти.

Світова інституційна система забезпечення якості вищої освіти координується ще одною потужною організацією - регіональним угрупованням ОЕСР.

Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) (англ. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)) – міжнародна організація, що об'єднує 35 країн світу, більшість з яких є країнами з високим доходом громадян та високим ІРПІІ і розглядаються як розвинені. Договір про ОЕСР був підписаний 14 грудня 1960 в Парижі, але вступив у дію 30 вересня 1961 на базі Європейської організації економічного співробітництва з метою координації економічної політики країн-членів ОЕСР і погодження програми допомоги країнам, що розвиваються.

Організація об'єднує 35 найбільш економічно розвинених країн світу –

більшість держав Європейського Союзу, США, Австралія, Швейцарія, Норвегія, Південна Корея, Японія та інші. Штаб-квартира розміщена у Парижі (Франція).

Система вищої освіти України, її інституцій на складова більшою мірою спираються на наукові традиції та сучасні новації, що є притаманними для Європейського освітнього простору. В Європейському Союзі крім головних інституцій-органів управління, таких як Європарламент, Європейська Рада, Рада ЄС, Єврокомісія безпосередньо питання вдосконалення системи управління освітою та її вдосконаленням на регіональному рівні займаються такі інституції, як Агентство з питань освіти, аудіовізуальних засобів і культури. Європейський центр розвитку професійної освіти, Європейська навчальна фундація. Європейський офіс ERASMUS+.

Еразмус (англ. Erasmus) – програма обмінів студентів, викладачів та науковців країн-членів Євросоюзу, а також Ісландії, Ліхтенштейну, Македонії, Норвегії, Туреччини. Програма надає можливість навчатися, проходити стажування чи викладати в іншій країні, що бере участь в програмі. У Єврокомісії Erasmus назвали найуспішнішою освітньою програмою ЄС і важливим інструментом боротьби з молодіжним безробіттям. Терміни навчання і стажування можуть складати від 3 місяців до 1 року. Еразмус Мундус має три напрями: спільні курси і програми Еразмус Мундус: спільні магістерські та докторські курси та програми, а також стипендії для студентів цих програм; партнерство Еразмус Мундус: утворення партнерств між університетами ЄС та третьої країни з метою обміну студентами всіх академічних рівнів навчання та обміну науково-педагогічними кадрами [19].

Також серед інституцій Європи, що не є органами управління в системі охорони здоров'я, слід визнати найвпливовішими наступні: Європейська мережа забезпечення якості. Європейська асоціація університетів, Європейська асоціація ЗВО, Європейський союз студентів, Європейська асоціація дослідників освіти.

В Україні головними інституційними структурами, що забезпечують

діяльність системи освіти, слід вважати наступні:

- Верховна Рада України;
- Уряд країни;
- Державні структури (МОНУ, НАЗЯВО, акредитаційні комісії, навчально-методичні центри, інститути, що працюють в сфері досліджень проблем освіти);
- громадські об'єднання (організації роботодавців, об'єднання ЗВО, аналітичні центри, благодійні фонди, освітні асоціації, спілка дослідників);
- заклади вищої освіти (розробка внутрішніх систем забезпечення якості);
- громадяни, що є причетними до системи освіти (викладачі, студенти, їх батьки).

Значна увага приділяється в нашій країні саме процесам вдосконалення інституційної системи вищої медичної освіти. На Парламентських слуханнях на тему: «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє» було відзначено, що проблемами медичної освіти насамперед є:

- повільне запровадження у навчальний процес сучасних наукових розробок та засад доказової медицини, галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, адаптованих до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я;
- несвоєчасний перегляд та оновлення програм підготовки спеціалістів для медичної галузі, що не встигає за розвитком сучасної медичної науки та нових медичних технологій;
- неефективна, надмірно централізована та застаріла система управління і фінансування в системі вищої медичної освіти;
- не розвинена система університетських клінік; застаріла матеріально-технічна база навчальних закладів; зростаюча нерівність у доступі до якісної освіти; надмірна комерціалізація освітніх послуг; корупція тощо [34].

Як зазначає Москалюк В. Д., основними проблемами медичної освіти в Україні сьогодні є:

- неповна відповідність стандартам ЄС;
- зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самоудосконалення;
- відсутність університетських клінік (4 на усю країну); невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, низький рівень соціального захисту викладачів, інформатизації навчального процесу і відповідності самостійної роботи студентів та ін.
- недосконалість законодавства, недостатність фінансування вищої школи,
- високий рівень педагогічного навантаження на викладача та ін. [40, с. 156].

Досліджуючи тенденції розвитку медичної освіти України у відповідності до вимог Європейського Союзу, Логущ Л. Г. визначає, що пріоритетними тенденціями розвитку сучасної медичної освіти стали:

- глобалізація освітньої політики ЄС в галузі медичної освіти (прийняття Міжнародних стандартів медичної освіти); підтримка академічної мобільності студентів медичних спеціальностей та професійної мобільності лікарів і викладачів;
- встановлення вимог до базової підготовки студентів медичних спеціальностей;
- розширення клінічного навчання; полікультурність медичної освіти; автономність медичних університетів та університетських клінік як бази підготовки лікарів і медичних сестер;
- запровадження єдиної мови спілкування (вивчення іноземних мов); акредитація медичних навчальних закладів на рівні держави і на міжнародному рівні;
- створення єдиного європейського простору медичної освіти для безперервного професійного розвитку медичних фахівців; спрямованість медичної освіти на покращення рівня здоров'я населення [32, с. 8].

Міністерством охорони здоров'я у серпні 2014 запропоновано

Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я є складовою Національного плану дій з реформування, який був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» та Урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII). Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування [59, с. 3].

У розділі, що регламентує навчання та підвищення кваліфікації лікарів, цією Програмою зазначено, що «кар'єрний розвиток має бути конкурентоспроможним, прозорим та базуватися на результатах. Це вплине на зменшення кількості медичних спеціальностей, а професійне саморегулювання почне відігравати важливу роль. Відправною точкою тут має бути відкритий онлайн-реєстр діючих лікарів. Також медичні працівники укладатимуть контракт з певним закладом (а не з державою), для яких конкурентоспроможна процедура найму, орієнтована на результат, повинна бути ключовою. Протягом перехідного періоду, що пов'язаний з реформуванням сфери надання послуг, рівень заробітної платні залежатиме від домовленостей між державою, закладами охорони здоров'я і професійними об'єднаннями, але в майбутньому рівень зарплати повинен визначатися ринком, як тільки це стане можливим» [42].

Слід визначити, що на теперішній час значна увага приділяється і професійним, організаційним та менеджерським навичкам, які повинні мати керівники лікарняних закладів або їх заступники відповідного профілю. Керівники лікарняних закладів та їх відповідні заступники здобувають сьогодні освіту в галузі публічного управління та адміністрування, менеджменту, фінансів, маркетингу, що безумовно принесе позитивні результати в реаліях функціонування закладів охорони здоров'я в ринкових умовах на основі нових багатокритеріальних форм фінансування.

Таким чином, необхідно визначити, що вдосконалення системи державного управління підготовкою медичних кадрів на основі вдосконалення інституційної системи вищої освіти базується на наступних складових:

– впливовість на вдосконалення системи управління медичною освітою в Україні мають норми інституційного значення, до яких необхідно віднести наступні: Конституція України, Закон України «Про вищу освіту», Постанови Кабінету Міністрів, що стосуються вищої освіти. Міністерства охорони здоров'я, нормативні документи Міністерства освіти і науки України, НАЗЯВО. Статути ЗВО. внутрішні нормативні документи ЗВО;

– не менш важливий вплив на діяльність системи державного управління медичною освітою мають організації, заклади та установи. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО, представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.;

– до інститутів-організацій, що виливають на процеси імплементації міжнародних стандартів в системі підготовки кадрів для охорони здоров'я в Україні, слід віднести ЮНЕСКО, ОССР, Світовий банк. Безпосередньо співпрацюють з системою охорони здоров'я та підготовкою медичних кадрів всі спеціальні медичні міжнародні організації, головною з яких є ВООЗ;

– проблеми вдосконалення медичної освіти вирішуються на найвищому державному рівні. Проходять Парламентські слухання з цього питання, прийнято Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я до 2020 року, складовою частиною якої є питання підготовки кадрів, налагоджується співпраця між МОНУ та МОЗ України в сфері підготовки фахівців, посилюються вимоги щодо освітніх компетенцій керівників закладів охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. З'ясовано сутність і зміст державного управління у сфері охорони здоров'я. Проведене дослідження дало можливість з'ясувати, що державне управління сферою охорони здоров'я полягає в обґрунтуванні державної політики в галузі охорони здоров'я, формуванні та реалізації стратегій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я нації.

Система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю всіх організацій, інститутів та ресурсів, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій тривалості життя.

Державне управління системою охорони здоров'я – це специфічні, складні соціальні відносини, які виникають між системою державної влади у вигляді спеціально утворених органів державної влади, що взаємодіють, між якими поділені певні функції державного управління охороною здоров'я та елементами системи охорони здоров'я для досягнення цілей державної політики України в галузі охорони здоров'я.

Державне управління охороною здоров'я як багатоаспектна координація організаційних умов спільної діяльності людей має бути спрямоване на досягнення оптимальної охорони здоров'я населення.

2. Проаналізовано законодавство у сфері охорони здоров'я. Здійснений аналіз та визначено причини, через які ускладнюється класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я. До таких причин належать: комплексність правового регулювання сфери охорони здоров'я; відсутність чіткої державної політики у сфері охорони здоров'я та відповідної стратегії її впровадження; розрізненість і суперечливість чинного законодавства у сфері охорони здоров'я, а інколи відсутність правового регулювання низки відносин. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я ускладнюється через

об'єктивні (насамперед комплексний характер відносин у сфері охорони здоров'я) та суб'єктивні (відсутність стратегічних документів, які б слугували основою для розвитку та вдосконалення законодавства у сфері охорони здоров'я) причини.

Досліджується класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я за різними підставами. Такими підставами є: класифікація за ієрархією системи нормативних актів; за предметом правового регулювання; за інститутами; за характером правового регулювання; за блоками класифікатора галузей законодавства України; за територією дії; за рівнями правового регулювання; класифікація з урахуванням правоінтеграційних процесів, зокрема євроінтеграційний аспект. Проведене дослідження різних підстав для класифікації може стати основою для подальшої кодифікації законодавства у сфері охорони здоров'я: або для розроблення нового закону – Медичного кодексу України, або для вдосконалення чинного кодифікованого акта – Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Аналізуються положення документів Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо складових елементів системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я має базуватися на шести компонентах: медична допомога та медичні послуги, трудові ресурси охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, фінансування системи охорони здоров'я, доступ до основних лікарських засобів і медичних виробів, лідерство й управління. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я за такого підходу може слугувати основою для розроблення та впровадження засад національної стратегії охорони здоров'я, стратегії розвитку медичної галузі й інших стратегічних та програмних документів.

3. Досліджено зарубіжний досвід державного управління охороною здоров'я. Зосереджено увагу на основних складових реалізації права на охорону здоров'я, що визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров'я загалом: доступі до медичної допомоги, процесі

догляду, адміністративній ефективності, результатах охорони здоров'я, фінансуванні.

Охарактеризовано зарубіжний досвід функціонування систем охорони здоров'я та наведено характеристику систем медичного страхування різних країн світу залежно від форми їх фінансування. На основі порівнянь доведено, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід функціонування охорони здоров'я продемонстрував, що механізм фінансування охорони здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Для підвищення ефективності системи охорони здоров'я в Україні необхідно розробити та впровадити власну програму медичного страхування з врахуванням соціально-економічних особливостей розвитку нашої держави. Запровадження в Україні медичного обов'язкового страхування призведе до покращення надання медичних послуг, вдосконалення управління всією системою та її фінансування.

4. Розкрито проблемне поле сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні. Найбільш важливим моментом сьогодні є виведення України з кризового стану системи охорони здоров'я. У зв'язку з цим були виявлені пріоритетні завдання державного регулювання: забезпечення надання безкоштовної допомоги, в тому числі й фармацевтичними препаратами, найбільш гостро нужденним людям та при лікуванні серйозних захворювань; усунення правових перешкод в ході більш ефективного розподілу ресурсів, забезпечуючи перехід від моделі фінансування на кошторисній основі, що спирається на кількість лікарняних ліжок, до моделі фінансування, яка буде заснована на кількості пролікованих пацієнтів; здійснення практичних кроків щодо усунення дублювання функцій та зменшення зайвої кількості об'єктів, за допомогою проведення реструктуризації та консолідації медичних установ; підвищення ступеня прозорості при здійсненні закупівель, впровадження нових

платіжних механізмів й прийнятті нових підходів до управління в закладах первинної медико-санітарної допомоги та лікарнях.

5. Здійснено аналіз роботи КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області. З 16 серпня 2019 року Олександрійська центральна районна лікарня реорганізована у комунальне некомерційне підприємство «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області». 10 ліжок цілодобового стаціонару на базі Червонокам'янської АЗПСМ переведені на ДСП КНП «Олександрійська ЦРЛ».

В звітному періоді проводилась активна робота по покращенню кадрової ситуації. Забезпеченість лікарями на 10 тисяч населення 28,6 (28,5 в 2020 році; 32,6 – обласний показник). Зросла укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами як по КНП «ЦПМСД Олександрійського району», так і по КНП «Олександрійська ЦРЛ». Так, цей показник по КНП «ЦПМСД Олександрійського району» склав 63,2% (61,7 в 2020 році та 62,0% – обласний), по КНП «Олександрійська ЦРЛ» – 81,0% (83.1% в 2020 році; 70,3% – обласний показник). Відсоток укомплектованості штатних посад сімейних лікарів фізособами склав 71,2 (72,7 в 2020 році; 59,7 – обласний). Знизився показник укомплектованості ФАПів середніми медичними працівниками і склав 84,2% (100% в 2020 році; 86,2% – обласний). Всі медичні працівники, які підлягали атестації в 2020 році, пройшли курси і атестувались.

6. Обґрунтовано механізми державного управління трансформацією системи підготовки медичних кадрів. Необхідно відзначити, що вдосконалення механізмів державного управління підготовкою медичних кадрів на основі вдосконалення інституційної системи вищої освіти базується на наступних складових: вплив на вдосконалення системи управління медичною освітою в Україні мають норми інституційного значення; не менш важливий вплив на діяльність системи державного управління медичною освітою мають організації, заклади та установи. До таких слід віднести: МОН, НАЗЯВО, Управління освіти в регіональних та міських органах влади, власники ЗВО,

представництва в Україні міжнародних організацій, що опікуються сферою освіти, неурядові організації, що працюють в сфері освіти, міжнародні організації, що забезпечують оцінку якості освіти та громадську акредитацію закладів освіти, громадські, студентські асоціації, організації при органах влади при університетах та ін.; до інститутів-організацій, що впливають на процеси імплементації міжнародних стандартів у системі підготовки кадрів для охорони здоров'я в Україні, слід віднести ЮНЕСКО, ОССР, Світовий банк. Безпосередньо співпрацюють з системою охорони здоров'я та підготовкою медичних кадрів всі спеціальні медичні міжнародні організації, головною з яких є ВООЗ; проблеми вдосконалення медичної освіти вирішуються на найвищому державному рівні. Проходять Парламентські слухання з цього питання, прийнято Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я до 2020 року, складовою частиною якої є питання підготовки кадрів, налагоджується співпраця між МОНУ та МОЗ України в сфері підготовки фахівців, посилюються вимоги щодо освітніх компетенцій керівників закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алексєєв О. Принципи кодифікації національного фармацевтичного законодавства / О. Алексєєв // Адвокат. – 2010. – № 12 (123). – С. 27 – 30.
2. Аналіз роботи лікувально-профілактичних закладів Олександрійського району за 2019 рік. – Режим доступу : <http://olex.kr-admin.gov.ua>
3. Атаманчук Г. В. Теория государственного управления : курс лекций / Г. В. Атаманчук. – 3-е изд., доп. – Москва : ОМЕГА-Л, 2005. – 584 с.
4. Бабанін А. А. Медичне правознавство / А. А. Бабанін, О. О. Миронова, О. В. Біловицький, О. Ю. Скребкова. – Сімферополь, 2012. – 552 с.
5. Бакуменко В. Д. Державне управління : курс лекцій / В. Д. Бакуменко, Д. І. Дзвінчук, О. С. Поважний. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2011. – 536 с.
6. Воробйов В. В. Система державного управління охороною здоров'я / В. В. Воробйов // Митна справа. – 2011. – № 4 (76). – С. 170 – 178.
7. Галузь науки «Державне управління» в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку : нац. наук. доп. / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурміна, О. М. Руденко. – Київ : НАДУ, 2012. – 184 с.
8. Гладун З. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України / З. Гладун // Вісник Національної академії правових наук України. – 2014. – № 1 (76). – С. 103 – 111.
9. Гладун З. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль : Економічна думка, 2005. – 460 с.
10. Гладун З. До питання про зміст адміністративно-правових норм у сфері охорони здоров'я населення / З. Гладун // Науковий вісник Львівської комерційної академії. Серія «Юридична». – 2015. – Вип. 2. – С. 133 – 144.
11. Дані Державної служби зайнятості. – Режим доступу :

http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109

12. Демченко І.С. Класифікація законодавства у сфері охорони здоров'я / І.С. Демченко // Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: юридичні науки. – 2019. – Т. 30 (69). – № 6. – Режим доступу : http://www.juris.vernadskyjournals.in.ua/journals/2019/6_2019/4.pdf

13. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. – Київ ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

14. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.

15. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лют. 2010 р. № 208. – Режим доступу : zakon1.rada.gov.ua.

16. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: шляхи виходу з кризи / В. Д. Долот // Ефективність державного управління. – 2014. – Вип. 38. – С. 184 – 190.

17. Долотенко Є. В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Є. В. Долотенко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2014. – № 1 (45). – С. 89 – 95.

18. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка. – Київ : НАДУ, 2011.

19. ЕРАЗМУС+. – Режим доступу : <https://uk.wikipedia.org/wiki/Еразмус>.

20. Європейська соціальна хартія Ради Європи від 3 травня 1996 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994062>

21. Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10 груд. 1948 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995015>

22. Засади національної стратегії охорони здоров'я України / П. Клименко та ін. // Україна Здоров'я нації. – 2018. – № 2. – С. 73 – 82.

23. Зима І. Я. Механізми державного управління інституційною трансформацією системи охорони здоров'я : дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Зима Іван Ярославович ; Міжрегіон. Акад. упр. персоналом. – Київ, 2019. – 345 с.

24. Карлаш В. В. Державне регулювання контролю якості медичної допомоги в Україні / В. В. Карлаш // Polish journal of science: наук. журнал. – Польща (Варшава), 2019. – Вип. 15. – С. 51 – 52.

25. Карлаш В. В. Механізми регулювання у сфері охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. держ. упр.: 25.00.02 – механізми державного управління / В. В. Карлаш; Нац. ун-т цив. зах. України. – Харків, 2020. – 210. – Режим доступу : <https://nuczu.edu.ua/images/topmenu/science/spetsializovani-vcheni-rady/disKarlash.pdf>

26. Клименко О. Законодавство у сфері охорони здоров'я: перспективи розвитку / О. Клименко // Економіка та держава. – 2012. – № 5. – С. 128 – 130.

27. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995207>

28. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини від 20 листопада 1989 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995021>

29. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/99571>

30. Конституційне подання щодо відповідності Конституції України (конституційності) Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII // Голос України. – 2017. – № 248. – Режим доступу : http://www.ccu.gov.ua/sites/default/files/3_667_0.pdf

31. Конституція України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96->

%D0%B2%D1%80/page4

32. Логуш Л.Г. Тенденції розвитку медичної освіти в освітній політиці Європейського Союзу : автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л.Г. Логуш. – Київ, 2016. – 20 с.

33. Майданик Р. Законодавство України у сфері охорони здоров'я: система і систематизація / Р. Майданик // Медичне право. – 2013. – № 2 (12). – С. 63 – 74.

34. Матеріали Парламентських слухань «Медична освіта в Україні: погляд у майбутнє». – Режим доступу: <http://wl.cl.rada.gov.ua/pls/>.

35. Мельник А. Ф. Державне управління : підруч. / А. Ф. Мельник, О. Ю. Оболенський, А. Ю. Васіна ; за ред. А. Ф. Мельник. – Київ : Знання, 2009. – 582 с.

36. Миколенко А. И. Административный процесс и административная ответственность в Украине : учеб. пособ. / А. И. Миколенко. – Харьков : Одиссей, 2004. – 272 с.

37. Міжнародна конвенція ООН про ліквідацію всіх форм расової дискримінації від 21 грудня 1965 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995105>

38. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об'єднаних Націй від 16 грудня 1966 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995042>

39. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы / В. Ф. Москаленко. – Київ : ВД «Авіцена», 2011. – 256 с.

40. Москалюк В.Д. Якісна медична освіта в Україні на додипломному етапі: міф чи реальність? / В.Д. Москалюк, А.С. Сидорчук // Молодий вчений. – 2014. – № 1. – С. 155 – 157. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2014_1%2803%29__36

41. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я /

Г. Муляр // Вісник АПСВТ. – 2020. – № 1-2. – Режим доступу : https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf

42. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/uploads/07691-strategiya.pdf>

43. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами) // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

44. Презентація НСЗУ. – Режим доступу : https://hromady.org/wp-content/uploads/2020/04/НСЗУ_22.04.20.pdf

45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

46. Про затвердження Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020: український вимір» : закон України. – Режим доступу : <http://w1.c1.rada.gov.ua>.

47. Про затвердження Класифікатора галузей законодавства України : наказ Міністерства юстиції України від 2 червня 2004 р. № 43/5 // Юридичний вісник України. – 2004. – № 28.

48. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : постанова Кабінету Міністрів України від 02 берез. 2016 р. № 285. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п#Text>

49. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовт. 2015 р. № 681. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>.

50. Про затвердження переліку та складу госпітальних округів Кіровоградської області : розпорядження КМУ від 12 лип. 2017 р. № 472. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/nras/250138559>.

51. Про затвердження Програми розвитку галузі охорони здоров'я м. Кропивницького на 2017-2020 роки : рішення Кіровоградської міської ради від 15 берез. 2017 р. № 833. – Режим доступу : <https://uozkmr.gov.ua/uploads>.

52. Про затвердження Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації : розпорядження КМУ від 22 берез. 2017 р. № 248-р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-p>.

53. Про лікарські засоби : закон України. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96>.

54. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 2 берез. 2015 р. № 222-VIII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

55. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21 трав. 1997 р. № 280/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1997. – № 24. – Ст. 170

56. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua>.

57. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3612-VI (зі змінами) // Голос України. – 2011. – № 142.

58. Про стан розвитку окремих сфер діяльності в області : лист департаменту охорони здоров'я Кіровоградської обласної державної адміністрації на № 01-19/471/0.4 від 18 лип. 2019 р. – Режим доступу : <https://health.kr-admin.gov.ua>.

59. Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр.: зб. текстів виступів на навчально-методичній

конференції / Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова. – Вінниця : ВНМУ, 2015. – 147 с.

60. Прокопець Л.В. Проблеми управління персоналом в закладах охорони здоров'я / Л.В. Прокопець, І.М. Тодоріко // Інфраструктура ринку. – 2020. – № 4. – Режим доступу : http://www.market-infr.od.ua/journals/2020/42_2020_ukr/47.pdf

61. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним зверненням Київської міської ради професійних спілок щодо офіційного тлумачення ч. 3 ст. 21 Кодексу законів про працю України (справа про тлумачення терміна «законодавство») : рішення Конституційного Суду України № 12-рп/98 від 9 лип. 1998 р., код акту 5855/1998 // Офіційний вісник України. – 1998. – № 32. – С. 59. – Ст. 1209.

62. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.

63. Рукосуєва О. Класифікація законодавства України за галузями. – Режим доступу : https://mmjust.gov.ua/rn/str_2970

64. Сенюта І. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія. Львів : Астролябія, 2007. – 223 с.

65. Сидоренко Т. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку / Т. Сидоренко, Л. Жуковіна // Право України. – 2005. – № 12. – С. 95 – 97.

66. Системні чинники взаємодії політики і управління : наук. розробка / за заг. ред. В. А. Ребкала, В. А. Шахова. – Київ : НАДУ, – 2010. – 40 с.

67. Стеценко С. Лекція професора С. Стеценка : Вступ до курсу «Медичне право України» / С. Стеценко // Право України. – 2011. – № 11-12. – С. 120 – 131.

68. Теорія державного управління / за ред. В. М. Князева, І. В. Розпутенко. – Т. 1. – Київ, 2011. – 748 с.

69. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і

їхніми державами-членами, з іншої сторони. – Режим доступу : [http://www.kmu.gov.ua/kmu/docs/EA/00_Ukraine-EU_Association_Agreement_\(body\).pdf](http://www.kmu.gov.ua/kmu/docs/EA/00_Ukraine-EU_Association_Agreement_(body).pdf)

70. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн. – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.

71. Фуртак І. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України / І. Фуртак, А. Варава // Науковий вісник. – 2010. – Вип. 6 «Демократичне врядування». – Режим доступу : <http://www.lvivacademy.com/visnik6/fail/Furtak.pdf>.

72. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994524>

73. Ціборовський О. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока ; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – К. : [б. в.], 2011. – 72 с. Мельник В. Поняття та ознаки законодавства: проблеми, підходи, напрями вирішення / В. Мельник // Держава і право. – 2009. – Вип. 44. – С. 50 – 54.

74. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. – Режим доступу : <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunva/kenkouirvou/irvouhoken/irvouhoken01/index.html>

75. African Charter on Human and Peoples Rights. – Режим доступу : <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>

76. Australian Government Department of Health. The Australian health system. – Режим доступу : <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>

77. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. – Режим доступу : <https://www.mhlw.go.jp/english/socialsecurity/dl/socialsecurity6-a.pdf>

78. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. – Режим доступа : <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/kranke-nversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>

79. Euro Health Consumer Index 2018. – Режим доступа : <https://healthpowerhouse.com/publications/>

80. GHS Index Map. – Режим доступа : <https://www.ghsindex.org/ffl-section--map>

81. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. – Режим доступа : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1 &isAllowed=v>

82. Medicaid – basic Health Program. – Режим доступа : <https://www.medicaid.gov/>

83. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. WHO. 2010. – 93 p.

84. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. – Режим доступа : <https://ruc.overheid.nl/nza/doc/PUC 289640 22/1/>

85. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. – Режим доступа : <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

86. Protection from high medical costs. – Режим доступа : <https://www.healthcare.gov/whv-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs/>

87. The legatum prosperity index 2019. – Режим доступа : <https://www.prosperity.com/rankings>

88. The Official U.S. Government Site for Medicare. – Режим доступа : <https://www.medicare.gov/>

89. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. – Режим доступа : <https://www.hhs.gov/healthcare/index.html>