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

Здобувача вищої освіти *Прибиток Тетяни Володимирівни*

академічної групи *281м-23з-2 ІДУ*

спеціальності *281 Публічне управління та адміністрування*

за освітньо-професійною програмою *281 Публічне управління та адміністрування*

на тему: *«Удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги»*

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

Рецензент:				

Нормоконтролер:	Кравцов О.В.			

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги».

78 с., 1 табл., 32 джерела.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, МЕДИЧНА ПОСЛУГА, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, СТРАТЕГІЯ, ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД.

Об'єкт дослідження – державна політика України в сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

У першому розділі досліджено теоретичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я. У другому розділі охарактеризовано сучасний стан державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні. У третьому розділі окреслено шляхи вдосконалення державної політики в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improving the State Policy of Ukraine in the Field of Primary Healthcare Provision».

78 pages, 1 tables, 32 sources.

PUBLIC MANAGEMENT AND ADMINISTRATION, HEALTHCARE, STATE POLICY, MEDICAL SERVICE, MEDICAL INSTITUTION, PRIMARY HEALTHCARE, MEDICAL REFORM, STRATEGY, FOREIGN EXPERIENCE/

Object of research – the development of cooperation between territorial communities in Ukraine.

The object of research – the state policy of Ukraine in the field of health care.

The subject of research – is the improvement of the state policy of Ukraine in the field of primary health care.

The purpose of research – to provide scientific substantiation of theoretical and analysis of practical recommendations for improving the state policy of Ukraine in the field of primary health care.

The first section examines the theoretical foundations of state policy formation in the healthcare sector. The second section describes the current state of public administration of primary healthcare in Ukraine. The third section outlines the ways to improve the state policy in the field of primary health care in Ukraine.

The recommendations and suggestions provided in this paper can be used by public authorities in developing measures to improve the state policy of Ukraine in the field of primary health care.

ЗМІСТ

ВСТУП 5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 8
1.1. Базові поняття та категорії формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я 8
1.2. Сутність та функції первинної медичної допомоги в Україні 20
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ 31
2.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні 31
2.2. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах 44
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ 54
3.1. Організаційний механізм державної політики управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні 54
3.2. Сучасні напрями вдосконалення державної політики щодо забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги 64
ВИСНОВКИ 74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 79

ВСТУП

Збереження життя та здоров’я людини – найголовнішим завданням держави. Функціонування органів управління й закладів охорони здоров’я перебуває в тісному взаємозв’язку з діяльністю практично всіх інших сфер життєдіяльності суспільства держави. В Україні спостерігається високий рівень незадоволеності українського суспільства станом національної системи охорони здоров’я, якістю надання медичної допомоги й медичних послуг, якістю фармацевтичних препаратів та їх ціновою недоступністю. Водночас мотиваційна складова роботи медичних працівників (фінансова, моральна) не відповідає рівню сучасних вимог до забезпечення життя та роботи кваліфікаційного працівника. Це зумовило потребу впровадження змін у систему державного управління охороною здоров’я.

Розпочатий процес реформування цієї сфери зумовив появу додаткових негативних чинників впливу на систему охорони здоров’я загалом і на підсистему первинної медико-санітарної допомоги зокрема.

Основою будь-якої моделі побудови національної системи охорони здоров’я є система первинної медико-санітарної допомоги. Цей вид допомоги найбільше впливає на забезпечення громадського здоров’я. Вона ж і визначає рівень задоволеності населення отриманою медичною допомогою і/або послугами. Ефективне функціонування системи первинної медико-санітарної допомоги можливе за умов значного інфраструктурного, матеріально-технічного й кадрового забезпечення. Такі завдання належать до складних державних, а не лише галузевих, проблем. За умови своєчасності та якості надання первинної медико-санітарної допомоги зменшується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров’я, тим самим знижуються витрати їх бюджету. Це дає змогу оптимізувати фінансові сторони діяльності такого закладу та знизити навантаження на лікарів.

Загальні питання державного управління сферою охорони здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: Н. В. Авраменко, Я. П. Базилевича, В. Д. Бакуменка, М. М. Білинської, Ю. В. Вороненка, В. В. Загороднього, Д. В. Карамишева, В. М. Лєхан, В. Ф. Москаленка, О. І. Сердюка, І. І. Хожило, Н. П. Ярош та ін.

Однак, враховуючи складність та багатоаспектність проблеми, варто зауважити, що в сучасних працях з державного управління системою охорони здоров'я недостатньо висвітлено теоретичні та практичні аспекти державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, зокрема функціонування механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування національної системи охорони здоров'я, напрями удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

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

Предмет дослідження – удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

– визначити базові поняття та категорії формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;

– дослідити сутність та функції первинної медичної допомоги в Україні;

– проаналізувати нормативно-правове забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні;

– розглянути розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах

– проаналізувати організаційний механізм державної політики

управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні;

– запропонувати сучасні напрями вдосконалення державної політики щодо забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги.

Методологічну основу кваліфікаційної роботи становлять загальнонаукові та спеціальні методи, які ґрунтуються на сучасних засадах публічного управління та адміністрування і споріднених з ними наук.

Інформаційною базою кваліфікаційної роботи є: нормативно-правові документи, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, дослідницькі та аналітичні матеріали міжнародних організацій, інтернет-джерела, офіційні сайти органів державної влади та аналітичних центрів.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами державної влади під час розробки заходів щодо удосконалення державної політики України в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Базові поняття та категорії формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Виходячи з предмету нашого дослідження необхідно здійснити ретельний аналіз таких понять, термінів та категорій, як: «державна політика», «сфера охорони здоров'я», «державна політика у сфері охорони здоров'я», «формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я», «механізми формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я».

Велика українська енциклопедія визначає поняття «державна політика» як принципове керівництво до дії органів державної влади [1]. Це визначення підкреслює роль державної політики як орієнтиру для дій державних органів.

Вітчизняні науковці розуміють «державну політику» як сукупність (або єдність) цінностей, визначених цілей, державно-управлінських методів та заходів, прийнятих управлінських рішень і дій, порядок та процеси реалізації державно-політичних та управлінських рішень (тобто, визначених державною владою цілей) та встановлену систему державного управління щодо розвитку країни [2]. Це визначення наголошує на комплексному характері державної політики, що включає не лише цілі, але й методи та процеси їх реалізації.

Зарубіжні автори розглядають зміст державної політики з позиції таких трьох аспектів: формулювання проблем суспільства, визначення альтернативних варіантів вирішення або зменшення цих проблем та оцінювання результатів політики [3]. Такий підхід підкреслює циклічний характер процесу державної політики, що включає аналіз проблем, розробку рішень та їх оцінку.

Державну політику, у широкому розумінні, визначають як вибір, що роблять органи державної влади, між активними діями або їх відсутністю для розв'язання важливих суспільно-значимих проблем, що виникають у суспільстві. Науковці підкреслюють важливу роль державної політики в суспільстві, метою якої є своєчасне виявлення проблем, здійснення їхнього аналізу, встановлення причин їх виникнення, а також пошук шляхів їхнього розв'язання [4]. Це визначення наголошує на проактивній ролі державної політики у вирішенні соціальних проблем.

Державна політика в процесі адміністрування має цілеспрямований характер, організовує державно-адміністративні процеси, підпорядковуючи їх досягненню заздалегідь визначеної мети. Це визначення акцентує на важливості цільової орієнтації державної політики та її ролі у впорядкуванні державних процесів.

Спрямованість та характер державної політики пов'язані з утриманням суспільної стабільності та задоволенням усіх суспільних інтересів. Державна політика є важливим аспектом функціонування суспільства, оскільки спрямована на покращення умов життя громадян та забезпечення соціальної стабільності в країні та її регіонах. Це визначення підкреслює важливість соціального спрямування державної політики та її роль у забезпеченні благополуччя громадян.

За іншим визначенням, поняття «державна політика» визначається як реакція держави на певні проблеми у суспільстві або в його групах (громадяни чи неурядові організації). Метою є узгодження інтересів та досягнення консенсусу, необхідного для забезпечення стабільності суспільства [5]. Це визначення підкреслює адаптивну роль державної політики та її спрямованість на врегулювання соціальних конфліктів.

Отже, слід погодитись із авторами, що «державна політика» – це практична діяльність та функціонування політичних суб'єктів і органів державної влади щодо реалізації виробленого політичного (стратегічного)

курсу для досягнення встановлених конкретних цілей при її формуванні [104]. Це визначення узагальнює попередні та наголошує на практичному характері державної політики, її спрямованості на досягнення конкретних цілей та зв'язку з політичним курсом держави.

У загальному вигляді (більш широкому розумінні) державну політику науковці окреслюють як ключові принципи, приписи, норми та правила, а також діяльність щодо здійснення державної влади. У цьому контексті варто зазначити, що державна політика не завжди впроваджується для всього суспільства; часто вона передбачає певний вплив лише на визначену соціальну групу або обмежується регулюванням конкретної сфери [6], зокрема сфери охорони здоров’я. Це визначення підкреслює вибірковість державної політики та її здатність впливати на окремі групи населення або сфери діяльності.

У зв’язку з цим, потребує аналізу сутність понять «охорона здоров’я», «сфера охорони здоров’я», «галузь охорони здоров’я» або «система охорони здоров’я». В цьому дослідженні поняття «сфера», «галузь» та «система» застосовуються як синоніми. Це дає змогу розглядати різні терміни в контексті їхнього спільного значення.

Законодавство України визначає поняття «охорона здоров’я» як систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини протягом максимально можливого біологічного періоду її життя. Ці заходи проводяться державними та місцевими органами влади, їхніми представниками та посадовими особами, закладами охорони здоров’я, а також фізичними особами – підприємцями, що мають реєстрацію відповідно до закону та отримали ліцензію на здійснення медичної практики; медичним та фармацевтичним персоналом, спеціалістами з реабілітації, громадськими організаціями та громадянами [7]. Це визначення охоплює широкий спектр заходів та суб'єктів, залучених до охорони здоров’я.

У законопроєкті «Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я» від 20 серпня 2009 року № 5054 розрізняють поняття «сфера охорони здоров'я» і «галузь охорони здоров’я». «Сфера охорони здоров’я» визначається як комплекс відносин у суспільстві, пов’язаних із впливом на здоров’я людини через виконання профілактичних та лікувальних заходів, а «галузь охорони здоров’я» – як комплекс установ, організацій, закладів і органів управління охороною здоров’я та їхніх працівників, що займаються наданням медичних послуг населенню [8]. Це розрізнення наголошує на взаємопов’язаності відносин та діяльності в охороні здоров’я.

Відповідно до термінів, наданих Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ), система охорони здоров’я охоплює всі організації, установи, осіб та ініціативи, спрямовані на підтримку, відновлення або покращення (підтримку) здоров’я. Це включає заходи, що впливають на детермінанти здоров'я, а також більш прямі заходи з оздоровлення. Система охорони здоров'я виходить за межі концепції піраміди закладів комунальної власності та враховує всі міжгалузеві дії медичного персоналу, спрямовані на поліпшення здоров’я населення. Це визначення підкреслює комплексний характер системи охорони здоров’я та її спрямованість на ширше коло питань, ніж просто медична допомога.

Система охорони здоров’я в Україні представляє собою комплекс закладів, установ та органів, спрямованих на збереження і розвиток фізіологічних та психологічних функцій, досягнення оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній можливій індивідуальній тривалості життя. Вона базується на забезпеченні фінансових гарантій та впливі регуляторних інститутів, які забезпечують державне фінансування та нормативне регулювання в цій сфері.

Система охорони здоров’я є ключовим компонентом економічної стійкості, яка, у свою чергу, є складовою національної безпеки країни. Вона сприяє збереженню, зміцненню і відновленню фізичного, психічного та

духовного стану здоров'я населення, формуванню виробничого потенціалу країни та участі у створенні національного доходу через раціональне використання коштів на рівні індивідів і громад. Це підкреслює зв'зок між охороною здоров'я та економічним розвитком, а також національною безпекою.

Система охорони здоров'я визначалася як одна з галузей, яку регулює держава, через вплив послуг та програм на здоров'я та життя людини [9]. Це підкреслює роль держави як регулятора в цій важливій сфері.

Д. Самофалов наголошує на існуванні різноманітних поглядів щодо терміну «система охорони здоров'я», який описується науковцями на основі таких аспектів: система управління соціальними системами, плюралістична система фінансування, загальнонаціональна система соціально-економічних і медичних заходів, система державних і громадських заходів, соціальний інститут, відкритість та динамічність соціально-економічних систем, міжнародні системи охорони здоров'я, напрями соціальної політики держави, вплив на показники життя, сукупність заходів реалізації політики та децентралізація в Україні [10]. Цей аналіз підкреслює різноманітність інтерпретацій цього терміну та складність системи охорони здоров'я.

У зв'язку з вищенаведеним, виникає необхідність у проведенні аналізу поняття «державна політика у сфері охорони здоров'я» та визначенні його складових.

Державна політика у сфері охорони здоров'я включає визначення вищими органами державної влади стратегічних пріоритетів, доктрин, концепцій та програм, спрямованих на зміцнення здоров'я населення та забезпечення функціонування і розвитку системи охорони здоров'я. Державна політика в цій сфері охоплює політичні, організаційні, правові, економічні та медичні заходи [11]. Це визначення підкреслює стратегічну спрямованість та комплексність державної політики в охороні здоров'я.

Охорона та збереження здоров’я є пріоритетними напрямами державної діяльності. Держава розробляє та реалізує політику охорони здоров’я в Україні, фінансуючи її на рівні науково обґрунтованих потреб (не менше 10 % національного доходу) [7]. Це підкреслює важливість фінансового забезпечення державної політики в охороні здоров’я та обов’язок держави.

Концепція розвитку охорони здоров’я населення України визначає, що державна політика спрямована на підвищення рівня здоров'я, покращення якості життя та збереження генофонду української нації, та вимагає проведення комплексу державних та галузевих заходів [12]. Це визначає ключові цілі державної політики в цій сфері.

Різноманітність та складність завдань у сфері охорони здоров’я вимагає від усіх органів державної влади України виконання відповідних функцій державної політики, зокрема на основі міжгалузевого підходу. Це підкреслює важливість координації дій різних державних органів для забезпечення ефективності державної політики.

Одним із завдань державної політики є своєчасне виявлення актуальних проблем суспільного розвитку, їх аналіз, визначення причин виникнення, труднощів та суперечностей, а також розроблення шляхів їх вирішення, зокрема у стані здоров’я людини і нації. Це акцентує на проактивній ролі державної політики у виявленні та вирішенні проблем у сфері охорони здоров’я.

Н. Кризина доводить, що основною метою державної політики є внесення позитивних змін у поточну ситуацію, а саме: збереження та поліпшення здоров’я всього населення, підвищення якості та ефективності медичної допомоги, гарантування соціальної справедливості і прав громадян на отримання медичної допомоги в умовах соціально-економічних відносин через вдосконалення організації та фінансування галузі [13]. Це визначення фокусується на конкретних цілях державної політики у сфері охорони здоров’я.

Автори колективної монографії «Державна політика у сфері охорони здоров’я» пропонують визначення, за яким державна політика є комплексом загальнодержавних рішень або прийнятих зобов’язань щодо підтримки, збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я, а також соціального благополуччя населення, що розглядається як важлива частина національного багатства країни. Комплекс заходів впроваджується на різних рівнях (політичному, організаційному, економічному, правовому, соціальному, культурному, науковому та медичному) з метою збереження генофонду української нації, розвитку її гуманітарного потенціалу та врахування потреб сучасних і майбутніх поколінь [14]. Це визначення наголошує на важливості широкого спектру заходів та стратегічного бачення державної політики.

С. Петрова уточнює це визначення, зазначаючи, що поняття включає комплекс рішень або зобов’язань стосовно збереження і підтримки фізичного та психічного здоров'я, а також соціального благополуччя населення, розглядаючи його як важливу складову національного багатства країни. Цей комплекс охоплює впровадження різноманітних заходів на політичному, організаційному, економічному, правовому, соціальному, науковому та медичному рівнях та має на меті зберегти громадське здоров’я [15]. Це підкреслює цілісний та комплексний підхід державної політики.

Державна політика у сфері охорони здоров’я, що заснована на законодавчому рівні, зокрема Конституції України та викладена в указах Президента та постановах Кабінету Міністрів, спрямована на розвиток сфери охорони здоров’я та охоплює невідкладні заходи з її реформування. Метою такої політики є забезпечення доступної, безпечної та кваліфікованої медичної допомоги, впровадження дієвих фінансових механізмів та управління, створення умов для здорового способу життя. Це визначення підкреслює правову основу та цілі реформування системи охорони здоров’я.

Ефективно сформована державна політика у сфері охорони здоров’я визначає стратегічне бачення для реалізації основних цілей, сприяє

визначенню напрямів розвитку галузі та гарантує існування універсальних, стійких і якісних систем, орієнтованих на потреби людини. Завданнями такої політики повинні бути: охорона, захист та підтримка здоров'я громадян, покращення якості та продовження тривалості життя, сприяння здоровому розвитку суспільства, удосконалення нормативно-правового забезпечення, формування сприятливого довкілля та запровадження заходів для збереження та відновлення здоров'я. Це визначення розкриває стратегічний характер державної політики та її орієнтацію на покращення здоров'я населення.

У 2016 році законопроєктом «Про засади державної політики охорони здоров'я» пропонувалося таке визначення: державна політика охорони здоров'я – це сукупність цілей, завдань, засобів, дій та заходів органів влади та місцевого самоврядування, що спрямовані на збереження, підтримку і зміцнення здоров'я населення, розвиток системи громадського здоров'я, а також забезпечення та захист прав людини на охорону здоров'я, гарантованих державою. Це підкреслює роль держави та місцевого самоврядування у реалізації державної політики охорони здоров'я.

Отже, для вирішення суспільних проблем, державна політика у сфері охорони здоров'я має бути спрямована на покращення стану здоров'я, підвищення якості життя та збереження генофонду нації. Це визначення наголошує на стратегічній важливості державної політики в цій сфері.

Орієнтація державної політики та визначення пріоритетів у галузі охорони здоров'я повинні виходити з аналізу стану здоров'я населення України та оцінки ефективності існуючої системи надання медичної допомоги. Це підкреслює необхідність обґрунтованого підходу до формування державної політики.

І. Буряк визначає, що державна політика у сфері охорони здоров'я представляє собою систему науково обґрунтованих та практично орієнтованих заходів, які плануються та реалізуються для досягнення стратегічних і тактичних цілей у цій сфері. Ця політика забезпечується належними

правовими, політичними, економічними та соціальними механізмами та засобами [16]. Це визначення підкреслює важливість наукового обґрунтування та практичної реалізації державної політики.

На етапі формування системи державного управління основним завданням державної політики у сфері охорони здоров'я є створення законодавчого базису для функціонування цієї сфери. Це проявляється у підготовці, затвердженні, виконанні та реалізації відповідних законодавчих актів. Основою для формування державної політики є Конституція України та Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [17; 7]. Це визначає нормативно-правову основу державної політики в охороні здоров'я.

Визначальним аспектом для державної політики у сфері охорони здоров'я є її формування на основі цілепокладання та результати її реалізації. В зв'язку з цим, потрібний аналіз поняття «формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я».

Формування державної політики у сфері охорони здоров'я України визначається загальними тенденціями, що є загальноприйнятими для більшості країн світу. Це підкреслює глобальний контекст формування державної політики в цій сфері.

Її реалізація повинна забезпечити доступність, безпечність та якість медичної допомоги для кожного громадянина, сприяти впровадженню ефективних механізмів фінансування та управління, а також створенню умов для здорового способу життя [11]. Це підкреслює орієнтацію державної політики на покращення здоров'я населення.

Законодавство України встановлює, що держава формує політику та забезпечує її реалізацію у сфері охорони здоров'я [7]. Це підкреслює відповідальність держави за формування та впровадження державної політики в охороні здоров'я.

Державна політика формується Верховною Радою через закріплення конституційних та законодавчих основ, включає формулювання мети, завдань, пріоритетів, принципів і напрямів, а також закріплення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, формування системи відповідних важелів впливу та розроблення, затвердження і реалізацію загальнодержавних програм [7]. Це визначає законодавчу основу формування державної політики в цій сфері.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладена на органи державної виконавчої влади [7]. Зокрема, повноваження вищого органу виконавчої влади (Кабінету Міністрів України), центральних органів виконавчої влади (Міністерства охорони здоров'я та ін.), місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування закріплені у відповідних законах України. Це визначає розподіл обов'язків у процесі реалізації державної політики.

Реалізацію державної політики забезпечують центральні органи виконавчої влади, відповідальні за виконання державної політики та контроль якості лікарських засобів. Реалізацію державної політики на територіях забезпечують Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації [7]. Це підкреслює ієрархічну структуру реалізації державної політики в охороні здоров'я.

При розгляді питань формування та впровадження державної політики необхідно враховувати існуючі правові реалії та законодавчу базу. Формування та виконання державної політики має відбуватися відповідно до визначених принципів для чіткого визначення стратегічних напрямів діяльності держави та забезпечення ефективності організаційно-правових заходів [16]. Це підкреслює важливість правового регулювання у процесі формування та реалізації державної політики.

Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я – це складний процес, що включає визначення цілей, аналіз проблем, розроблення стратегій, правове забезпечення, інституційне та організаційне

забезпечення, фінансове забезпечення, здійснення моніторингу та оцінки, а також забезпечення участі громадськості. Це підкреслює комплексний характер цього процесу.

Процес формування включає: формулювання цілей, аналіз проблем та розроблення стратегій, планів і програм. Процес реалізації включає правове забезпечення, інституційне та організаційне забезпечення, фінансове забезпечення, моніторинг і оцінку та забезпечення участі громадськості. Це розкриває основні етапи процесу формування та реалізації державної політики.

Процеси формування та реалізації державної політики здійснюються на основі відповідних механізмів, які взаємодіють між собою. Потрібен аналіз поняття «механізми формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я .

Механізм розробки та практичної реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я здійснюється на взаємодії Верховної Ради, що формує засади політики, та органів державної виконавчої влади, що відповідають за її реалізацію, таких як Президент, Кабінет Міністрів, центральні та місцеві органи влади. Основну відповідальність несуть органи та установи системи охорони здоров’я. Це підкреслює розподіл відповідальності між різними органами державної влади.

Для аналізу та визначення стратегії державної політики з перебудови системи охорони здоров’я необхідна взаємодія механізмів державного управління, їх адаптація до конкретних соціальних потреб та можливостей. Часто використовуються комбінації досліджень різних механізмів, таких як організаційно-економічний, адміністративно-правовий, економіко-організаційно-правовий. Це підкреслює важливість комплексного підходу у вивченні та застосуванні різних механізмів.

Важливою складовою є механізм адміністративно-правового регулювання, який охоплює податкову, бюджетну, кредитну, інвестиційну,

валютно-фінансову, митну, науково-технічну політику. Він включає регулювання через нормативно-правові акти, контроль державного бюджету, нагляд, управління податковою системою, встановлення стандартів, митних тарифів та визначення пріоритетів. Це визначає перелік механізмів адміністративно-правового регулювання, що є складовою формування та реалізації державної політики.

Окремі науковці наголошують, що формування та реалізація державної політики здійснюється за допомогою механізмів державного управління. О. Федорчак визначає «механізми державного управління» як систему, спрямовану на практичне здійснення державного управління та досягнення визначених цілей, що складається з визначеної структури, методів, регуляторів та інструментів впливу [378]. Це визначення наголошує на інструментальній природі механізмів державного управління.

Ф. Криничко та О. Мотайло пропонують для досягнення цілей державної політики вдосконалити механізми державного управління, зокрема інформаційний, організаційний та кадровий [18]. Це підкреслює важливість вдосконалення механізмів державного управління.

До механізмів формування та реалізації державної політики належать: правовий, інституційний, фінансовий, медичний, інформаційний, соціальний та кадровий. Це перелік основних механізмів, що впливають на формування та реалізацію державної політики в охороні здоров’я.

Таким чином, механізми формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я включають в себе правові, інституційні, фінансові, медичні, інформаційні, соціальні та кадрові аспекти. Це підкреслює багатогранність державної політики та необхідність комплексного підходу до її вивчення та реалізації.

1.2. Сутність та функції первинної медичної допомоги в Україні

Первинна медична допомога (ПМД), відповідно до статті 35 Основ законодавства України про охорону здоров’я [70], є медичною допомогою першого рівня, що передбачає надання консультацій, проведення діагностики та лікування найбільш поширених захворювань, травм, отруєнь, патологічних та фізіологічних станів (під час вагітності). Вона також включає здійснення профілактичних заходів, а також направлення пацієнтів (за наявності медичних показань) на вторинну або третинну медичну допомогу. До функцій ПМД також відноситься надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного або психічного здоров’я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної або третинної допомоги.

У грудні 2017 року в Україні було підписано низку законодавчих актів, які започаткували реформу системи охорони здоров’я, першим етапом якої стала реформа ПМД. Міністерство охорони здоров’я України (МОЗ) розробило детальний план впровадження реформи системи охорони здоров'я у сфері ПМД у 2018 році, в якому були визначені основні напрями та етапи. З 1 липня 2018 року в Україні була впроваджена нова модель фінансування на первинній ланці. З цієї дати заклади ПМД отримали можливість укладати контракти з Національною службою здоров’я України (НСЗУ) та переходити від традиційного кошторисного фінансування до капітаційної моделі.

Однак, для того щоб укласти контракт із НСЗУ та перейти на капітаційну модель, центри ПМД повинні були виконати низку умов, визначених Міністерством охорони здоров'я, серед яких:

– Реорганізація в комунальні некомерційні підприємства (КНП), що передбачає їх автономізацію та фінансову незалежність.

– Приведення матеріально-технічного забезпечення у відповідність до Табеля технічного оснащення, що забезпечує мінімальні стандарти надання якісної медичної допомоги.

– впровадження стандартних «сервісних вимог», що спрямовані на підвищення якості обслуговування пацієнтів.

– підключення до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) та отримання електронних ключів доступу для кожного сімейного лікаря, для можливості ведення електронної документації.

– наявність достатньої кількості комп'ютерів для сімейних лікарів, а також стабільного підключення до Інтернету для забезпечення безперебійної роботи електронної системи.

– запровадження медичної інформаційної системи (МІС), що забезпечує інтеграцію із ЕСОЗ, а також ведення електронних медичних записів.

– формування списку пацієнтів, які підписали декларації з сімейним лікарем, що свідчить про їхній вибір лікаря та готовність отримувати медичні послуги в рамках цієї практики.

– забезпечення наявності необхідного медичного персоналу, згідно із затвердженим штатним розкладом.

Виконання цих вимог, вимагало значних зусиль з боку центрів ПМД та значної перебудови їх роботи. Нова модель фінансування є ключовим елементом реформи, а метою реформи є створення ефективної, доступної та пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я, яка відповідає потребам населення України. Основні принципи реформи полягають у підвищенні рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, забезпечення продуктивної зайнятості медичного персоналу, а також підвищення їхнього рівня соціального захисту, розвитку та оптимізації системи соціальної підтримки [19].

З метою реалізації принципів, визначених у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років, починаючи з 2018 року надавачі первинної медичної допомоги перейшли на нові принципи фінансування, які базуються на оплаті за одного пацієнта з

використанням капітаційної ставки в рамках укладання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами ПМД та НСЗУ. Вказана модель фінансування покладає на заклади ПМД низку зобов'язань, і капітаційна оплата не є достатнім стимулом для проведення реформ, тому, для подальшого розвитку галузі, поліпшення якості надання ПМСД та покращення показників здоров'я населення, необхідно розроблення системи додаткових стимулів, здійснення постійного моніторингу якості медичних послуг, а також впровадження заходів, спрямованих на підвищення професійного рівня лікарів.

Календарний план реформування системи фінансування охорони здоров'я, що охоплював період 2017-2020 років, був розроблений з метою поступової та поетапної імплементації реформ (таблиця 1.1).

Таблиця 1.1.

Етапи медичної реформи в Україні у 2017–2020 рр.

Термін	Зміст	Стан виконання
2017	Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я	З-н України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»
	Затвердження методики аналізу витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я.	Постанова КМУ «Про затвердження розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»
	Запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги	Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року»
2018	Створення єдиного національного замовника медичних послуг	Створено НСЗУ
	Автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я	Створення КНП
	Створення госпітальних округів	На вторинному рівні
	Створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією	Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я»

Продовж. табл. 1.1

Термін	Зміст	Стан виконання
	Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах	«Про внесення змін до додатка 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини»
2019	Запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів	Урядова програма «Доступні ліки»
	Запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги	ПМГ 2020
2020	Програма медичних гарантій у повному обсязі для усіх рівнів медичної допомоги	ПМГ 2021

Реформа у сфері охорони здоров’я, здійснювалася за такими пріоритетними напрямами: медична реформа; громадське здоров’я; спеціалізована медицина та забезпечення доступу до якісних лікарських засобів. Кожний з цих напрямів передбачав виконання цілого комплексу завдань, а саме:

Забезпечення фінансування системи охорони здоров’я, а також підвищення рівня заробітної плати медичних працівників.

Створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій.

Створення конкурентного середовища для медичних закладів, сприяння розвитку добровільного медичного страхування, державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, запровадження пільгового оподаткування для медичних закладів.

Створення ефективної мережі закладів охорони здоров’я, сприяння розвитку телемедицини, електронної охорони здоров'я, високотехнологічної

медицини, створення системи трансплантації, а також розбудова сучасної системи екстреної медичної допомоги.

Забезпечення медичною допомогою пацієнтів, які страждають від туберкульозу, психічних, орфанних та інших соціально небезпечних захворювань, розроблення та впровадження Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями.

Визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов’язані із поширенням COVID-19.

Удосконалення законодавства у сфері обігу лікарських засобів, забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, а також покращення доступності до якісних та ефективних ліків.

Забезпечення розвитку медичної освіти і науки, та формування кадрового потенціалу.

Важливим етапом медичної реформи є укладання договорів між медичними закладами та НСЗУ. По суті, НСЗУ є національним страховиком, який визначає тарифи, замовляє послуги у медичних закладах для пацієнтів та здійснює контроль якості. НСЗУ оплачує роботу медичних працівників за капітаційною моделлю, тобто оплачується надання медичної допомоги для кожної особи, що підписала декларацію з лікарем закладу. Лікарня, що уклала контракт з НСЗУ отримує оплату згідно з розробленим тарифом на надання первинної медичної допомоги. МОЗ встановлює тариф на кожну медичну послугу, що передбачає плату за кожну послугу, яку медичний заклад надав пацієнтові.

Основні функції НСЗУ полягають у:

– обслуговування населення за програмою медичних гарантій, що представляє собою перелік безкоштовних медичних послуг;

– моніторингу та аналізі попиту на медичні послуги та лікарські засоби в Україні;

– замовленні медичних послуг та ліків у рамках програми медичних гарантій;

– розробці проекту медичних гарантій та тарифів на послуги;

– укладанні, зміні та припиненні договорів про медичне обслуговування з лікарнями;

– здійсненні контролю лікарень за дотриманням договорів про медичне обслуговування та виконання програми медичних гарантій;

– забезпечення роботи електронної системи охорони здоров'я;

– прогнозуванні потреби населення в лікарських засобах та медичних послугах, а також проведенні закупівель лікарських засобів, вакцин та медичних виробів на основі проведеного моніторингу.

Автономізація медичних закладів була покликана забезпечити лікарням можливість отримувати фінансування від страхових компаній, залучати кошти приватних фондів, благодійних та громадських організацій, а також грантову допомогу. Держава закуповує медичні послуги у автономізованих комунальних некомерційних підприємствах, звільняючи їх від податку на прибуток. Оплата здійснюється за кожного пацієнта, який підписав декларацію з лікарем цього закладу, відповідно до затвердженого тарифу.

Порядок надання ПМД визначений наказом МОЗ України № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [20], який встановлює вимоги до закладів ПМД та їхньої діяльності, відповідно до чинних норм договорів з НСЗУ.

Зазначений наказ визначає 7 принципів організації та надання ПМД:

– доступність – забезпечення можливості своєчасного отримання медичних послуг;

– безпечність – мінімізація ризиків заподіяння шкоди пацієнту;

– результативність – забезпечення надання послуг на основі доказової медицини;

– своєчасність надання послуг;

– економічна ефективність – раціональне використання ресурсів та відсутність неефективних витрат.

– недискримінація – рівний доступ до послуг незалежно від статі, раси, соціального статусу;

– орієнтованість на людину – врахування індивідуальних потреб пацієнтів та їх права на вільний вибір лікаря.

У наказі МОЗ України № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [44] також даються наступні визначення:

Надавач ПМД – це заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми або фізична особа-підприємець, які отримали ліцензію на провадження медичної практики та забезпечують надання ПМД.

Лікар з надання ПМД – це фахівець (лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), що надає ПМД.

Команда з надання ПМД – це група медичних працівників, що працюють в межах закладу ПМД, що складається не менш ніж з одного лікаря та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична, акушерка, фельдшер тощо).

Практика ПМД – це лікар з надання ПМД та особи, що обрали саме цього лікаря.

Обсяг практики ПМД – це кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря та відносяться до практики даного лікаря.

Оптимальний обсяг практики ПМД – це кількість осіб, яким лікар може забезпечити надання якісної ПМД.

Групова практика ПМД – це команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність кількох практик, які працюють у межах одного або декількох закладів ПМД, взаємодіючи на підставі договору про спільну діяльність.

Надавачі ПМД надають медичне обслуговування відповідно до переліку медичних послуг та мають право утворювати групові практики ПМД для

підвищення ефективності своєї роботи, безперервності надання допомоги, та більш ефективного використання ресурсів. Оптимальний обсяг практики ПМД становить: 1800 осіб для лікаря загальної практики, 2000 для лікаря-терапевта, 900 осіб для лікаря-педіатра, при цьому, він може відрізнятися, залежно від індивідуальних особливостей території, на якій він працює.

НСЗУ, будучи центральним органом виконавчої влади, відповідає за реалізацію політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основним завданням НСЗУ є ефективне та раціональне витрачання бюджетних коштів під час надання медичних послуг в рамках Програми медичних гарантій. НСЗУ відповідальна за закупівлю якісних та безпечних медичних послуг, необхідних пацієнтам, в межах наявного бюджету.

Обов'язковими умовами для укладання договору з НСЗУ є: автономізація медичного закладу, комп'ютеризація та підключення до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС, наявність ліцензії на медичну практику та підписаний договір з НСЗУ.

Зі специфікаціями та умовами закупівлі пакетів медичних послуг за Програмою медичних гарантій у 2021 році можна ознайомитися на веб-сайті МОЗ України. Планується поступове збільшення пакетів медичних послуг у середньо- та довгостроковій перспективі для того, щоб більш точно визначати обсяг медичних послуг, що оплачуються НСЗУ, та встановлювати конкретні вимоги до надання різних медичних послуг. Оплата за ті чи інші медичні послуги пов'язана із самим пакетом, та може мати коригувальні коефіцієнти для більш точного обрахунку (коефіцієнти діагностично-споріднених груп).

Задля аналізу перших результатів реформування ПМД, був проведений аналіз «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги» за допомогою експертів проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» спільно з міжнародною консалтинговою компанією «The Palladium Group» та Київської школи економіки, який проілюстрував зміни, що відбулися після

впровадження капітаційної моделі оплати праці [21]. Під час цього дослідження, аналізувалась робота 163 закладів ПМД та опитувались понад 2000 пацієнтів з метою отримання даних щодо обсягу споживання послуг ПМД, визначення змін у методах надання послуг та підходах до лікування, характеру взаємодії між пацієнтом та лікарем, рівня задоволеності лікарів та пацієнтів, та рівня охоплення різноманітних категорій населення.

Згідно із отриманими результатами щодо обсягу надання послуг:

– лікарі проводять прийом пацієнтів в середньому 4,5 години на день, приймаючи за цей час близько 20 осіб.

– середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хвилин.

– більшість споживачів послуг ПМД є жінки віком 40-64 років, при цьому у середньому жінки складають 68 % від загальної кількості пацієнтів, та до 70 % в сільській місцевості.

Основними причинами звернення до лікаря є гострі симптоми хвороби (34%), та регулярні візити внаслідок наявності хронічних захворювань (20 %).

За рік у середньому 69 % пацієнтів отримували до 10 послуг ПМД (включаючи звернення до лікаря, здачу аналізів, отримання рецептів).

Пацієнти із хронічними захворюваннями відвідують лікаря в середньому 14 разів на рік, з гострими симптомами – 10,1, ті, хто потребує рецептів – 12,2.

Представники вразливих груп отримують більше послуг ПМД та частіше перенаправляються на вторинний рівень, зокрема: паліативна допомога (15,6 послуг на рік), особливі потреби (18 послуг), постраждалі від Чорнобильської катастрофи (16,6 послуг), безпритульні (13,2 послуг).

У середньому, лікар ПМД робить 16 направлень до вузьких спеціалістів на кожні 100 візитів пацієнтів. Найвищий рівень направлень – у лікарів з досвідом менше 10 років (18 направлень на 100 візитів).

Більшість лікарів ПМД – жінки (80 %), середній вік – 47 років, один лікар укладає в середньому 1700 декларацій, при цьому, майже 60 % закладів мають дефіцит кадрового забезпечення.

Демографічний портрет головного лікаря суттєво відрізняється від портрету лікаря ПМД. З невеликою перевагою, більшість головних лікарів становлять жінки (50,3 %), при цьому частка чоловіків серед керівного складу закладів є вищою, ніж серед лікарів ПМД (20,2 %). Головні лікарі, здебільшого, задоволені своєю роботою (80,6 %), та вказують на підвищення рівня задоволеності після введення капітаційного фінансування (91,3 %) [21]

У результаті дослідження також були проаналізовані зміни в роботі медичних працівників та керівників, а також у діяльності самих закладів ПМД. Результати показали, що:

Більшість лікарів відзначили збільшення обсягу телефонних консультацій та зменшення кількості візитів додому. Більше 51 % лікарів стверджують, що їх підходи до надання медичної допомоги змінилися, проте 64 % відмічають, що їх підходи до лікування не зазнали значних змін. Більшість керівників закладів відзначають зміни у підходах до фінансового планування та оплати праці. 78,5% лікарів задоволені своєю роботою, а 71,1 % відмічають збільшення задоволеності після запровадження капітаційної моделі фінансування. 66 % головних лікарів стверджують, що їх заклади готові до лікування хворих на туберкульоз. В сільській місцевості, заклади ПМД все ще потребують технічного оснащення для доступу маломобільних груп населення [21].

Оцінка пацієнтами різних аспектів якості медичної допомоги у закладах ПМД є загалом позитивною. Негативні оцінки (дуже погано) обрали лише від 0,6 до 2,1 % респондентів. При цьому відмічаються розбіжності у оцінці окремих типів закладів. Зокрема, 81,8 % пацієнтів є дуже задоволені лікарем, з яким підписали декларацію, а 62,5 % – якістю надання медичної допомоги.

Згідно з дослідженням, проведеним проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», що аналізує організаційну та матеріальну спроможність закладів ПМД надавати послуги в повному обсязі, типовий заклад первинної ланки у 2019 році мав такі характеристики [21]:

Частка закладів, які покращують свою матеріально-технічну базу, становить не менше 86 %, при цьому основними джерелами фінансування є кошти органів місцевого самоврядування (використовуються у 67-81 % закладів), а також власні кошти (капітаційне фінансування (45-78 %) та інші джерела – 21-56 %). Капітаційне фінансування менше використовується для технічного покращення в амбулаторіях (50%), лікарнях (45 %), а більш активно – у ЦПМСД (70 %) та поліклініках (78 %) [21].

Проведені реформи створили необхідні умови для перебудови системи охорони здоров'я в Україні. У результаті реформи відбувся поділ на первинний, вторинний та третинний рівні надання медичної допомоги, визначені переліки послуг та затверджені стандарти надання медичної допомоги та клінічні протоколи. Крім цього, органи місцевого самоврядування та регіональні органи влади розробили та затвердили рішення щодо реструктуризації системи охорони здоров'я та забезпечення її технічним переоснащенням відповідно до затверджених стандартів.

РОЗДІЛ 2
СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні

Нормативно-правове забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні умовно можна поділити на такі напрями:

- загальне (базове) законодавство у сфері охорони здоров'я;
- законодавство про організаційну структуру та процес надання первинної медико-санітарної допомоги;
- права лікарів і пацієнтів;
- ліцензійні умови надання первинної медико-санітарної допомоги (матеріально-технічне забезпечення);
- фінансово-економічні аспекти діяльності у сфері охорони здоров'я;
- підготовка кадрового потенціалу;
- інформаційна складова процесу (у тому числі елементи е-урядування).

До базового законодавства у сфері охорони здоров'я відносяться:

- Конституція України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Відповідно до ст. 24 Конституції України, усі громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Стосовно сфери охорони здоров'я це означає, що у процесі надання медичної допомоги не може бути обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та

інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками [17]. Це положення гарантує рівний доступ до медичної допомоги всім громадянам України, незалежно від їхніх індивідуальних особливостей.

Здоров'я людини, її життя, честь, гідність, недоторканність і безпека проголошені в Україні найвищими соціальними цінностями згідно зі ст. 3 Конституції України [17 3]. Стаття 49 Конституції закріплює право кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Забезпечення цього права покладено на державу шляхом фінансування відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм [17].

Стаття 49 Конституції також гарантує створення державою умов для ефективного та доступного медичного обслуговування для всіх громадян, та наголошує на тому, що медична допомога в державних та комунальних закладах охорони здоров'я надається безоплатно, а існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена [17]. Держава також має сприяти розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Відносно предмета дослідження, це означає, що первинна медико-санітарна допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я повинна бути безоплатною, а мережа цих закладів не може скорочуватися. Держава також зобов'язана сприяти розвитку усіх закладів охорони здоров'я, незалежно від форми їхньої власності.

Відповідно до статті 283 «Право на охорону здоров'я» Цивільного кодексу України, кожна фізична особа має право на охорону її здоров'я, що забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України та законом [22]. Право на медичну допомогу регламентоване статтею 284 ЦК України, яка, зокрема, закріплює право на вибір лікаря та методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря (для фізичних осіб віком від 14 років) [22]. Ця стаття також регламентує право дієздатної фізичної особи відмовитися від лікування. Окрім того, визначається

право на надання необхідної медичної допомоги без згоди пацієнта або його представників у випадку наявності реальної загрози життю пацієнта [22].

Для реалізації права на охорону здоров'я повинні бути наявні: засоби для задоволення законних інтересів, можливість вимагати позитивних дій від зобов'язаних суб'єктів, а також можливість застосування заходів державного примусу у випадку порушення прав [22].

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» також регламентує право громадян на охорону здоров'я. Зокрема, ст. 6 цього закону передбачає право громадян на:

- життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території та населеного пункту, де він проживає;
- безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, фахівця з реабілітації, методів лікування та реабілітації, а також вибір закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я та здоров'я населення, включаючи наявні і можливі фактори ризику;
- участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;

– відшкодування завданої здоров’ю шкоди;

– оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров’я;

– можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу в разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи.

– право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім’ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса, адвоката та священнослужителя;

– інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини та телереабілітації [7].

Зазначений перелік прав громадян у сфері охорони здоров’я не є вичерпним, і законами України можуть бути визначені інші права.

Право відмовитися від лікування регламентовано пунктом 4 статті 284 Цивільного кодексу України та статтею 43 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», яка передбачає право пацієнта, що набув повної цивільної дієздатності та усвідомлює значення своїх дій, відмовитися від лікування. У випадку, коли пацієнт є неповнолітнім або недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їхніх законних представників. Однак, у невідкладних випадках, при наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога може бути надана без згоди пацієнта чи його представників [7; 22].

Чинне законодавство України передбачає можливість обмеження прав громадян, пов’язане із станом їхнього здоров’я, запобіганням інфекційним захворюванням та у випадку здійснення спеціальних заходів профілактики й лікування соціально небезпечних захворювань [7]. Зокрема, ст. 9 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров’я» передбачає можливість обмеження прав громадян через визнання їх тимчасово або постійно не придатними за станом здоров’я до професійної або іншої діяльності,

пов’язаної з підвищеною небезпекою. Стаття 30 цього Закону дозволяє усувати від роботи та іншої діяльності осіб, які є носіями збудників інфекційних захворювань, з метою запобігання поширенню інфекції. У таких випадках особи підлягають медичному нагляду та лікуванню за рахунок держави [91, ст. 30]. Президент України може запроваджувати обмеження прав громадян у випадку виникнення та розповсюдження епідемічних захворювань, що регламентовано відповідними законами [7].

Особливі заходи профілактики та лікування, в тому числі і примусові, можуть бути застосовані щодо соціально небезпечних захворювань, таких як туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія та карантинні захворювання. Примусовий медичний огляд та госпіталізація допускаються лише на підставі та в порядку, передбачених законами України [7].

Стаття 286 Цивільного кодексу України та стаття 40 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров’я» гарантують право громадян на дотримання лікарської таємниці щодо інформації про стан їх здоров’я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз та відомості, отримані під час обстеження [22; 7].

Перехід до ринкових відносин у сфері надання медичної допомоги вимагає переосмислення прав пацієнтів, зокрема їх розширення, у відповідності до ст. 22 Конституції України [17].

ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД також користуються правами, гарантованими Конституцією, законами та іншими нормативно-правовими актами України. З метою захисту їхніх прав здійснюється системна державна політика у сфері боротьби з захворюванням на СНІД, що включає організацію виконання відповідних нормативно-правових актів та розробку програм, які передбачають заходи щодо профілактики ВІЛ, навчання населення та підготовку медичного персоналу. Стаття 4 Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний

захист населення» декларує державну гарантію соціального захисту ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД та членів їхніх сімей [132, ст. 4]. Держава гарантує право на добровільний, якісний та ефективний медичний огляд для виявлення ВІЛ-інфекції, а також конфіденційність інформації про виявлене захворювання [23].

Лікарська таємниця, що регламентована положеннями статті 286 Цивільного кодексу України, статті 40 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Рішенням Конституційного Суду України та статтею 8 Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення», охоплює інформацію про стан здоров'я пацієнта та факт його звернення до медичного закладу [22]. Медичні працівники зобов'язані не розголошувати відомості, що становлять лікарську таємницю, за винятком передбачених законом випадків, а за її незаконне розголошення передбачена кримінальна відповідальність (ст. 145 Кримінального кодексу України).

Умови та порядок медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, облік ВІЛ-інфікованих, надання їм медичної допомоги та здійснення медичного нагляду регламентуються розділом ІІ Закону «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення». Медичні працівники, які працюють з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, повинні проходити спеціальну підготовку з психології, юриспруденції, епідеміології та питань соціального захисту. Крім загальних прав, вони мають право на безоплатне забезпечення ліками та психосоціальну підтримку. Проте у законодавстві не чітко визначений механізм реалізації цього права, зокрема, неясно, з яких коштів лікувально-профілактичні заклади повинні забезпечувати реалізацію права пацієнтів на безкоштовний проїзд до місця лікування. Фінансування програм з профілактики ВІЛ та соціального захисту ВІЛ-інфікованих здійснюється з коштів Державного та місцевих бюджетів, цільових фондів та інших джерел [23]. Однак, фінансування цих

програм з Державного бюджету визначається виключно Законом про Державний бюджет України на відповідний рік.

Окрім прав пацієнтів, важливо також розглянути права медичних працівників, які можна умовно поділити на: права медичних працівників як громадян України (без урахування професійної діяльності); права медичних працівників, безпосередньо пов'язані з їх професійною діяльністю; права медичних працівників, які є суб'єктами підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я; права медичних працівників як найманих працівників; права медичних працівників, які працюють в недержавних некомерційних організаціях, та права медичних працівників як споживачів парамедичних послуг.

Мусій О. пропонує розглядати основні питання соціально-економічного захисту медичних працівників у таких аспектах: економічний, соціальний, демографічний та регіональний [24]. Щодо прав медичних працівників без урахування їх професійної діяльності, то вони є звичайними громадянами України і користуються усіма правами, передбаченими Конституцією України.

Професійні права медичних працівників повинні бути забезпечені державою на юридичному рівні та суспільством на соціальному рівні. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентує основні професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників [7]:

а) «...заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації»;

б) «...належні умови професійної діяльності»;

в) «...підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах»;

г) «...вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики»;

д) «...безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов’язків»;

е) «... обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров’я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров’ю у зв’язку з виконанням професійних обов’язків у випадках, передбачених законодавством»;

є) «... соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв’язку з виконанням професійних обов’язків»;

ж) «...встановлення у державних закладах охорони здоров’я посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки, у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України»;

з) «...скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством»;

и) «...пільгові умови пенсійного забезпечення»;

і) «пільгове надання житла та забезпечення телефоном»;

ї) «...безплатне користування житлом з освітленням і опаленням в межах норм, встановлених законодавством, тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автомототранспорту»;

й) «...першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами»;

к) «...створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій»;

л) «...судовий захист професійної честі та гідності»;

м) «...безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства,

сільськогосподарської установи та організації, розташованих на території відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам, встановлених законом для ведення особистого селянського господарства»;

н) «...лікарі дільничних лікарень, головні лікарі та лікарі амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, дільничні медсестри територіальних ділянок поліклінік (поліклінічних підрозділів) та дільничні медичні сестри амбулаторій, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, керівники амбулаторій та відділень сімейної медицини, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, медичні працівники оперативнодиспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні. При цьому зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку у межах існуючих норм»;

о) «...безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях у разі: обладнання транспортного засобу, яким керує медичний працівник, спеціальним розпізнавальним знаком встановленого законодавством зразка; розміщення на автомобілі спеціального стікера із зазначенням контактного телефону медичного працівника, який

керує цим транспортним засобом». Законодавством також можуть бути передбачені інші права та пільги для медичних працівників.

Таким чином, до основних нормативно-правових документів, що регулюють організаційний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні на загальнодержавному рівні належать:

- Конституція України;
- Цивільний кодекс України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
- Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців»;
- Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку органів ліцензування»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про терміни дії ліцензії на провадження певних видів господарської діяльності, розміри і порядок зарахування плати за її видачу»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності»;
- Наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» № 38/63 від 16 листопада 2001 р. (зареєстрований у Міністерстві юстиції України 02 березня 2001 р. за № 189/5380);
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 359 від 19 грудня 1997 р. «Про подальше удосконалення атестації лікарів», зареєстрований у

Міністерстві юстиції України 14 січня 1998 р. за № 14/2454 (із змінами та доповненнями).

Верховна Рада України формує основу державної політики охорони здоров'я. Для цього здійснюється закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, а також затверджуються загальнодержавні програми у сфері охорони здоров'я [7]. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Компетенція Кабінету Міністрів України включає розробку та здійснення державних цільових програм, створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я, забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я, укладання міжурядових угод та координацію міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я, а також інші повноваження в межах своєї компетенції [7].

Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» є рамковим нормативним актом, а не законом прямої дії. Він надає визначення 21 терміну, таких як життєдіяльність, здоров'я, заклад охорони здоров'я, медична допомога, медична субсидія, медичне обслуговування, мережа закладів охорони здоров'я, невідкладний стан людини, обмеження життєдіяльності, особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, охорона здоров'я, оцінка медичних технологій, пацієнт, медична послуга, домедична допомога, реабілітаційна допомога, реабілітаційна послуга, реабілітація, рідкісне (орфанне) захворювання, стан здоров'я та телемедицина [91, ст. 3]. Інші статті також подають визначення деяких термінів, наприклад, «стандарт медичної допомоги (медичний стандарт)», «клінічний протокол», «протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я», «табель матеріально-технічного оснащення», «лікарський формуляр» у статті

14. Також дається визначення терміну «госпітальний округ» у статті 16, «лікуючого лікаря» у статті 34 та «екстрена медична допомога» у статті 35 [7].

Визначення терміну «екстрена медична допомога» у Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дещо відрізняється від такого ж у профільному Законі «Про екстрену медичну допомогу». В Законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» вона трактується як медична допомога, яка полягає у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані. В свою чергу, у Законі «Про екстрену медичну допомогу» вона трактується як медична допомога, що надається працівниками системи екстреної медичної допомоги. Ці відмінності полягають у визначенні суб'єктів, що надають таку допомогу: у «Основах» – це медичні працівники, а у «Законі про екстрену медичну допомогу» – працівники системи екстреної медичної допомоги [25]:

- медичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які безпосередньо надають екстрену медичну допомогу та/або забезпечують її надання згідно із цим Законом;
- немедичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які здійснюють організаційно-технологічне забезпечення надання екстреної медичної допомоги медичними працівниками системи екстреної медичної допомоги.

Тобто, профільний закон вказує на ширшу категорію осіб, які мають право надавати екстрену медичну допомогу.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» також подає визначення первинної, вторинної та третинної медичної допомоги

у статтях 35-1, 35-2 та 35-3, а також терміну «народна медицина (цілительство)» у статті 74-1. В переліку відсутнє визначення таких термінів як «система охорони здоров'я», «якість медичної допомоги», «захворювання» тощо.

Основними негативними факторами, що впливають на доступність та якість медичної допомоги сільському населенню, є:

- територіальний (географічна віддаленість від центральних районних лікарень).
- матеріально-технічний (недостатнє транспортне забезпечення, невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам).
- інфраструктурний (незадовільний стан доріг місцевого значення).
- кадровий (низька мотивація медичного персоналу та небажання працювати у сільській місцевості).

Особливу увагу слід звернути на проблему забезпечення транспортом медичних закладів у сільській місцевості. У розрізі регіонів існують значні міжрегіональні відмінності у забезпеченні транспортом, від 5,2 автомобіля на 10 тис. сільського населення у Харківській області до 1,3 автомобіля у Тернопільській, Івано-Франківській та Рівненській областях. За даними Міністерства охорони здоров'я України, автопарк первинної допомоги у всіх регіонах зношений на 60 % і більше.

Показник кадрового забезпечення медичних закладів у сільській місцевості є суттєво недостатнім і потребує значного покращення. Згідно з наявними даними, молоді спеціалісти часто відмовляються від розподілу у сільські медичні заклади, що створює серйозний кадровий дефіцит. Кількість введених штатних посад лікарів первинної ланки у сільській місцевості є нижчою за нормативну, а рівень укомплектованості цих посад становить лише 76,6 %. Це призводить до того, що навантаження на одного лікаря первинної допомоги у сільській місцевості може досягати 5-6 тисяч прикріпленого населення, що значно перевищує рекомендовані норми.

2.2. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах

Сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, є результатом складної взаємодії численних факторів, серед яких найбільш важливими є географічні, історичні, соціокультурні, політичні та адміністративні. Ці фактори визначають унікальність кожної національної системи охорони здоров'я, водночас, в рамках світової спільноти, можна простежити загальні тенденції розвитку та стандартизації. Для створення ефективної парадигми розвитку національної системи охорони здоров'я, необхідний ґрунтовний аналіз світових моделей охорони здоров'я з виявленням їхніх сильних і слабких сторін, а також особливостей їхньої адаптації до умов різних країн.

Аналіз літературних джерел показує, що у недалекій історії, в основу класифікації систем охорони здоров'я здебільшого було покладено структурний критерій. З погляду соціально-політичної структури суспільства, M. G. Field виділив п'ять типів систем охорони здоров'я [26]:

– класичну (невпорядковану) систему, яка характеризується відсутністю чіткої структури та координації між різними суб'єктами;

– плюралістичну систему, де поряд з державним фінансуванням існують численні приватні суб'єкти, які мають значний вплив на систему;

– страхову систему, де фінансування здійснюється здебільшого через страхові внески, що виплачуються роботодавцями та працівниками;

– національну систему, в якій відповідальність за організацію та фінансування системи охорони здоров'я повністю покладається на державу;

– соціалістичну систему, яка характеризується повною державним контролем та плануванням сфери охорони здоров'я.

Сучасні системи охорони здоров'я класифікують на основі категорії країн різних рівнів соціального розвитку, виділяючи такі моделі:

– універсалістську (модель Бевериджа), яка передбачає надання медичних послуг усім громадянам на основі загального оподаткування;

– соціального страхування (модель Бісмарка), де фінансування забезпечується внесками працівників та роботодавців до спеціальних фондів;

– «Південну» (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія), яка поєднує елементи універсалістської моделі та соціального страхування, з особливим наголосом на роль держави;

– інституційну або соціал-демократичну «скандинавську», яка характеризується значним обсягом державного фінансування та наданням якісної медичної допомоги;

– ліберальну (залишкового соціального забезпечення), де провідну роль відіграють приватні страхові компанії, а держава виконує роль регулятора;

– консервативно-корпоративну (Японія), де система побудована на принципах обов’язкового медичного страхування, з великою роллю роботодавців;

– латиноамериканську систему, що має особливості в контексті рівня економічного розвитку регіону та соціальних проблем;

– системи охорони здоров'я держав Східної Азії, що характеризуються високим рівнем впровадження новітніх технологій та сфокусовані на пацієнт-орієнтованість;

– системи охорони здоров’я країн з перехідною економікою, де відбувається реформування соціалістичних систем у напрямку більш ринкових.

Інші дослідники пропонують розмежовувати системи охорони здоров’я на три основні типи: утилітарну, комунітарну та ліберальну. Кожна з цих моделей має власні особливості та пріоритети, а саме:

– утилітарна модель фокусується на максимальній користі для суспільства в цілому та ефективності використання ресурсів;

– комунітарна модель наголошує на спільній відповідальності за здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для всіх членів суспільства;

– ліберальна модель робить акцент на індивідуальній відповідальності за власне здоров'я та ринкових механізмах регулювання системи охорони здоров'я.

На думку І. А. Тогунова [27], у сучасній типології систем охорони здоров'я повинні превалювати правові характеристики універсальних відносин між лікарем і пацієнтом, що визначаються фундаментальними конституційними свободами особистості. Він вважає, що сучасну модель системи охорони здоров'я необхідно будувати на принципі пріоритету індивідуальних прав пацієнта, та законодавчого забезпечення цих прав. У своїй класифікації, в основу якої покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи, І. А. Тогунов виділяє наступні моделі:

– натуральні («примітивні») моделі, які характеризуються відсутністю або низьким рівнем правової врегульованості відносин між лікарем і пацієнтом;

– ринкові (маркетингові) моделі, де основою функціонування є дії економічних та інших суспільних законів, що визначають взаємодію надавача та споживача медичної допомоги;

– неринкові (соціалістичні) моделі, де забезпечення медичної допомоги відбувається через тотальну роль держави, на основі неринкових принципів;

– моделі змішаного типу, де поєднуються елементи як патерналістичних відносин між лікарем та пацієнтом, так і елементи маркетингових взаємодій.

Federico Toth [28] пропонує розширити класичну трикомпонентну класифікацію систем охорони здоров'я, яка базується на типі страхування (добровільне, соціальне медичне страхування та загальне охоплення),

доповнивши її такими типами як: обов'язкове національне медичне страхування та внутрішні резидентські програми. Він також пропонує розрізняти системи, що є вертикально інтегрованими, та відокремленими за критерієм надання медичних послуг та відносин між страховиками та постачальниками. Він наголошує, що на сучасному етапі практично не існує чистої моделі, і всі системи є гібридними. Тому, пропонує відмовитись від класичної логіки класифікації систем охорони здоров'я, та використовувати логіку ідентифікаторів, застосувавши концепцію сегментації для медичних послуг та населення.

Проблема класифікації систем охорони здоров'я та їхнього державного регулювання є надзвичайно актуальною. Кожна наукова спільнота прагне визначити чіткі та зрозумілі критерії класифікації, а також визначити ключові фактори, що впливають на ці критерії, для подальшого їх використання у дослідженнях.

У світовій науковій літературі протягом багатьох років було висунуто багато пропозицій щодо класифікації систем охорони здоров'я, проте більшість із них виходить з того, що за основу класифікації потрібно брати три основні моделі:

– добровільне страхування (Voluntary insurance), де громадяни самостійно визначають, чи потрібен їм страховий поліс та обирають страхову компанію;

– соціальне медичне страхування (Social health insurance), де фінансування забезпечується внесками працівників та роботодавців, а медичні послуги надаються через мережу різних страхових фондів;

– національна служба охорони здоров'я (National Health Service), де надання медичних послуг фінансується з державного бюджету, а їх надання гарантується всім громадянам безкоштовно.

Цей розподіл, який базується на трьох ідеальних типах, використовується багатьма авторами, і є стандартом у більшості досліджень.

Аналіз існуючих проблем у класифікації систем охорони здоров’я та їхнього державного регулювання свідчить про те, що жодна із запропонованих моделей не може бути визнана повністю адекватною до реальності. Наявні класифікації, хоча і є корисними для розуміння основних характеристик, вимагають певного спрощення. У випадку, коли аналіз не потребує особливої глибини, можна застосовувати трикомпонентну класифікацію. У випадку більш глибокого аналізу необхідно застосовувати більш складні концептуальні схеми з урахуванням усіх індивідуальних особливостей системи. Задля точності та глибшого розуміння логіки кожної із системи необхідно розмежовувати інтегровані та відокремлені системи.

На перетині обсягу фінансування та надання медичної допомоги та медичних послуг ми отримуємо 10 різних видів медичної організації. Для того, щоб використовувати цю типологію, необхідно визначити поняття «сегментація населення» та «сегментація охорони здоров’я». У більшості країн системи охорони здоров’я є гібридними, тобто поєднують елементи різних моделей. Тому групування країн лише на основі домінуючої моделі є неповним та спрощеним підходом.

Для розуміння різних типів моделей фінансування охорони здоров’я, можна застосувати кілька критеріїв класифікації.

Перший критерій передбачає розділення страхових схем на державні та приватні, тобто визначення характеру страхових організацій (державні, приватні некомерційні або приватні комерційні).

Другий критерій базується на визначенні рівня обов’язковості страхової схеми та рівня свободи вибору страхового агента, що надається застрахованим особам. Згідно з цим критерієм системи поділяються на такі типи:

– програми добровільного страхування, де застраховані мають право вибору страхового агента;

– обов’язкові системи, де можливий вибір страхового агента;

– обов’язкові системи без права вибору, де усі застраховані

обслуговуються єдиним страховим агентом.

Таким чином, системи можуть бути з одним або кількома платниками. В системах з декількома платниками необхідно зважати на те, чи є конкуренція між страховиками. Також важливим є метод внеску, коли фінансування здійснюється з різних джерел, а саме: через податки, внески, які є пропорційними до заробітної плати, або страхові премії, що вираховуються індивідуально. Важливим критерієм класифікації різних схем медичного страхування, є основа для права застосування, коли приналежність до певної страхової схеми визначається фактом постійного проживання, сплатою внесків, чи наявністю особливого статусу, та це, як наслідок, є додатковим критерієм класифікації. Нарешті, різні схеми фінансування можуть бути порівнянні за рівнем та режимом державного регулювання страхового ринку та фінансових органів, яке може бути більш або менш жорстким.

З урахуванням цих критеріїв виділено п’ять ідеальних типів системи фінансування:

– добровільне страхування (Voluntary insurance – VI), де отримання страхового покриття є добровільним рішенням;

– соціальне медичне страхування (Social health insurance – SHI), де держава вимагає від певних категорій працівників здійснювати внески до страхового фонду;

– цільові програми (Residual Programs – RP), що фінансуються з загальних податкових надходжень та призначені для конкретних цільових груп;

– обов’язкове національне медичне страхування (Compulsory national health insurance – CNHI), що зобов’язує всіх мешканців країни придбавати приватне медичне страхування, що відповідає встановленим державою стандартам;

– універсальна система (Universal System), що є системою єдиного платника, що охоплює усіх резидентів та фінансується за рахунок

оподаткування.

Добровільне страхування не передбачає зобов'язань щодо отримання страхового покриття від ризиків для здоров'я. Громадяни самі визначають, чи потрібно їм страхування, і можуть вільно вибирати серед приватних страхових компаній. Страхові компанії можуть пропонувати різні умови страхування, відповідно до потреб та можливостей клієнтів, і встановлюють страхові внески на основі індивідуального ризику, а також групових характеристик.

Соціальне медичне страхування базується на обов'язкових внесках із заробітної плати, які сплачуються до фонду медичного страхування. Обов'язкові внески гарантують відшкодування медичних витрат. Модель поділяє населення на дві групи – ті, що зобов'язані робити внески та отримують відшкодування, та ті, що не мають обов'язків і, в разі потреби, отримують послуги за свій кошт.

Цільові програми є залишковим видом фінансування. Кошти на фінансування програм беруться із загального оподаткування та призначені для соціально незахищених груп населення, або особливих категорій, яким потрібна державна підтримка. Право на отримання допомоги від цільової програми визначається не розміром страхового внеску, а належністю до визначених категорій, тобто програму фінансують всі платники податків, а користуються нею конкретні групи.

Обов'язкове національне медичне страхування передбачає обов'язок усіх мешканців придбавати приватне медичне страхування. Громадяни можуть обирати страхову компанію, при цьому вони отримують чіткий перелік обов'язкових медичних послуг, що входять до страхового покриття. Держава субсидує малозабезпечених громадян, а також регулює страховий ринок, щоб запобігти зловживанням.

Універсальна система – це система страхування, що охоплює все населення країни та фінансується за рахунок загальних податків. Універсальна система передбачає рівний доступ до медичних послуг для всіх мешканців

країни незалежно від їхньої фінансової спроможності, а також чіткий перерозподільний характер фінансування.

З точки зору організації надання медичних послуг важливим аспектом є інтегровані та відокремлені системи. На рівні надання медичної допомоги необхідно виділяти відносини між страховиками та користувачами, страховиками та постачальниками медичних послуг, а також постачальниками та користувачами медичних послуг. Для ефективної класифікації, необхідно враховувати такі критерії: правовий статус провайдерів (державні, приватні некомерційні, приватні комерційні); свобода вибору медичного закладу пацієнтами; обов'язковий характер механізму охорони здоров'я (чи існують воротарі), тобто принцип спрямування пацієнта до певних спеціалістів. Інтегрована модель передбачає пряме надання медичних послуг страховиком, тобто, страховик та постачальник медичних послуг об'єднані в одну структуру. У відокремленій моделі страховик і постачальник медичних послуг виступають як різні, автономні організації.

Об'єднання моделі фінансування та надання медичних послуг у двох їхніх форматах (інтегрованій та відокремленій) дає можливість визначити 10 різних типів організацій охорони здоров'я. Для кращого розуміння цих типів розглянемо конкретні приклади з різних країн світу.

Добровільне страхування:

– інтегровані моделі, що мають власні клініки та лікарні (наприклад, американські HMO);

– відокремлені моделі, де приватні страхові компанії не володіють медичними закладами, та лише відшкодовують витрати (європейські страхові компанії та традиційні плани відшкодування в США).

Соціальне медичне страхування:

– інтегровані фонди, що мають власні заклади та медичний персонал (наприклад, грецька ІКА, австрійські фонди);.

– відокремлені фонди, які не мають власної медичної інфраструктури та відшкодовують витрати, понесені пацієнтами в інших закладах (французькі CNAMTS, MSA або CANAM).

Цільові програми:

– інтегровані цільові програми, де програма забезпечує надання медичних послуг у своїх закладах (наприклад, Управління ветеранами охорони здоров'я у США);

– відокремлені програми, де держава фінансує медичні послуги, що надаються незалежними установами (наприклад, програма Medicaid у США).

Національне медичне страхування:

– інтегровані моделі, які мають свій медичний персонал та управляють медичними закладами (ізраїльська система Clalit).

– відокремлені моделі, де страховики не мають власної інфраструктури та лише відшкодовують витрати на отримання медичної допомоги (швейцарська модель);

– універсальна система :

Інтегровані системи, де вся медична допомога надається під управлінням держави (наприклад, британська національна служба охорони здоров'я).

Відокремлені системи, де держава фінансує надання медичних послуг, а надання здійснюється в державних або приватних медичних закладах, які мають договір з державою (Medicare в Канаді та Австралії).

Аналіз реальних систем охорони здоров'я демонструє, що більшість з них є гібридними, тобто вони поєднують у собі елементи різних моделей. Для прикладу можна розглянути моделі систем охорони здоров'я таких країн як США, Швейцарія та Нідерланди.

Система охорони здоров'я Сполучених Штатів є однією з найбільш витратних у світі. При цьому поєднання державного та приватного фінансування робить її неоднозначною у класифікації. Для частини населення діють цільові програми, які фінансуються з державного бюджету та надають

медичну допомогу пільговим категоріям (ветеран, бідні, літні та інші). Частина населення застрахована через приватні страхові компанії (добровільне приватне страхування). Крім цього існують спеціальні схеми надання медичних послуг військовим, державним службовцям, ув'язненим тощо. Потрібно зазначити, що більшу частину фінансування (55 %) становлять саме добровільні внески та внески населення через приватні страхові компанії.

Система охорони здоров'я Швейцарії відповідає моделі національного медичного страхування. Усі мешканці країни зобов'язані мати базовий поліс медичного страхування, який вони повинні оплачувати власними засобами. Застраховані мають право вільного вибору страховика. При цьому держава здійснює регулювання страхових компаній та надає субсидії малозабезпеченим. Існують різні страхові пакети з додатковими медичними послугами, що за своїм принципом тяжіють до приватного страхування.

Система охорони здоров'я Нідерландів є класичним прикладом сегментованої системи. Вона має три окремих сектори: обов'язкове національне медичне страхування (базовий пакет медичної допомоги) та приватне добровільне страхування для покриття додаткових витрат на медичну допомогу (фізіотерапія, стоматологічна допомога).

Таким чином, проаналізовані вище системи охорони здоров'я демонструють складність їх класифікації та необхідність застосування комплексного підходу до вивчення різних моделей, що враховують різноманітні фактори та характеристики їх функціонування. Всі вони в різних пропорціях поєднують елементи різних моделей, та наявність гібридних форм, не дає підстав стверджувати про їхню належність лише до одного з ідеальних типів.

РОЗДІЛ 3
ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1. Організаційний механізм державної політики управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні

У 2017 році законодавство України зазнало значних змін, зокрема в галузі системи охорони здоров’я. Проте, реформи, що відбулися, не отримали однозначної підтримки ані серед політичних сил, ані серед медичних працівників та реципієнтів медичної допомоги. На відміну від реформ у банківській сфері, оподаткуванні, корпоративному управлінні та судовій системі, реформа системи охорони здоров’я не отримала широкої популярності та підтримки серед населення.

Прихильники попередньої системи охорони здоров’я України, вважають запроваджені зміни такими, що суперечать основним потребам пацієнтів та їх сімей. Проте, важливо звернути увагу на те, що Україна виділяє на охорону здоров’я близько 7 % свого бюджету. Ці значні кошти, до запровадження реформи, часто витрачалися неефективно через корупцію, яка існувала в старій системі охорони здоров'я. Це є суттєвою проблемою, оскільки вона ставить під загрозу здатність держави належним чином забезпечувати медичну допомогу.

Ключові проблеми в системі охорони здоров’я України, накопичувалися протягом більше ніж трьох десятиліть, а відсутність реальних реформ призводила до недостатнього фінансування цієї галузі. Водночас мали місце недосконалості бюрократичних процедур та просування інтересів окремих осіб. Корупційні схеми, що включали незаконну співпрацю компаній-підрядників з окремими парламентарями та урядовцями, створювали

можливості для штучних націнок, корупційних закупівель ліків та медичного обладнання. Бюджетні кошти у державних лікарнях розподілялись здебільшого на основі одноосібних рішень політично впливових головних лікарів, а не потреб пацієнтів. Звичайні громадяни змушені були оплачувати величезні суми власних коштів за «безкоштовне» медичне обслуговування. Щороку понад 600 000 українських сімей опинялися у фінансовій скруті через необхідність давати медичні хабарі, або здійснювати так звані «благодійні пожертви» на користь клінік та лікарень.

Революція 2014 року створила нові можливості для проведення змін у різних сферах, зокрема і в системі охорони здоров'я. Масштаби та темпи медичної реформи, яку започаткували через декілька років, були справді вражаючими. Першим кроком стала передача фармацевтичних закупівель таким міжнародним організаціям як ЮНІСЕФ, Програма розвитку ООН та Crown Agents, що стало відповіддю на боротьбу із корупційними закупівлями у Міністерстві охорони здоров'я, що тривала багато років. Забезпечення закупівель ліків через міжнародні організації гарантувало прозорість процедур та усунуло корупційних посередників, що призвело до різкого зниження цін на вакцини та інші лікарські засоби, а також дало можливість зменшити дефіцит медичних препаратів та уникнути спалахів інфекційних захворювань, таких як кір та поліомієліт [199].

У 2016 році, під керівництвом виконуючого обов'язки міністра Уляни Супрун, вперше в історії України було розпочато роботу над розробкою нової системи фінансування охорони здоров'я. Згідно із законом, що було прийнято у 2017 році, більшість повнолітніх громадян України підписали декларацію з лікарем первинної медичної допомоги на свій вибір. Нова структура з одноплатними послугами, Національна служба здоров'я України (НСЗУ), фінансує роботу цих лікарів, що надають чітко визначений перелік основних медичних послуг безкоштовно для кожного пацієнта, що підписав декларацію з лікарем.

Вперше в історії, приватні установи отримали можливість конкурувати із державними клініками за державне фінансування, що розширило можливості пацієнтів та створило конкуренцію в галузі охорони здоров'я. Нова система електронної охорони здоров'я, а також онлайн панель Національної служби здоров'я України на основі інтернет технологій, забезпечили постійно оновлювані прозорі дані щодо надання та фінансування медичної допомоги та дотримання стандартів, зменшуючи тим самим можливість корупційних проявів. Завдяки впровадженню реформи, понад 70 % українців, які брали участь в опитуванні, підтвердили, що задоволені якістю медичної допомоги, а більшість лікарів, висловили задоволення рівнем оплати праці, що збільшилася в кілька разів.

Наступним кроком реформи стала реформа лікарняного забезпечення. Було скасовано стару систему фінансування лікарень, що базувалася на кількості ліжкомісць. З квітня 2020 року лікарням відшкодовують витрати, залежно від кількості та складності випадків лікування, що мотивує заклади до покращення якості медичної допомоги. Важливим принципом є свобода вибору пацієнта – «гроші слідують за пацієнтом», і пацієнти обирають лікарню, що надає найкращі послуги та має найкращі результати. Більшість лікарень почали готуватись до цих змін ще у 2017 році. При підтримці місцевих органів влади, вони провели ремонти приміщень, закупили сучасне обладнання та зробили все, щоб залучити пацієнтів до своїх закладів.

З початку проведення реформи, передбачалося, що більшість лікарень зможуть успішно адаптуватися до нових умов, проте далеко не всі заклади зможуть впоратися з викликами реформування. Місцеві органи влади отримали можливість визначити пріоритети та проводити інвестиції лише у найкращі медичні заклади, проводити перепрофілювання одних, об'єднувати інші, та закривати неефективні та малозавантажені лікарні. Проте, варто зазначити, що згідно зі статтею 49 Конституції України чинна мережа закладів

охорони здоров’я не може бути скорочена, що є певним обмеженням для реформи.

Наразі, попри незначні розбіжності у статистичних даних, за офіційною інформацією, близько 954 лікарні у 2020 році підписали контракти з НСЗУ, що становить близько ⅔ від загальної кількості. Також, потрібно зазначити, що у багатьох закладах рівень фінансування виявився вищим, ніж у 2019 році, а у решти - різною мірою меншим (від декількох відсотків до половини). Вказані тенденції передбачають припинення фінансування неефективних закладів з малою кількістю пацієнтів, та зосередження коштів на закладах, що відповідають потребам пацієнтів, та якіснішим.

Центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я в Україні є Міністерство охорони здоров’я (МОЗ). Правовою основою для функціонування МОЗ є Положення, затверджене Указом Президента України № 1918/2000 від 24 липня 2004 р., з відповідними змінами та доповненнями, а також Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров’я України» № 1542 від 02 листопада 2006 р.

Національна служба здоров’я України (НСЗУ) була створена як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується та координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров’я [29]. Основна мета НСЗУ - реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними завданнями є:

– реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);

– виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

– внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [29].

Структурно, НСЗУ складається з численних департаментів та відділів. Юридичний департамент (5 осіб) включає: відділ судово-претензійної роботи, відділ роботи з договорами про медичне обслуговування населення та реімбурсацію, відділ нормативно-правового забезпечення, та відділ правової та роз'яснювальної роботи. У Департаменті управління персоналом, функціонує Управління добору та оцінювання персоналу, яке має у своїй структурі відділ добору персоналу, відділ організаційного розвитку, відділ внутрішнього навчання і підвищення кваліфікації персоналу та відділ оцінювання персоналу. У Департаменті взаємодії із зацікавленими сторонами функціонують відділ координації роботи територіальних органів та відділ взаємодії з органами місцевого самоврядування. Безпосереднє відношення до теми дослідження має Департамент договірної роботи, у складі якого є відділ роботи з договорами щодо надання первинної медичної допомоги, відділ роботи з договорами щодо спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги, відділ роботи з договорами щодо паліативної медичної допомоги та реабілітації, а також відділ координації договірної роботи територіальних органів. Департамент моніторингу НСЗУ включає відділ фактичного моніторингу та перевірки надавачів, а також відділ автоматичного моніторингу. Департамент фінансів та бухгалтерського обліку складається з управління бухгалтерського обліку та звітності, управління планово-фінансової роботи, відділу бюджетування управління планово-фінансової роботи, відділу нарахування заробітної плати, та відділу планово-аналітичної роботи. Департамент замовлення медичних послуг та лікарських засобів включає управління фінансових гарантій медичного обслуговування, аналітичне управління, відділ розробки програми медичних гарантій та відділ взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій

медичного обслуговування. Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я включає відділ аналізу процесів, відділ управління актуальністю даних електронної системи охорони здоров'я, та відділ захисту персональних даних. Департамент інформаційних технологій складається з управління інфраструктури та підтримки, управління розвитку та супроводу системи, відділу розвитку та супроводу прикладних систем, та відділу інформаційної безпеки та розподілу доступів. Департамент комунікацій складається з управління інформаційно-довідкової служби, управління зв'язків з громадськістю, відділ взаємодії з державними органами, та відділ зовнішніх комунікацій. Адміністративний департамент включає господарське управління, управління документального забезпечення, публічної інформації та розгляду звернень громадян, відділ будівництва та нерухомості, та відділ матеріально-технічного забезпечення. Структурними підрозділами НСЗУ є 5 департаментів за регіональним принципом (Центральний, Північний, Південний, Східний та Західний). До складу вищезгаданих департаментів входять управління та відділи моніторингу, що розділені за областями України [99]. Також до складу НСЗУ входять окремі самостійні відділи, що не входять до департаментів. Зокрема відділ управління стратегічними проектами, відділ з питань запобігання та виявлення корупції, відділ внутрішнього аудиту, та сектори з питань режимно-секретної роботи, мобілізаційної роботи та цивільного захисту, питань охорони праці та пожежної безпеки.

З квітня 2020 року було розпочато другий етап медичної реформи в Україні. Наразі відбуваються суттєві зміни на всіх рівнях системи охорони здоров'я, та проводиться повна її трансформація. Зміни в роботі первинної ланки вже дають перші результати, хоча оцінки фахівців, та учасників системи різняться між собою.

Щодо фінансування системи охорони здоров'я, усі відповідні питання визначено Законом України про Державний бюджет України. Задля реалізації програми медичних гарантій, виділяється не менше 5 % валового

внутрішнього продукту. У 2020 році з державного бюджету було виділено 137,2 млрд грн, що складає близько 3 % від ВВП. Програма медичних гарантій почала реалізовуватись з квітня 2020 року та охоплює усі заклади охорони здоров'я, що підписали договори з НСЗУ. На перший квартал 2020 року на реалізацію програми з державного бюджету було виділено 14,6 млрд. грн. На реалізацію бюджетної програми «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» Міністерством охорони здоров'я України на 2020 рік було відведено 72 млрд.грн.

Впровадження реформ вторинної та третинної медичної допомоги було розпочато з квітня 2020 року. Фінансування медичних послуг у рамках Програми медичних гарантій гарантується та здійснюється за рахунок державного бюджету України. На початок другого етапу, НСЗУ уклала 1524 договори з закладами спеціалізованої медичної допомоги.

Боротьба з корупцією та хабарництвом у медичних закладах є одним із пріоритетів реформи системи охорони здоров’я. Для цього впроваджуються різноманітні заходи протидії корупції та захисту прав пацієнтів. Пацієнти мають право на отримання безоплатної медичної допомоги, згідно із укладеними деклараціями, та у разі порушення їхніх прав мають можливість подавати скарги до правоохоронних органів. В свою чергу, у разі доведення фактів отримання хабарів чи незаконного стягування коштів з пацієнтів, працівники закладів охорони здоров’я притягуються до кримінальної відповідальності, а НСЗУ має право розірвати договір із медичним закладом в односторонньому порядку.

Станом на перше півріччя 2020 року близько 90 % закладів подали свої заявки на укладання договору з НСЗУ. На той час, очікували на укладання договорів також приватні заклади охорони здоров’я. Процес реформування охопив практично усі районні, міські та обласні лікарні, які отримали можливість надання безоплатної медичної допомоги, що зафіксовано у 26 пакетах медичної допомоги. За умовами договорів, лікарні будуть отримувати

кошти від НСЗУ за кожного пацієнта, котрому була надана відповідна допомога.

Таким чином, успішність медичного закладу буде залежати від кількості пацієнтів, що звернулись по допомогу, а також від якості надання медичної допомоги, яка безпосередньо впливає на фінансування закладів, що має мотивувати заклади до покращення якості медичних послуг. На регіональному рівні місцева влада має забезпечити відповідне технічне оснащення закладів охорони здоров'я та наявність кваліфікованих кадрів, що є необхідним для отримання більшого фінансування з боку НСЗУ. Згідно з програмою медичних гарантій, пацієнти мають право на безоплатне отримання медичних послуг в авторизованих закладах охорони здоров'я, при наявності підписаної декларації з лікарем, а також право на отримання допомоги профільних спеціалістів за направленням лікаря (без направлення можуть отримати допомогу психіатр, нарколог, гінеколог, та стоматолог). Екстрена медична допомога надається без обов'язкової наявності декларації з сімейним лікарем. Запровадження зазначеної програми забезпечило наявність фінансування для різноманітних медичних послуг, що значно розширює права пацієнтів на якісну медичну допомогу.

Важливою проблемою, що стосується системи охорони здоров'я, є розподіл фінансування: 954 лікарні підписали договори з НСЗУ та отримали фінансування більше, ніж за минулий рік. Проте, багато закладів отримали фінансування менше, ніж в 2019 році. Саме такий підхід дозволяє зменшити обсяг коштів, що витрачаються на малоефективні заклади, та перерозподілити фінансування на користь закладів, що є більш необхідними, та які мають змогу надавати якіснішу медичну допомогу.

Система охорони здоров'я є широкою сферою державного управління. Забезпечення ефективності ПМСД потребує комплексних дій та значних ресурсів. Важливими чинниками є матеріально-технічне забезпечення, наявність необхідної інфраструктури та кадрового потенціалу. Регламентація

надання первинної медичної допомоги базується на Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» та Законі України «Про медичну допомогу», а також інших підзаконних нормативно-правових актах. Організація екстреної медичної допомоги регламентована Законом України «Про екстрену медичну допомогу», що у сукупності із ст. 37 Закону «Основи законодавства України про охорону здоров'я» забезпечує надання медичної допомоги у невідкладних та екстремальних ситуаціях.

Закон «Про екстрену медичну допомогу» визначає організаційно-правові засади забезпечення екстреною медичною допомогою, в тому числі при виникненні надзвичайних ситуацій, створює правову основу для функціонування системи екстреної медичної допомоги та напрямки її розвитку [30]. Вказаний закон став базовим для реформування національної системи екстреної медичної допомоги. Також, він запроваджує надання двоетапної медичної допомоги на догоспітальному та госпітальному етапах. Створення Територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій та бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, а також відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в лікарнях є також важливим елементом цього процесу.

Основи дотримання стандартів і протоколів надання медичної допомоги в різних умовах та випадках гарантує принцип послідовності та безперервності надання екстреної медичної допомоги, та відповідність її надання єдиним вимогам. Він має безпосередній вплив на ефективність реанімаційних заходів, збереження життя та здоров'я пацієнтів.

Систему медичної допомоги можна розглядати як множину взаємопов’язаних та взаємодоповнюваних блоків: управлінський, догоспітальної екстреної медичної допомоги, госпітальний, кадровий, інформаційний, а також блок медичної облікової документації.

Управлінський блок на національному рівні представлений Українським науково-практичним центром медичної допомоги та медицини катастроф, на

регіональному рівні - територіальними центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Блок догоспітальної екстреної медичної допомоги представлений Службою швидкої медичної допомоги, що включає бригади швидкої медичної допомоги. На цьому етапі, екстрену допомогу можуть надавати особи без медичної освіти, які згідно своїх функціональних обов'язків зобов'язані її надавати. Також є блок госпітального рівня, до якого належать відділення невідкладної допомоги багатопрофільних лікарень, лікарні швидкої медичної допомоги, та центри травми трьох рівнів.

За даними, на догоспітальному етапі в Україні фельдшерські бригади становлять 58 % від загальної кількості бригад, що надають екстрену допомогу. Надання медичної допомоги також потребує кадрового забезпечення, тому, підготовка та перепідготовка кадрів здійснюється у відповідних закладах: немедичний персонал навчається у спеціальних центрах, фельдшери та медсестри – у вищих навчальних закладах I-II рівнів акредитації, лікарі за спеціальністю «Медицина невідкладних станів» – у закладах вищої освіти III-IV рівнів акредитації.

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у 2019 році започаткував сертифікацію викладачів профільних медичних закладів та навчальних центрів, що є важливим для стандартизації підготовки кадрів у даній сфері. Викладачі центру, пройшли сертифікацію у Європейській раді з реанімації та стали членами Єдиної бази сертифікованих викладачів-інструкторів, що свідчить про якісне підвищення професійного рівня медичних працівників у даній галузі. Для забезпечення ефективного функціонування системи надання медичної допомоги, необхідно використовувати блок медичної облікової документації, облікової звітності і статистичних форм. Не менш важливим є інформаційний блок, що забезпечує інформування населення про роботу системи екстреної медичної допомоги та надання чіткої інструкції щодо дій у надзвичайних ситуаціях.

Згідно з даними МОЗ України, непрофільні виклики бригад швидкої медичної допомоги становлять близько 70 %. З метою зменшення цього показника, а також для зниження навантаження на бригади екстреної медичної допомоги, Уляна Супрун закликала місцеву владу посилити роботу пунктів ПМД. Для проведення якісної трансформації системи охорони здоров'я необхідна підтримка та активна участь громадськості.

Реформування системи екстреної медичної допомоги на рівні пілотних регіонів передбачає підвищення кваліфікації медичних працівників, підвищення їхніх заробітних плат, придбання сучасного транспорту з необхідним обладнанням, та впровадження єдиної диспетчерської електронної служби. З плином часу, усі зазначені інновації мають бути поширені на всю країну.

3.2. Сучасні напрями вдосконалення державної політики щодо забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги

Виокремлені проблемні чинники, що гальмують ефективне функціонування системи державного управління первинною медико-санітарною допомогою (ПМСД) в Україні, а саме: освітній, демографічний, матеріально-технічний, фінансово-економічний та організаційний, свідчать про системні недоліки, які потребують впровадження адекватної, комплексної та збалансованої стратегії на державному рівні.

Кожен із цих чинників впливає на різні аспекти системи ПМСД і є взаємозалежним від інших, створюючи складний комплекс взаємопов’язаних проблем, які неможливо вирішити окремими, локальними заходами. Ефективне розв’язання цих проблем вимагає системного підходу, який враховує всі взаємозв’язки між різними елементами системи, та передбачає скоординовані дії на різних рівнях державного управління з використанням різноманітних інструментів державної політики.

Освітній напрям у контексті державного управління ПМСД потребує не просто вдосконалення, а глибинної трансформації. Метою цієї трансформації є забезпечення постійного, безперервного професійного розвитку медичних працівників, а також підготовка нового покоління фахівців, здатних ефективно працювати в умовах сучасних викликів. Одним із найбільш перспективних напрямків в цьому контексті є запровадження широкомасштабного дистанційного навчання, що дозволить медичним кадрам на всіх рівнях, починаючи від сімейних лікарів та закінчуючи молодшим медичним персоналом, безперервно підвищувати свою кваліфікацію та вдосконалювати професійні навички без відриву від основної роботи. Це особливо актуально в умовах нестабільної епідемічної ситуації, яку спричинила пандемія COVID-19, а також є відповіддю на сучасні вимоги до гнучкості, мобільності та безперервності освітнього процесу в умовах швидких технологічних змін та зростаючого об’єму нової медичної інформації.

Дистанційна форма навчання надає можливість суттєво заощадити як час, так і фінансові ресурси. Зокрема, медичні працівники, які проходять навчання у дистанційному форматі, можуть уникнути значних витрат, пов’язаних із переїздами та проживанням під час очного відвідування освітніх закладів, що, в свою чергу, сприяє ширшому охопленню та залученню медиків до процесів навчання. Такий формат також надає можливість подолати географічні бар’єри, що є особливо важливим для медичних працівників, які працюють у віддалених сільських районах. Застосування дистанційних технологій у процесі навчання дозволить звести до мінімуму необхідність витрат часу та коштів на дорогу до місць проведення традиційного очного навчання.

Крім того, дистанційне навчання створює можливість залучити до викладання висококваліфікованих спеціалістів з різних регіонів України та зарубіжних країн, розширити коло викладачів та освітніх можливостей. Це дозволить забезпечити медичних працівників доступом до найновіших

медичних знань, технологій, методик та кращих світових практик, та, як наслідок, сприятиме підвищенню якості надання ПМСД. Забезпечення інтерактивності дистанційного навчання за допомогою платформ, де можливі дискусії, обмін досвідом, створення форумів і групових проектів, сприятиме активному залученню медичних працівників до освітнього процесу, формуватиме навички командної роботи та професійної взаємодії.

З метою стимулювання медичних працівників до безперервного професійного розвитку та заохочення їх до участі у дистанційних освітніх програмах, необхідно розробити та впровадити чіткий механізм врахування часу, витраченого на надання онлайн-консультацій чи участь у онлайн-семінарах, як часу, який підлягає додатковій оплаті. Це потребує чіткого регламентування нормативних документів та внесення відповідних змін у механізми фінансування медичних закладів. Витрати на це мають бути заплановані та враховані у бюджеті лікувально-профілактичних закладів, що забезпечить їх фінансову стабільність. Також важливим є запровадження механізму, коли співоплата або повна оплата освітніх послуг з боку працівників медичних закладів стане додатковим стимулом для їх професійного зростання, формування в них навичок саморозвитку та навчання впродовж життя. Це сприятиме не лише підвищенню кваліфікації медичних кадрів, але й їхньої відповідальності за рівень власної професійної компетентності.

Демографічна проблема забезпечення медичними працівниками потреб національної системи охорони здоров’я є однією з найгостріших та найскладніших проблем, які потребують негайного та комплексного вирішення. Забезпечення системи охорони здоров’я достатньою кількістю висококваліфікованих фахівців є ключовим фактором для надання якісної медичної допомоги населенню. Ефективним методом розв’язання цієї проблеми є підвищення престижу професії медичного працівника в суспільстві, яке повинно включати не тільки фінансову, але і соціальну

складову. Фінансове забезпечення є важливим фактором, але не єдиним. Соціальне забезпечення включає повагу з боку суспільства до медичних працівників, створення комфортних та безпечних умов праці, забезпечення їх житлом, а також надання можливості для кар'єрного росту та професійного розвитку.

Для досягнення цієї мети необхідна розробка довгострокової державної стратегії, яка повинна бути підкріплена не тільки фінансовими дотаціями, а й чіткими цілями, завданнями, графіком виконання та критеріями оцінки ефективності. Потрібно не тільки збільшити кількість державних місць у медичних навчальних закладах, але й реформувати програму навчання, зробити її більш практичною та орієнтованою на сучасні потреби медичної практики. Також необхідно сприяти поверненню українських медичних працівників, що виїхали за кордон, пропонуючи їм гідні умови для роботи та життя в Україні. Важливо при цьому брати до уваги той факт, що економічна віддача від впровадження таких заходів буде відчутна лише у середньо- та довгостроковій перспективі, через 10–15 років. Саме стільки часу потрібно на навчання на отримання сертифіката лікаря-спеціаліста, отримання ліцензії на медичну практику, підвищення кваліфікації та набуття необхідного практичного досвіду. Тому, реалізація цих заходів потребує стратегічного бачення та політичної волі на найвищому державному рівні.

Слід зазначити, що проблема забезпечення медичними кадрами є особливо гострою в сільській місцевості, де ситуація ускладнюється не лише низькою заробітною платою та недостатньою увагою держави до розвитку сільської медицини, а й поганою транспортною інфраструктурою, відсутністю необхідних медичних закладів, обладнання та медикаментів, та обмеженими можливостями для професійного та кар'єрного зростання. Також, вагому роль відіграють такі фактори як відсутність доступу до закладів культури, освітніх закладів для дітей, та можливостей для самореалізації. У результаті цього, значна частина молодих медичних спеціалістів виїжджає працювати у міста

або за кордон у пошуках кращих можливостей та більш сприятливих умов. Це спричиняє додаткове навантаження на медиків, які залишаються працювати у сільській місцевості, створюючи замкнене коло проблем, з якого дуже важко вийти без комплексного державного втручання.

Недостатня забезпеченість медичними кадрами у сільській місцевості та на первинній ланці, призводить до збільшення робочого навантаження на сімейних лікарів та інших працівників, подовження їхніх робочих днів та збільшення частоти чергувань. Такий стан речей створює значний ризик виникнення фізичного та емоційного виснаження, що може спричинити розвиток різного ступеня синдрому професійного вигорання, який характеризується емоційним виснаженням, деперсоналізацією та редукованими особистісними досягненнями. Застосування надмірних зусиль для подолання наявних проблем, без ефективного підкріплення з боку держави, призводить до професійної та психологічної дезадаптації, що в свою чергу впливає на якість надання медичної допомоги пацієнтам. Виникає замкнуте коло, коли недофінансування, нестача кадрів та матеріально-технічного забезпечення породжує перенавантаження і вигорання медичних працівників, що в свою чергу ще більше ускладнює доступність та якість медичних послуг.

Організаційний механізм державного управління ПМСД потребує вдосконалення не тільки у частині вирішення кількісних показників, а й у контексті зміни підходів до профілактичної роботи та посилення її значення у структурі первинної медичної допомоги. Сучасна модель оплати праці медичних працівників на первинній ланці, коли фінансування надається за кожен випадок наданої медичної допомоги, тобто за надання медичних послуг, у рамках договору з Національною службою здоров’я України, не створює мотивації для профілактичних заходів та не передбачає адекватного фінансування просвітницької діяльності з боку лікарів та медичного персоналу.

Подібна модель фінансування зводить роботу лікаря до надання медичної допомоги без будь-якого фокусу на профілактику та раннє виявлення захворювань. По суті, така система унеможливлює економію коштів держави, оскільки у пацієнтів, які не мотивовані до профілактики, у подальшому можуть виникати загострення захворювань, що, в свою чергу, призводить до необхідності у більш затратному лікуванні. У цьому випадку, медичні заклади виступають як «пожежна служба», що змушена гасити «пожежі», замість того, щоб зосереджуватися на профілактиці та зменшенні факторів ризику, що спричиняють захворювання. Тому, потрібний комплексний підхід до цього питання, зокрема розроблення системи оцінки ефективності медичних працівників, з урахуванням як кількості наданих послуг, так і результатів профілактичних заходів, з можливістю виділення додаткового фінансування за успішну профілактичну роботу.

Слід зазначити, що профілактична складова є фундаментальним компонентом усіх ефективних моделей первинної медичної допомоги у світі. В основу сімейної медицини покладена ідея не тільки лікування хворих, а й формування, збереження, зміцнення та відновлення здоров’я людини та її сім’ї. Для реалізації цього комплексу завдань, необхідно активне застосування валеологічних, профілактичних, лікувально-реабілітаційних заходів. При цьому, сімейний лікар виступає ключовою фігурою у наданні первинної медико-санітарної допомоги, оскільки він повинен не тільки лікувати, а й мотивувати пацієнтів до здорового способу життя, а також провадити просвітницьку діяльність з метою формування у населення культури здоров’я.

Одним із найважливіших інструментів реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я та зокрема у сфері надання ПМСД, є державні цільові програми. Розробка і виконання таких програм здійснюються у відповідності до чинного законодавства, зокрема Закону України «Про державні цільові програми» № 1621-IV від 18 березня 2004 року (зі змінами та доповненнями).

Згідно з визначенням, наданим у цьому Законі, «державна цільова програма» – це комплекс взаємопов'язаних завдань та заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць. Виконання цих програм здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України з урахуванням узгоджених строків виконання, визначення складу виконавців, та забезпечення достатніми ресурсами [31]. Загальними ознаками державних цільових програм є їх територіальний масштаб (вони можуть охоплювати як всю територію держави, так і значну кількість її регіонів), їх довготривалий характер (довгостроковий період виконання), та реалізація на рівні центральних та місцевих органів виконавчої влади [31].

Відповідно до загальної мети розробки державних цільових програм, метою розробки програм у сфері охорони здоров'я, зокрема і у сфері первинної медико-санітарної допомоги, є сприяння реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я шляхом забезпечення концентрації фінансових, матеріально-технічних та інших видів ресурсів. Також важливо забезпечити координацію діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій для розв'язання найважливіших проблем [31]. Згідно з класифікацією державних цільових програм, програми у сфері охорони здоров'я потрапляють до категорії «соціальні» державні цільові програми, які передбачають вирішення проблем, пов'язаних з підвищенням рівня та якості життя населення, боротьби з безробіттям, забезпечення соціального захисту, покращення умов праці, а також розвитку охорони здоров'я та освіти.

Відповідно, розробка та впровадження державних цільових програм у сфері охорони здоров'я, зокрема у сфері ПМСД, мають бути обґрунтованими. Такі програми можуть бути розроблені, якщо існують умови, коли проблему неможливо вирішити на регіональному рівні чи в рамках окремо взятої галузі або системи охорони здоров'я, коли необхідна чітка координація дій центральних і регіональних органів влади; коли мета програми відповідає

пріоритетним напрямам державної політики та напрямам розвитку сфери охорони здоров'я. Важливою умовою для створення державної програми є наявність реальної потреби у скоординуванні діяльності технологічно пов'язаних галузей, та достатнє ресурсне забезпечення [31]. Зазначена проблема має прямий зв'язок з національною безпекою, що раніше було відображено в Законі України «Про основи національної безпеки України» у вигляді вказівки на загрози національним інтересам та безпеці, такі як криза системи охорони здоров'я та соціального захисту населення та поширення соціально небезпечних хвороб. Системні проблеми у сфері охорони здоров'я також відображені у Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни» (Указ Президента України № 392/2020 від 14 вересня 2020 р.) [32].

Розробка державних цільових програм – це складний процес, який підпорядковується чіткому алгоритму, визначеному у статті 5 Закону України «Про державні цільові програми», який визначає основні стадії розроблення та виконання державної цільової програми. Згідно із цим алгоритмом, процес створення державної програми проходить через кілька стадій, кожна з яких має свій чітко визначений набір кроків.

Першим етапом є ініціювання розробки державної цільової програми, яке повинно супроводжуватися публічним обговоренням її концепції. Право ініціювання розробки програми надається лише державним інституціям на національному та регіональному рівнях. До них належать: Кабінет Міністрів України, центральні органи виконавчої влади, розвідувальні органи України, Національний банк України, Національна академія наук України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації [31].

Наступним етапом є розробка концепції державної цільової програми. До початку громадського обговорення ініціатор розробки програми розробляє

проект її концепції, що повинен включати: визначення проблеми, аналіз причин її виникнення, обґрунтування необхідності її розв'язання, визначення мети програми, порівняльний аналіз можливих варіантів розв'язання проблеми, вибір оптимального варіанту, визначення шляхів і засобів розв'язання проблеми, строки виконання, оцінка очікуваних результатів та необхідних ресурсів. Отриманий проект концепції має бути обов'язково оприлюднений в офіційних засобах масової інформації для організації та проведення громадського обговорення.

Після позитивного результату громадського обговорення, розроблена концепція має отримати схвалення Кабінету Міністрів України. У випадку успішного проходження цього етапу, Кабінет Міністрів приймає рішення про розробку проєкту програми, визначає державного замовника та встановлює терміни для розробки програми.

Наступним етапом є розробка проєкту державної цільової програми. Звичайно, саме ініціатор розробки концепції згодом є державним замовником та відповідальним за розробку проекту програми. Компетенції державного замовника включають: призначення керівника програми, надання пропозицій щодо зміни програми або припинення її виконання, а також щорічне звітування про хід її виконання [31].

У процесі розробки проєкту програми, визначаються конкретні заходи, завдання, пріоритети виконання, джерела та обсяги фінансування. Існують певні вимоги до проєкту державної цільової програми, які обов'язково мають бути відображені у наступних розділах: паспорт програми; мета програми; обґрунтування шляхів і засобів розв'язання проблеми; обґрунтування необхідності фінансування з державного бюджету України; перелік заходів та завдань з визначенням виконавців, термінів виконання, обсягів та джерел фінансування, розрахунок очікуваних результатів та ефективності виконання програми; розрахунок обсягів та визначення джерел фінансування (зокрема з Державного бюджету України, з розбивкою за роками) [31].

Після розробки проєкту, він обов'язково має пройти через державну експертизу. Оскільки, державні цільові програми у сфері охорони здоров'я належать до категорії соціальних програм, то, згідно з національним законодавством, вони мають бути затверджені Верховною Радою України шляхом прийняття відповідного закону на підставі подання Кабінету Міністрів України.

Для виконання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я державний замовник може залучати будь-які підприємства, установи чи організації, незалежно від їх форми власності, шляхом проведення конкурсного відбору [31]. Контроль за виконанням програми здійснюється на двох рівнях: загальний контроль здійснює Кабінет Міністрів України, а проміжний контроль покладається на державного замовника програми.

Важливим є розрізнення понять бюджетна програма та національний проєкт. Бюджетною програмою є сукупність заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети, визначення та реалізацію яких здійснює розпорядник бюджетних коштів. Національним проєктом є проєкт з пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку, що має стратегічно важливе значення для забезпечення технологічного оновлення та розвитку базових галузей економіки, розв'язання соціальних проблем, покращення якості життя громадян України та внесений до Державного реєстру національних проєктів.

Отже, пропонована цільова програма покликана об'єднати зусилля усіх зацікавлених сторін – центральних і регіональних органів публічної влади для досягнення найважливішої мети – збереження життя та здоров'я кожного громадянина держави. При цьому, програма повинна бути розроблена з урахуванням проблемних аспектів, які гальмують розвиток та ефективність системи охорони здоров'я та має містити чіткий план дій з відповідними механізмами реалізації та фінансового забезпечення, що стане запорукою її успішної реалізації на користь держави та громадян.

ВИСНОВКИ

Отримані результати дослідження дають можливість сформулювати ряд висновків і рекомендацій, які мають як теоретичне, так і практичне значення.

1. Досліджено базові поняття та категорії механізму формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Виявлено, що формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я – це складний та багатогранний процес, який охоплює різноманітні етапи та аспекти, серед яких можна виділити такі ключові моменти під час формування державної політики у галузі охорони здоров'я як визначення цілей, аналіз проблем, розробка стратегій, планів та програм.

Реалізація державної політики в досліджуваній сфері включає різні аспекти, зокрема правове, інституційно-організаційне, фінансове та кадрове забезпечення, а також проведення моніторингу та оцінки тощо.

Встановлено, що процеси формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я базуються на відповідних механізмах, які взаємодіють між собою та сприяють втіленню принципів та напрямів цієї політики.

2. Первинна медична допомога – це перший рівень контакту, коли населення проводить певні заходи задля покращення свого здоров'я безпосередньо в суспільстві. У грудні 2017 року було підписано низку законів, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні. Відповідно до цього плану, нова модель фінансування на первинній ланці розпочалася з 1 липня 2018 року. Саме з цього часу заклади первинної медичної допомоги змогли укладати контракт з Національною службою здоров'я і перейти з кошторисного фінансування на капітаційну модель.

Мета автономізації медичних закладів – надати лікарням можливість отримувати кошти від страхових компаній, залучати кошти приватних фондів, благодійних та громадських організацій, грантову допомогу. Саме в таких

медичних закладів (комунальні некомерційні підприємства) держава закуповує послуги. Ці заклади не сплачують податок на прибуток, адже їхня мета – надати якісну медичну послугу пацієнту і отримати оплату від держави. Медичний заклад отримує фінансування від Національної служби здоров'я згідно з тарифом надання первинної медичної допомоги за кожного пацієнта, який підпише декларацію з лікарем цього закладу.

Процес реформування медичної галузі виявив необхідність формування належної системи фінансування галузі охорони здоров'я, розвитку та підтримки кадрового потенціалу, розробки єдиних стандартів і тарифів, забезпечення ефективної комунікації з Міністерством охорони здоров'я тощо.

3. На підставі здійсненого аналізу вдосконалено теоретичний підхід до формування законодавчого поля у сфері охорони здоров'я шляхом систематизації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою. Зокрема, визначено потребу розробки й прийняття нормативно-правових актів у таких напрямах: організаційному (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я; лікарське самоврядування та громадські організації у сфері охорони здоров'я); правовому (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи, і таких, що пов'язані з пандемією COVID-19); фінансовому (приватна діяльність у сфері охорони здоров'я); соціальному (профілактична й валеологічна спрямованість державної політики) тощо

4. Для напрацювання подальших рекомендацій щодо кращого функціонування механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою вивчено зарубіжний досвід у цій сфері, зокрема проаналізовано структуру сучасних моделей системи охорони здоров'я в різних країнах.

За результатами вивчення зарубіжного досвіду управління у сфері охорони здоров'я необхідно визначити, що в економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі. Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку. Останнім часом суттєві зміни торкнулися структури ресурсів медичного сектору, що пов'язано із запровадженням нових технологій, наприклад, розвиток інформаційних і комунікаційних напрямів, зокрема телемедицини.

Визначено, що сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, створені під впливом декількох чинників, з них найбільш важливими є географічні, історичні, соціокультурні, політичні та адміністративні. На тлі цих чинників можна також слідувати загальним тенденціям розвитку національних систем охорони здоров'я.

5. Сучасна реформа децентралізації влади дає змогу впливати на формування державної політики органам місцевого самоврядування. Важливим напрямом сучасної політики охорони здоров'я є принцип фінансування, який передбачає надходження коштів до закладу охорони здоров'я за пацієнтом, а пацієнт самостійно вирішує, з яким сімейним лікарем він підписує договір про надання послуг. Таким чином, держава регулює й мотивує професійну компетенцію медичних працівників. Іншим сучасним трендом в організаційному механізмі державного управління є впровадження й повний перехід на електронний документообіг: медична карта пацієнта, електронні рецепти, лікарняні листки тощо. Є певні проблеми з імплементацією всіх цих нововведень, пов'язані з потребою 125 оновлення чи повного забезпечення матеріально-технічної складової, а також кадрового

механізму (його освітньої компоненти – інформаційної й комп'ютерної грамотності).

На основі аналізу сучасного стану національної системи охорони здоров'я виокремлено такі пріоритетні напрями у сфері охорони здоров'я:

– підвищення якості медичних послуг, їх доступності; – оптимізація використання наявних ресурсів системи;

– спрощення дозвільної системи й адміністративних послуг; приведення системи санітарних і фітосанітарних стандартів у відповідність із законодавством ЄС;

– розробка й реалізація державних програм щодо профілактики та боротьби із соціально значущими захворюваннями;

– приведення у відповідність із потребами галузі кадрового потенціалу із забезпеченням його якісного навчання на дипломному й післядипломному рівнях; забезпечення популяризації здорового способу життя та здійснення заходів профілактичного спрямування тощо.

6. Виокремлені проблемні чинники, що гальмують ефективне функціонування системи державного управління первинною медико-санітарною допомогою (ПМСД) в Україні, а саме: освітній, демографічний, матеріально-технічний, фінансово-економічний та організаційний, свідчать про системні недоліки, які потребують впровадження адекватної, комплексної та збалансованої стратегії на державному рівні.

Кожен із цих чинників впливає на різні аспекти системи ПМСД і є взаємозалежним від інших, створюючи складний комплекс взаємопов'язаних проблем, які неможливо вирішити окремими, локальними заходами. Ефективне розв'язання цих проблем вимагає системного підходу, який враховує всі взаємозв'язки між різними елементами системи, та передбачає скоординовані дії на різних рівнях державного управління з використанням різноманітних інструментів державної політики.

Розробка державних цільових програм – це складний процес, який підпорядковується чіткому алгоритму, визначеному у статті 5 Закону України «Про державні цільові програми», який визначає основні стадії розроблення та виконання державної цільової програми. Згідно із цим алгоритмом, процес створення державної програми проходить через кілька стадій, кожна з яких має свій чітко визначений набір кроків.

Першим етапом є ініціювання розробки державної цільової програми, яке повинно супроводжуватися публічним обговоренням її концепції. Наступним етапом є розробка концепції державної цільової програми. Після позитивного результату громадського обговорення, розроблена концепція має отримати схвалення Кабінету Міністрів України. Наступним етапом є розробка проєкту державної цільової програми. У процесі розробки проєкту програми, визначаються конкретні заходи, завдання, пріоритети виконання, джерела та обсяги фінансування. Після розробки проєкту, він обов'язково має пройти через державну експертизу.

Пропонована цільова програма покликана об'єднати зусилля усіх зацікавлених сторін – центральних і регіональних органів публічної влади для досягнення найважливішої мети – збереження життя та здоров'я кожного громадянина держави. При цьому, програма повинна бути розроблена з урахуванням проблемних аспектів, які гальмують розвиток та ефективність системи охорони здоров'я та має містити чіткий план дій з відповідними механізмами реалізації та фінансового забезпечення, що стане запорукою її успішної реалізації на користь держави та громадян. .

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Електронна версія «Великої української енциклопедії» URL: https://vue.gov.ua/%D0%94%D0%B5%D1%80%D0%B6%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B0_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%96%D1%82%D0%B8%D0% BA%D0%.

2. Державна політика : підручник / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол. : Ю. В. Ковбасюк (голова), К. О. Ващенко (заст. голови), Ю. П. Сурмін (заст. голови) [та ін.]. К. : НАДУ, 2014. 448 с.

3. Розенфельд Реймонд А. Лекції з державної політики. К.: Вид-во “К.І.С.”, 2002. 60 с.

4. Новакова О. В., Пашина Н. П. Аналіз державної політики: навчальний посібник. Луганськ: вид-во СНУ ім. В. Даля, 2013. 216 с.

5. Андріяш В. І. Державна політика: концептуальні аспекти визначення. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 9. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=626.

6. Петренко І. Сутність державної політики та державних цільових програм. Віче. 2011. № 10. URL: https://veche.kiev.ua/journal/2566/.

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280112#Text.

8. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я: проєкт Закону України від 20 серпня 2009 р. № 5054. URL: https://ips.ligazakon.net/document/JF3WE00A?an=3.

9. Долот В. Д. Система охорони здоров’я в Україні: вибір національної моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 2. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658.

10. Самофалов Д. О. Формування моделі комунікативної діяльності в публічному адмініструванні охорони здоров’я. Реферат дисертації: спец.

25.00.01 – теорія та історія державного управління. Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» МОН України, м. Дніпро, 2023. 39 с. URL: https://www.nmu.org.ua/ua/content/infrastructure/structural_divisions/academic_board/spets-al-zovan-vchen-for-the-sake-of/!ref_%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2_%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%BA%D0%B0-1(1).pdf.

11. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров’я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): Монографія. Тернопіль, „Економічна думка”, 2005. 460 с.

12. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України Указом Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text.

13. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації : Дис... д-ра наук: 25.00.02 – механізми державного управління. 2008.

14. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

15. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров’я в контексті реформи медичного обслуговування. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2014. № 2. URL: https://el-zbirndu.at.ua/2014_2/14.pdf.

16. Буряк І. О. До питання про формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров’я. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Сер.: Право. 2012. Вип. 11. С. 317-321.

17. Конституція України від 28 червня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80.

18. Криничко Ф. Р., Мотайло О. В. Удосконалення механізмів державної політики у сфері громадського здоров'я. Право та державне управління. 2021. № 2. С. 119-125.

19. Медична реформа. – Режим доступу : https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya.

20. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 лист. 2017 р. № 821-р. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80#Text.

21. Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / кол. авт. ; Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». – Київ, 2020. – 135 с. – Режим доступу : http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/06/PHC_assessment_report.pdf.

22. Цивільний Кодекс України: Кодекс України №435-IV від 16.01.2003. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text.

23. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: закон України №1972-XII від 12.12.1991 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text.

24. Мусій О. Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні. URL: http://www.experts.in.ua/ua/baza/analitic/detail.php?ID=13373.

25. Про екстрену медичну допомогу: Закон України №5081-VI від 05.07.2012. URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17.

26. Field MG (1973), The concept of the "health system" at the macrosociological level, Social Science & Medicine, 7(10): 763-785.

27. Тогунов І.А. Маркетингові системи охорони здоров’я / І.А. Тогунов // Проблеми соц. гігієни охорони здоров’я та історії медицини. – 2017. – № 3. – С. 32-35.

28. Toth Federico. Classification of healthcare systems: Can we go further? Health Policy. Volume 120, Issue 5, May 2016, Pages 535-543. URL: https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011.

29. Про утворення Національної служби здоров`я України: Постанова Кабінету Міністрів України №1101 від 27 грудня 2017 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text.

30. Про екстрену медичну допомогу: Закон України №5081-VI від 05.07.2012. URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17.

31. Про державні цільові програми: Закон України №1621-IV від 18.03.2004 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/162115#Text.

32. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року «Про Стратегію національної безпеки України»: Указ Президента України №392/2020 від 14 вересня 2020 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#Text.