

державних органів і установ та органів і установ самоврядувань; в установленому правовими актами порядку представляти інформацію про свою службу; не використовувати і не дозволяти використовувати службу або пов'язану зі службою інформацію інакше, ніж це встановлено законами або іншими правовими актами; не використовувати державну власність або власність самоврядувань для неслужбової діяльності; при виявленні даних, в силу яких державний службовець не вважається особою з бездоганною репутацією, негайно інформувати про них особу, яка приймає на посаду.

Державні службовці зобов'язані також не брати участь у діяльності не сумісній з посадою державного службовця. До такої діяльності віднесена насамперед будь-яка діяльність, яка викликає конфлікт громадських і приватних інтересів на державній службі. Забороняється також займати більше однієї посади державного службовця, працювати за трудовим договором в державному органі чи установі або в органі чи установі самоврядування, в якому він виконує обов'язки державного службовця, а також отримувати від державного органу або установи або органу чи установи самоврядування, в якому він займає посаду державного службовця, інші доходи, крім заробітної плати і встановлені в цьому Законі виплати, компенсації та допомоги. Радник члена Сейму і помічник члена Сейму (далі - державний службовець політичної (особистої) довіри члена Сейму) може займати не одну посаду державного службовця політичної (особистої) довіри члена Сейму у одного і того ж члена Сейму або у різних, які належать до однієї і тієї ж фракції, або виконувати обов'язки референта фракції Сейму, до якої належить член Сейму, але час його роботи при виконання всіх цих обов'язків не може перевищувати 60 годин на тиждень.

Державні службовці мають не використовувати службовий (робочий) час для інших цілей, за винятком роботи, що виконується з дозволу особи, яка прийняла на посаду державного службовця, якщо це не перешкоджає державному службовцю належним чином виконувати встановлені в його посадовому описі функції, а також виконувати обов'язки члена ради самоврядування і представника професійної спілки.

### **Список використаних джерел**

1. О государственной службе: Закон Литовской Республики от 8 июля 1999 г. № VIII-1316. – Режим доступа: <https://e-seimas.lrs.lt/rs/legalact/TAD/a45bb470fbd511e993cb8c8daaf8ff8a/>

Соколовський С.І., Сорокін В.О., Соколовський С.С.

## **ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ ВІДПОВІДНО ДО ВИМОГ ЄС**

На протязі багатьох років в Україні відбувається «хронічне» реформування системи охорони здоров'я, що супроводжується погіршенням демографічної ситуації та стану здоров'я населення. В рішенні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» який

ґрунтується, на думку авторів, на положеннях європейської політики «Здоров'я - 2020» передбачає: перехід до бюджетно-страхової моделі; впровадження суспільно-адміністративної моделі управління; реформування підготовки медичних кадрів. Тому, нами була проведена спроба розглянути систему оптимізації/реформування охорони здоров'я населення України у відповідності до вимог методології «нової суспільної охорони здоров'я» (ВООЗ).

Як відомо, «Угода про асоціацію між Європейським Союзом і державами-членами Європейського союзу з одного боку і Україною з іншого боку» передбачає, в обов'язковому порядку, процедуру імплементації законодавчої та нормативно-правової баз всіх держав. Імплементація (англ. implementation - «здійснення», «виконання») – це фактична реалізація міжнародних зобов'язань на внутрішньодержавному рівні, а також конкретний спосіб включення міжнародно-правових норм у національну правову систему конкретної держави або груп держав, тобто виконання процедури «приведення відповідно до ... ». Головна вимога імплементації - суворе дотримання цілей і змісту міжнародного встановлення. Цей процес складний, має чітко встановлену технологію, послідовність і є для України новою процедурою. Порушення технології імплементації може привести до зниження ефективності процесу [1-2].

Порівняльний аналіз діючої нормативно-правової бази України та вимог ЄС дозволив нам зробити висновок, що виконати «стандартну» програму імплементації певною мірою не можливо. Це обумовлено тим, що існуюча в Україні система надання медико-санітарних і соціальних послуг населенню базується на засадах «системи Семашка» (принцип її модифікації), роз'єднана між відомствами, фактично побудована на принципах «жорсткої централізації відомчого автономного нормування, управління та фінансування з різних джерел» і не має аналогів в інших державах Європи.

Держави Східної Європи та Балтії при вступі в ЄС вже провели повне реформування своєї системи охорони здоров'я і соціального забезпечення на принципах «нової суспільної охорони здоров'я». У ряді країн СНД (Казахстан, Узбекистан, Молдова) проводиться реформування охорони здоров'я за активної участі експертів ВООЗ, а в Україні - реформування системи охорони здоров'я та соціального захисту проводиться «виключно в інтересах галузей (відомств) ». Тому, система надання (виробництва) медико-санітарних і соціальних послуг населенню України - це не структуроване, високо витратне, малоефективне, не забезпечене якістю і безпекою, оскільки не має національно орієнтованої системи матеріально-технічного забезпечення, надійної системи вітчизняних провайдерів та раціонального інвестування бюджетних коштів. Реально функціонуюча система охорони здоров'я та соціального захисту населення України зберегла риси централізованої нормативно-правової бази колишнього СРСР, яка орієнтована: на «переважне обслуговування робітників і селян»; дублюванні систем державно-бюджетного, відомчо-бюджетного, обов'язкового і добровільного страхування, «благодійних внесків» і не державного фінансування; законодавчо «заморожена» мережа закладів охорони здоров'я, науково-дослідних і навчальних інститутів. Бюджетні та залучені фінансові ресурси витрачаються в 70-80% на утримання галузі. Також, сучасний стан Інформаційної бази України в умовах відсутності «міжвідомчої узгодженості управління» не дозволяє провести аналіз обсягу,

структури та ефективності наданих медико-санітарних і соціальних послуг населенню України. В державі повністю відсутня система міжвідомчого незалежного контролю, підготовки фахівців системи суспільної охорони здоров'я (не медичні спеціальності) та організаторів (тренерів) волонтерського руху.

Все перераховане, на наш погляд, навіть при можливому «міжвідомчому узгодженні на рівні Міністерств із залученням експертів, у тому числі і зарубіжних» не дають реального ефекту: демографічні та медико-соціальні показники в Україні погіршуються; національні плани, розроблені відповідно до Міжнародних програм, мають «низьку ефективність»; технології надання медико-санітарних, медико-соціальних і соціальних послуг не адаптовані до «громадського» рівня, бюрократизовані і не відповідають сучасним вимогам (скринінг, моніторинг, прогнозування, контроль і оцінка ефективності).

Все перераховане диктує необхідність проведення імплементації по «іноваційній» технології, яка включає:

- приведення у відповідність базової термінології;
- приведення у відповідність інформаційної бази;
- структурування установ, які здатні працювати відповідно до «Quality Manual» (об'єднання медичних та немедичних провайдерів);
- розробка методології «аудиту менеджменту», «аудиту якості технологій», «незалежного контролю якості досліджень» відповідно до стандартів ВООЗ та ЄС;
- розробка ефективних технологій «зміцнення, відновлення і підтримки здоров'я населення України» в екстремальних та стандартних умовах (інфекційні, неінфекційні захворювання, травми і зовнішні впливи);
- розробка іноваційних систем надання медико-санітарних і соціальних послуг населенню на принципах «соціального підприємництва» та функціонування «науково-виробничих кластерів»;
- підготовка фахівців «нової суспільної охорони здоров'я» (медичне та немедичні напрямки), а також провайдерів і тренерів волонтерських рухів.

Для виконання процедури імплементації в Україні є також нагальна потреба відпрацювати термінології та їх визначення, бо визначення «охорона здоров'я» має різну трактовку в країнах ЄС і в Україні. В Україні - це «медична галузь», яка децентралізована: мається Міністерство і самостійні підрозділи в різних відомствах без підрозділів взаємної координації. В ЄС - цю функцію виконує міжвідомча структура, яка отримала назву - система «Нової суспільної охорони здоров'я» (НСОЗ). В документах ЄРБ ВООЗ зазначено, що «в політичних та інституційних рамках кожної країни система охорони здоров'я - це сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структур і ресурсів, призначення яких - покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. Ця система надає індивідуальні та громадські послуги охорони здоров'я, а також впливає на політику і діяльність інших секторів, з тим, щоб в них приділялася належна увага соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я».

У більшості країн Європи, незалежно від структурної організації, НСОЗ виконує наступні функції: координацію роботи відомств, які виробляють товари та послуги для здоров'я населення; контроль виконання комплексних державних медичних і соціальних програм; контроль раціональності інвестування в галузь;

оцінка ефективності діяльності установ і організацій; підготовка кадрів з питань менеджменту, аудиту менеджменту і технологій та ін. За цей час пройшло три етапи трансформації:

- перший етап - міжсекторальні дії та первинна медико-санітарна допомога;
- другий етап - зміцнення здоров'я та державна політика, що враховує інтереси здоров'я;
- третій етап - врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях.

Кінцевою метою цього підходу є вдосконалення процесу вироблення політики на основі фактичних даних шляхом прояснення для осіб, які б виробляли політику, зв'язку між стратегіями і втручаннями, детермінантами здоров'я і кінцевими результатами для здоров'я. Науково доведеною є ефективність НСОЗ, завдяки «міжсекторальній» діяльності підготовлених фахівців, різко підвищується ефективність надаваних населенню послуг, реалізація локальних, національних та глобальних програм. Базовий рівень функціонування НСОЗ є громадський, що реалізується в умовах децентралізації управління з дотриманням принципів стабільного розвитку й громадянського суспільства.

Таким чином, комплексний аналіз можливостей імплементації системи охорони здоров'я України до вимог ЄС є складним та багатоетапним процесом, де вже потрібно відпрацювати термінології та їх визначення, впровадити на ринку України визначення «послуга» як синонім «медичної допомоги» у відповідності до рішення ВТО, які повністю відповідають базовим ознакам (доступність, якість, безпечність та інше) та Міжнародній класифікації («медико-санітарні», «медико-соціальні» послуги та «послуги з суспільної охорони здоров'я»).

Також особливу увагу слід приділити системі взаємодії між пацієнтом та лікарем Первинної медико-соціальної допомоги, на прикладі надання «медико-санітарних послуг» в ЄС, де лікар первинного контакту у відповідності до договору з пацієнтом виконує «лікувально-профілактичну допомогу (послуги) в повному обсязі» в тому числі консультативну (законодавчо закріплений супровід на протязі 24 годин). За оцінками експертів, ці спеціалісти вже зараз здатні задовільнити до 75-80% потреб у послугах з охорони здоров'я населення Європейського Союзу.

### **Спеисок використаних джерел**

1. Gui Lekhan V, Rudy V, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(8):1–183.
2. Основні причини високого рівня смертності в Україні. — К.: ВЕРСО-04 – 2010. – 60 с.
3. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2018 році: Статистичний бюлетень/ Державна служба статистики України. –192 с.
4. Здоровье-2020:основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия -2013-28 с.
5. Starfield Б. Первичная медико-санитарная: понятие, оценка, и политики.Лондон, Oxford University Press; 1992.
6. Хогарт J. Глоссарий терминов здравоохранения. Копенгаген, Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 1975 <http://whqlibdoc.who.int/publications/9290201231.pdf>