

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

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

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА**  
**кваліфікаційної роботи ступеня магістра**

студента Майоренко Марини Миколаївни

академічної групи 281м-21з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Досвід публічного управління в галузі охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу та шляхи його адаптації в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтингов ою	інституційно ю	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.			
розділів:				

<b>Рецензент:</b>	Антонова О.В.			
-------------------	---------------	--	--	--

<b>Нормоконтролер:</b>	Вишневіська О.В.			
------------------------	------------------	--	--	--

Дніпро  
2022

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему *«Досвід публічного управління в галузі охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу та шляхи його адаптації в Україні»*.

70 стор., 35 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ, АДАПТАЦІЯ, ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД

Об'єкт дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я

Предмет дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу.

Мета дослідження – адаптація досвіду країн Європейського Союзу щодо публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні засади публічного управління у сфері охорони здоров'я. Другий розділ присвячено дослідженню передового досвіду країн Європейського Союзу щодо публічного управління публічне у сфері охорони здоров'я. Детально розглянуто досвід Іспанії. Третій розділ роботи присвячено вивченню досвіду публічного управління щодо протидії викликам COVID-19 в зарубіжних країнах та в Україні.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи місцевого самоврядування, органи управління охороною здоров'я, громадські організації, що співпрацюють у сфері охорони здоров'я.

## **ABSTRACT**

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «The experience of public management in the field of health care in the countries of the European Union and ways of its adaptation in Ukraine».

70 pages, 35 sources.

**PUBLIC MANAGEMENT, ADMINISTRATION, HEALTH CARE,  
EUROPEAN UNION, ADAPTATION, FOREIGN EXPERIENCE**

Object of research – the public administration in the field of health care

Subject of research – the public administration in the field of health care in the countries of the European Union.

The purpose of research – the study is to adapt the experience of the European Union countries regarding public management in the field of health care in Ukraine.

The first chapter examines the theoretical and methodological foundations of public administration in the field of health care. The second chapter is dedicated to the research of the best practices of the European Union countries regarding public management in the field of health care. The experience of Spain is considered in detail. The third section of the work is devoted to the study of the experience of public administration in countering the challenges of COVID-19 in foreign countries and in Ukraine.

Scope of practical application – the work results is local self-government bodies, health care management bodies, public organizations cooperating in the field of health care.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	8
ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
1.1 Актуальні проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я	8
1.2 Організаційно-правові аспекти управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я	24
РОЗДІЛ 2	41
ДОСВІД КРАЇН ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ ЩОДО ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
2.1. Охорона здоров'я в Іспанії: публічноуправлінські аспекти	41
2.2. Характеристика основних реформ в галузі охорони здоров'я в Іспанії	50
РОЗДІЛ 3	56
РОЗВИТОК СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК СУЧАСНИЙ ТРЕНД ГЛОБАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
3.1. Інтегровані профілактичні програми громадського здоров'я та епідеміологічної безпеки в умовах пандемії COVID19	56
3.2. Організаційні аспекти державної політики обмежень в умовах COVID19: зарубіжний досвід та досвід України	62
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

## ВСТУП

Одним із стратегічних завдань України як сучасної демократичної, правової та соціальної держави є забезпечення належного рівня здоров'я громадян [1]. Його орієнтири для країн Європейського регіону, а значить і для України, визначено в європейській стратегії «Здоров'я-2020» [2]. Для досягнення цих орієнтирів вітчизняна система охорони здоров'я потребує впровадження структурно-функціональних реформ на всіх рівнях управління, а особливо на регіональному та місцевому рівнях через зосередженість там понад 80% мережі закладів охорони здоров'я.

Спрямованість регіонального управління системою охорони здоров'я в Україні сьогодні перебуває під впливом інституційних засад, що дісталися у спадок від радянської системи адміністративно-командного управління. Тож існуючі механізми державного забезпечення не повною мірою враховують особливості територіальної організації системи охорони здоров'я і не забезпечують повноцінний розвиток лікувально-профілактичних закладів різних форм власності (державної, комунальної, приватної), різновидів їх спеціалізації та принципів ефективного функціонування в умовах конкуренції на регіональному ринку медичних послуг. Так, на місцевому рівні дотепер залишаються невирішеними питання щодо забезпечення рівного доступу до отримання якісної медичної допомоги для членів різних за чисельністю населення територіальних громад; принципи функціонування і фінансування медичних закладів галузевого та відомчого підпорядкування; мало розвиненим, у порівнянні з країнами Європейського Союзу, залишається й сектор приватних медичних послуг. Поява в грудні 2019 року захворювань, викликаних новим коронавірусом («coronavirus disease 2019»), вже увійшла в історію як надзвичайна ситуація глобального масштабу [3].

Пандемія коронавірусу SARS-CoV-2 вплинула на різні сфери життя глобального суспільства. Особливо бурхливого розвитку та значних людських втрат через пандемію зазнали на початку її появи країни ЄС. Пандемія виокремила низку управлінських проблем у різних сферах життєдіяльності суспільства, і насамперед, в галузі охорони здоров'я.

Удосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я в умовах обмеженого ресурсного забезпечення та упровадження на цій основі нових форм та методів організації надання якісних медичних послуг населенню України залишається надзвичайно актуальною проблемою у сфері публічного управління і адміністрування [4]. Саме тому питання належного наукового супроводу та упровадження європейських принципів управління у сфері охорони здоров'я ставить перед вітчизняними дослідниками нові теоретико-методологічні та науково-прикладні задачі.

Аналіз останніх досліджень та публікацій показав, що вирішенню проблемних у сфері публічного управління охороною здоров'я присвячені роботи таких науковців як В.Р. Григорович, В.Д. Долот, Д. В. Карамішев, Н.П. Кризіна, С. О. Козуліна, З.О. Надюк, Я.Ф. Радиш, В.Є. Скляренко, О.А. Скрипник, І.І. Фуртак, Н.П. Ярош та інші.

Враховуючи запити українського суспільства на демократизацію державного управління та невідворотність децентралізації владних повноважень у багатьох сферах життєдіяльності, питання підвищення якості управління соціальною сферою загалом та сферою охорони здоров'я, зокрема, розробляються вітчизняними науковцями дуже активно. Адже тема охорони здоров'я та пов'язаний із цим науковий пошук шляхів, які сприяють його покращенню, збереженню, відновленню, реабілітації та запобіганню втрат, є практично невичерпною. У той же час проблеми побудови ефективної системи управління в галузі охорони здоров'я в Україні за кращими зразками моделей, які функціонують в країнах

Європейського Союзу, була і залишається, однією із найголовніших у сфері публічного управління охороною здоров'я.

Об'єкт дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я в країнах Європейського Союзу.

Мета дослідження – адаптація досвіду країн Європейського Союзу щодо публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до поставленої мети необхідно вирішити низку наступних завдань:

- дослідити проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- виокремити основні організаційно-правові аспекти реалізації публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- розглянути менеджмент медичної галузі в країнах Європейського Союзу;
- дослідити управління охороною здоров'я в Іспанії;
- проаналізувати вітчизняний та світовий досвід функціонування медичного менеджменту в період пандемії COVID-19;
- розробити рекомендації з адаптації зарубіжного досвіду медичного менеджменту в національну модель управління в Україні.

При виконанні магістерської роботи застосовано такі методи наукового пізнання: спостереження, аналізу, синтезу та узагальнення, метод порівняння та системний підхід в організації дослідження [5].

Практичне значення отриманих результатів магістерської роботи полягає у тому, що її результати можуть використовувати органи місцевого самоврядування, органи управління охороною здоров'я, громадські організації, що співпрацюють у сфері охорони здоров'я з метою розробки місцевої політики у сфері громадського здоров'я, яка буде формуватися на засадах кращих практик країн Європейського Союзу.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. Актуальні проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я

Стан здоров'я громадян певної держави зумовлює рівень продуктивності праці в суспільстві, значною мірою впливає на перспективи її соціально-економічного розвитку. Фахівці Всесвітньої організації охорони здоров'я зупиняються на тому, що завдяки здоровим громадян можна досягнути розвитку в усіх сферах життєдіяльності. За статистичними даними, протягом січня – листопада 2018 року чисельність населення зменшилася на 181,5 тис. осіб. При цьому кількість померлих суттєво перевищує кількість народжених: на 100 померлих – 64 народжені. Як і у попередні роки, серцево-судинні захворювання були основною причиною смерті у 68 % випадків, далі йдуть новоутворення – 14% і на третьому місці – 6% зовнішні причини (травми, отруєння тощо) [6]. Зберігається й загальна тенденція збільшення кількості осіб з інвалідністю. Якщо наприкінці 80-х років ХХ століття загальна чисельність осіб з інвалідністю становила близько 3% усього населення, то на сьогодні це вже близько 6% населення України. Так, у 2017 році загальна чисельність осіб з інвалідністю в Україні становила понад 2,6 млн. осіб. При цьому за останні п'ять років кількість дітей з інвалідністю зросла майже на 20 тисяч осіб та становить майже 157 тис. [7]. Європейський Союз, наприклад, вважає охорону здоров'я одним з найважливіших напрямів своєї політики. Він сприяє забезпеченню якомога вищого рівня здоров'я населення. Цього можна досягнути як за умови активної співпраці між країнами-членами Співтовариства, так і реалізуючи відповідну політику на рівні кожної з держав. Основна мета цієї політики – загальна профілактика захворювань, особливо хворіб, наркотичної



залежності. Здійснюється дослідження причин таких захворювань та особливостей їх поширення, розповсюдження інформації про стан здоров'я населення, а також виховання у молодого покоління засад здорового способу життя. Єдиний європейський акт передбачав співпрацю в межах Співтовариства з охорони здоров'я і гармонізації норм охорони праці. Лише Договір про створення ЄС започаткував спільну політику охорони здоров'я, яка зобов'язала усі країни-члени координувати свою внутрішню політику і програми та інформувати належним чином Європейську Комісію, яка виступає її ініціатором і координатором.

Як ЄС загалом, так і всі країни-члени підтримують співпрацю з третіми країнами та міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я, оскільки проблема охорони здоров'я має глобальний характер.

Фундаментальні відмінності системи охорони здоров'я ЄС зазнали значних змін через необхідність обмежувати видатки на охорону здоров'я. При цьому спільним загальним питанням є фінансування сфери охорони здоров'я. Основні причини таких проблем полягають у наступному:

по-перше, різке зростання витрат на охорону здоров'я, внаслідок декількох факторів: швидкий розвиток нових витратних медичних технологій, висока ціна нових лікарських засобів та медикалізація соціальних проблем;

по-друге, падіння економічного розвитку, спроби забезпечити надійне державно громадське фінансування та бажання зменшити виробничі затрати, для того щоб створити зайнятість, здійснюють значний тиск на можливості фінансування; по-третє, демографічне старіння населення суттєво обтяжує колективне забезпечення витрат на медичне обслуговування [8].

Отже, головні проблеми реалізації права на охорону здоров'я, як і в багатьох інших країнах, належать до питань фінансування цієї галузі, бо загалом, говорити про безоплатну медичну допомогу в ЄС неможливо.

Більше того, інститут страхування – це головний засіб для реалізації громадянами свого права на охорону здоров'я, хоча протягом ХХ ст. набули поширення основні дві моделі:

- 1) обов'язкового соціального страхування,
- 2) створення системи національних медичних послуг, що зведена до мінімальних послуг.

Є досить багато випадків, коли хворі у пошуках гідного лікування переїжджають у іншу країну. Або навпаки, лікарі їдуть допомагати своїм колегам з іншої держави ЄС. Відповідна практика має позитивний досвід, і про це доповідають неодноразово на міжнародних форумах і конференціях. Спеціалісти вважають, що Європейська Комісія має створити форум, у рамках якого на основі єдиного банку даних буде здійснюватися моніторинг професійної мобільності лікарів. Тому дуже важливими факторами є прозорість та бажання обмінюватися інформацією щодо професійної реєстрації. Було визнано, що не всі національні уряди спроможні повною мірою забезпечити капітальні інвестиції в сферу охорони здоров'я, і тому є неминучим приватне інвестування. Приватні інвестори звернулися до органів, що регулюють податки та сферу охорони здоров'я, з проханням сформулювати та запровадити їх ініціативи [8].

«Електронна» охорона здоров'я - це якісно новий інструмент забезпечення відповідного рівня інформації, можливості вибору, які необхідні для європейських споживачів та пацієнтів задля реалізації права на охорону здоров'я. На сьогодні неможливо формувати політику в сфері охорони здоров'я без врахування «електронних» ресурсів і систем. Інтернет-медицина набирає оборотів в Україні та є розвиненою в державах ЄС. Вона створена для того, щоб забезпечити доступ, безперервність до питань пов'язаних із охороною здоров'я. Інтернет-медицина передбачає співпрацю, що посилює та змінює взаємодію між учасниками систем соціального

захисту та охорони здоров'я. Але дана система має регулюватися відповідним законодавством.

Також необхідно забезпечити інформованість пацієнтів щодо появи нових ліків, їх властивостей та умов їх використання. Існує гостра необхідність в забезпеченні більшої прозорості в питаннях клінічних випробувань медикаментів та законодавчого регулювання їх впровадження. Потребує уваги і, насамперед, визначення поняття інновацій, а також проведення досліджень порівняльних даних про ліки та нові технології в галузі охорони здоров'я на загальноєвропейському рівні.

На наш погляд, знову ж таки первинна медична допомога та громадське здоров'я мають бути пріоритетними напрямками в процесі розвитку систем охорони здоров'я. З огляду на це, важливою є пропозиція створити Європейський форум первинної медичної допомоги. Погоджуємось, що настання періоду медичної залежності літніх людей (які не тільки є споживачами довготривалої допомоги, а скоріше підтримують її) необхідно відтермінувати. Цього можна досягти через організацію громадської компанії сприяння здоровому способу життя серед літніх людей [8].

У цілому, стратегія Європейського союзу щодо охорони здоров'я передбачає такі напрями:

- вдосконалення системи інформації щодо здоров'я на всіх рівнях суспільства;
- створення механізму швидкого реагування на основі загрози для здоров'я;
- зосередження на детермінантах здоров'я, зокрема на шкідливих чинниках, пов'язаних зі стилем життя [9].

У державах ЄС пріоритетними залишаються питання щодо:

- збільшення застрахованих; децентралізації державної системи охорони здоров'я;

збільшення первинної допомоги; розширення автономії стаціонарів; посилення приватного сектора;

поліпшення якості медичних послуг;

пріоритетність профілактики та медичної освіти перед процесом лікування як таким .

Аналогічні проблеми, а то й набагато більше існує у системі охорони здоров'я в Україні. Сучасна дослідниця Натовська К. підкреслює, що ситуація, що склалась в Україні з охороною здоров'я, є однією з найактуальніших і найгостріших. На сьогодні не всі громадяни мають можливість отримувати безоплатну медичну допомогу, яку їм гарантує Конституція України, саме за нестачі власних коштів, оскільки потрібно оплачувати все: ліки, матеріали, госпіталізацію. Вкрай низька оплата праці медичних працівників не забезпечує їм навіть мінімального прожиткового рівня. Таке становище змінило морально-етичне ставлення медичних працівників до хворих, а, відповідно, пацієнтів до медиків [10, с. 34].

Ціборовський О. стверджує, що у Рішенні Конституційного Суду України щодо офіційного тлумачення положення ч. 3 ст. 49 Конституції України "у державних і комунальних закладах медична допомога надається безоплатно" [1] (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29 травня 2002 р. вказано, що необхідність офіційної інтерпретації обґрунтовується народними депутатами тим, що сьогодні громадяни України фактично не можуть отримати медичну допомогу у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, не сплативши власні кошти за ліки, харчування та "необхідні витратні матеріали". Значна частина населення не спроможна відшкодувати такі витрати, і тому багато громадян змушені відмовитись від відвідування закладів охорони здоров'я [11, с. 48].

Отже, ситуація, що склалась в охороні здоров'я, потребує пошуку виходу, який би задовольнив потреби всіх верств населення, а найголовніше дозволив кожному реалізувати право на охорону здоров'я. На шляху

створення якісної та дієвої нормативно-правової бази України у сфері охорони здоров'я існують значні проблеми.

Представники наукової спільноти і практики неодноразово їх визначали, зокрема:

а) недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я, у тому числі її законодавче забезпечення;

б) відсутність науково-обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у сфері охорони здоров'я;

в) низька законотворча активність суб'єктів законодавчої ініціативи;

г) складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді України;

д) незначна кількість спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині;

е) неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки;

є) недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я;

ж) нечіткість правової бази у сфері охорони здоров'я, законодавчі колізії і проблеми, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують у тій чи іншій мірі охорону здоров'я, суперечать один одному; з) надмірна розпорошеність норм щодо охорони здоров'я по всьому українському законодавству [10, с. 15].

На сьогодні, законодавче регулювання охорано-оздоровчих процесів не формує єдності системи охорони здоров'я. Держава не виконує потрібних дій щодо контролю, забезпечення відповідних норм з права на охорону здоров'я. Усі запропоновані проекти не вирішують проблем, пов'язаних із здоров'ям, саме тому зараз збільшена захворюваність як

інфекційними, так і неінфекційними хворобами та зменшується тривалість життя.

Знані вітчизняні дослідники, зокрема, Карамішев Д. [12], Радиш Я. [13], Удовиченко Н. зазначають, що система державно-комунального сектора охорони здоров'я, по суті, залишилася однією з бюджетних галузей, що функціонують в ринковому оточенні. Зростання диспропорцій між можливостями системи охорони здоров'я та потребою населення в медичній допомозі погіршує й без того складну соціально-економічну ситуацію в суспільстві. Для надання ефективної та якісної медичної допомоги необхідна докорінна організаційна перебудова мережі, схем фінансування, господарського механізму і технологічних зв'язків у системі [14, с. 5].

Також одна з головних проблем полягає в тому, що система охорони здоров'я, котра існує, не в змозі задовольнити потреби громадян у доступній та якісній медичній допомозі.

Так, останніми роками в економічних поглядах низки західноєвропейських країн виникла так звана теорія соціального вибору практично усіх суспільних благ, включаючи охорону здоров'я, освіту, комунальні послуги. Суть її полягає у двоступеневій системі споживання цих благ, коли до певного рівня вони надаються безкоштовно або за низькими фіксованими цінами, після чого набувають звичайних ринкових ознак.

Отже, державна політика у сфері охорони здоров'я України повинна бути спрямована на забезпечення високого пріоритету здоров'я в житті і цінностях суспільства, сприяти підвищенню уваги кожної людини до власного здоров'я, реалізації права на охорону здоров'я. Звернемося до незахищених верст населення.

Серед напрямків реформування передбачено проведення заходів, що унеможливають порушення прав дітей при наданні їм психіатричної допомоги, порушення прав дітей з особливими потребами та психічними

розладами при наданні їм загально медичної допомоги, соціальних та освітніх послуг. Також передбачено вирішення як суто медичних, так і соціальних питань. Зокрема, вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям: перерозподіл ресурсів між екстреною (невідкладною), первинною, вторинною (спеціалізованою) та третинною (високоспеціалізованою) психіатричною допомогою. А також налагодження міжсекторальної взаємодії з питань охорони психічного здоров'я дітей закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, розробка та впровадження спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, розробка та впровадження регіональних програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами та дітей з психічними розладами в наявні загальні заклади системи освіти та професійної підготовки [15].

У даній концепції проводиться аналіз показників психічного здоров'я дитячого населення України, визначаються соціально-значущі розлади психіки та поведінки, а також обґрунтовується необхідність вдосконалення психіатричної допомоги дітям та визначаються шляхи її реформування. Захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів, створення медичними закладами індивідуальної програми медичної, соціально-трудової реабілітації та адаптації. Ще інваліди мають право на безплатну кваліфіковану медичну допомогу, санаторне-курортне забезпечення та відшкодування коштів за ліки [16].

На жаль, існує проблема недостатності фінансування сфери соціального захисту цих незахищених верст населення та недостатності

забезпечення якісної медичної допомоги для даних категорій. Держава має створювати таку соціальну політику, котра зможе захистити інвалідів, людей похилого віку, жертв Чорнобильської аварії, ветеранів та дітей війни. Потребують вирішення проблеми кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу даним категоріям осіб, забезпечення надання соціальних послуг на високому рівні.

Залишаються ще такі проблеми як якісна організація санаторно-курортного лікування, медичної та психологічної реабілітації військових, робота тактичної медицини підрозділів Збройних Сил України, кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу учасникам антитерористичної операції, актуальні питання надання соціальних послуг інвалідам та ветеранам війни з числа учасників антитерористичної операції, недоліки роботи та перспективи реформування системи медико-соціальних експертних комісій при встановленні інвалідності з метою дотримання прав осіб.

Отже, спектр окреслених проблем, які існують у сфері охорони здоров'я учасників бойових дій, війни, та інвалідів війни є повним та насиченим різними аспектами. Непроста ситуація в державі зараз породжує чимало нових питань та проблем, котрі мають бути вирішені. Наприклад, учасники бойових дій зіштовхуються зі значною кількістю проблем при реалізації своїх прав, зокрема права на охорону здоров'я. Запропонований вище науковцями повний спектр прав є порадиником для вирішення питань у сфері реалізації людиною свого соціального права на охорону здоров'я.

Ще одна проблема – це проблема забезпечення лікарськими засобами. В останні роки, як і раніше, процедура централізованих закупівель та постачання лікарських засобів та медичних виробів залишається непрозорою для суспільства. Будь-яка інформація з цього приводу на сайті МОЗ України відсутня. Продовжується й практика затримки укладання



контрактів з міжнародними організаціями, не змінено застарілі підходи до формування номенклатури лікарських засобів, відсутній контроль за виконанням строків поставки товару. Також існує проблема незабезпечення життєво необхідними лікарськими засобами пацієнтів, які мають рідкісні (орфанні) захворювання та надання медичної допомоги [17].

Як зазначає Миськевич Т. підкреслює, що зараз розпочалася робота із вдосконалення законодавства у сфері здоров'я [18, с.1]. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я України на період 2015-2025 рр. готувався протягом трьох місяців спеціалізованою експертною групою, до складу якої увійшли також іноземні експерти. Документ визначає зміст, бачення, принципи, пріоритети, завдання та основні заходи для вітчизняної галузі охорони здоров'я на наступні 10 років. На меті є визначення напрямів і механізмів формування нової системи охорони здоров'я, реалізація яких сприятиме збереженню та зміцненню системи громадського здоров'я, пріоритетності профілактичного напрямку діяльності сфери охорони здоров'я, зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної допомоги, запровадженню ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, підвищенню соціальної справедливості й захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Отже, зазначений документ має охоплювати шість напрямів реформування:

- 1) надання медичних послуг;
- 2) фінансування галузі;
- 3) управління;
- 4) людські ресурси;
- 5) інформатизація галузі;
- 6) використання технологій, товарів та ліків.

Для того, щоб реалізувати та вдосконалити ці напрями реформування, слід розробити та прийняти єдину Державну програму реформування галузі охорони здоров'я, в якій доцільно передбачити:

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційного права громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

- забезпечення надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;

- створення врегульованих платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;

- запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя;

- прийняття зазначених нормативних актів розпочне реформування в сфері охорони здоров'я, та сприятиме зміцненню загального стану здоров'я населення [19, с.1].

Враховуючи сучасний стан фінансування системи охорони здоров'я в Україні та світові тенденції, впровадження обов'язкового медичного страхування є неминучим та необхідним на шляху до повного реформування.

Перехід до обов'язкового соціального медичного страхування в Україні є єдиним засобом поліпшення ситуації з охорони здоров'я, що перевірено світовим досвідом і сприятиме підвищенню якості, доступності та своєчасності надання медичної допомоги населенню [20, с. 35].

На моє власне переконання, слід погоджуватися із необхідністю введення обов'язкового медичного страхування для всіх осіб та створення окремих привілеїв для малозахищених осіб, які будуть отримувати певні види безкоштовної медичної допомоги.

Отже, завданням для будь-якої країни, а особливо тієї країни, яка називає себе соціальною країною – це побудова ефективної моделі системи управління охороною здоров'я та досягнення високого рівня здоров'я населення. Здоров'я є показником успішності та розвитку суспільства. А право на охорону здоров'я є невід'ємним правом людини, неодмінною складовою благополуччя, загальним благом. Саме якісний аналіз законодавства про охорону здоров'я, з'ясування його позитивних і негативних сторін, а також розроблення пропозицій щодо удосконалення чинної нормативної бази зможуть допомогти на шляху до повного реформування охорони здоров'я та забезпечити належну реалізацію досліджуваного права.

На сьогодні в Україні існує ще одна нагальна загроза – корупції, в тому числі і в сфері реалізації права на охорону здоров'я. Має значення не лише закріплення певних правових норм, але і важлива їх реалізація та притягнення до відповідальності. Тому одне з головних завдань українського законодавства полягає у створенні необхідних умов для виконання норм щодо запобігання і протидії корупції, зокрема у сфері права людини на охорону здоров'я.

Необхідність розгляду сучасного стану корупції в галузі охорони здоров'я України в межах цієї магістерської роботи підтверджується тим, що функціонує Європейська спілка у боротьбі з корупцією в галузі охорони здоров'я, яка щорічно проводить конференції, де беруть участь члени комітету по боротьбі з корупцією, експерти з охорони здоров'я, політики, представники правоохоронних структур близько 16 країн світу. Позитивним фактом на цьому шляху видається прийняття Указу Президента України від 27 січня 2010 р. № 70 [155] та постанови КМУ від 17 лютого 2010 р. № 208 [43], а також Закону України «Про запобігання корупції» [21] від 14.10.2014, а також активізація медичної реформи в Україні 2017 року.

На думку дослідників, нині в закладах охорони здоров'я України поширені такі корупційні схеми:

- 1) виписка непотрібних пацієнту ліків у рекомендованій лікарем аптеці;
- 2) зловживання в роботі медико-соціальних експертних комісій;
- 3) вимагання хабарів за проведення безкоштовних операцій у державних лікувальних закладах;
- 4) «добровільні» грошові внески хворих;
- 5) нецільове використання коштів;
- 6) закупівля лікарських засобів і медичного обладнання за завищеними цінами;
- 7) шахрайство у фармакологічному бізнесі;
- 8) встановлення лікарями псеводіагнозів;
- 9) таємні домовленості співробітників з похоронними конторами;
- 10) примус до вчинення корупційних дій пересічних медичних працівників керівництвом медичних установ [22, с. 2].

Однією з причин вчинення корупційних злочинів у процесі реалізації свого права на охорону здоров'я громадянами в Україні є низька заробітна плата, що змушує фахівців шукати нелегальні шляхи виживання.

Іншою причиною є відсутність стандартів галузі, які часто є підставою для судових позовів до лікарів. Але завдяки запровадженню якісного правового інструменту, який регулював б відносини у сфері охорони здоров'я, ситуація може змінитися. При цьому слід врахувати соціально-економічні, фінансово-правові і кадрові питання при його запровадженні.

У країнах ЄС існують стандарти етики й поведінки лікаря, стандарти діагностичного процесу і стандарти лікувального процесу. Щоб запровадити такі стандарти в Україні, вважається за доцільне спочатку

забезпечити технічне оснащення, підвищення рівня кваліфікації медичних працівників та використання Україною позитивного досвіду держав ЄС.

Вітчизняна дослідниця Попченко Т. справедливо вважає, що основними передумовами виникнення корупції в сфері охорони здоров'я, насамперед, є кризовий стан галузі, повільне, непослідовне та незавершене її реформування і системна корупція в країні [23, с. 6]. Нова медична реформа 2017 року, якщо вона буде якісно реалізована, має на меті подолати корупцію у сфері реалізації права на охорону здоров'я . Це можливо завдяки таким крокам:

1. Створення агенції з розподілу бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я – Національної закупівельної агенції.

2. Обрання громадянином самостійно собі необхідного лікаря та відвідування його незалежно від місця проживання. Лікарі повинні отримувати більшу заробітну плату відповідно до кількості пацієнтів.

3. Введення Пакету гарантованих державою послуг, затвердженого кожного року Кабінетом міністрів України.

4. Створення електронної системи обліку інформації.

5. Запровадження медичного страхування, що значно знизить незаконні побори з громадян та вирішить проблему із запровадження страхової медицини в Україні.

Усі ці заходи мають допомогти у процесі боротьби з корупційними схемами у сфері охорони здоров'я.

Також варто посилити відповідальність за корупційні правопорушення, вчинені у сфері охорони здоров'я, контроль громадянського суспільства, підвищити рівень свідомості окремих громадян до неприйняття корупційних проявів. Видається, саме це будуть перші ефективні кроки в протидії корупційній злочинності в галузі охорони здоров'я України.

Нинішні спроби реформування є початком запровадження нової системи у сфері реалізації свого права на охорону здоров'я. Але дуже важливим є врахування усіх соціальних, економічних, правових, кадрових, технічних аспектів, для того щоб подолати корупцію у даній сфері.

Ще однією проблемою є законодавча неврегульованість трансплантології в Україні. У той час, як у розвинених країнах світу трансплантація органів є стандартом лікування при багатьох захворюваннях нирок, серця, печінки, легенів, кишківника та ін., Україна відстає на 20-25 років у розвитку органної трансплантації.

На сьогодні в Україні діє лише п'ять центрів трансплантації, у яких виконуються операції із трансплантації нирки, печінки та серця (остання операція з пересадки серця була 2011 р.).

В Україні переважає трансплантація від живого родинного донора, а трансплантація від донора-трупа в останні роки майже не практикується. Так, у 2016 році зробили лише дві операції з приводу пересадки нирки від трупного донора.

У країнах з добре розвиненою системою трансплантації, на 1 млн населення припадає 14-39 трупних донорів, тоді як в Україні у 2016 році ця цифра становила 0,2 чоловік на 1 млн населення.

Ми повинні зрозуміти, що така незначна кількість трансплантацій на 44 млн країну – це взагалі не показник [24]. Однією з причин такого стану була законодавча база. Закон, який був прийнятий ще у 1999 р. потребував суттєвого удосконалення. Так, з метою вирішення зазначеної проблеми 17 травня 2018 р. прийнято законопроект № 2386а-1 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо охорони здоров'я та трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині» [25]. Він має вступити в дію через рік і передбачається презумпція незгоди, що означає, що матеріал для пересадки може бути отриманий з тіла померлої особи лише у випадку, якщо вона за життя дала згоду на трансплантацію.

Згідно зі статтею 16 закону кожна повнолітня дієздатна особа має право надати письмову згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після її смерті. У живого донора може бути вилучено анатомічні матеріали лише за наявності його добровільної та усвідомленої згоди на донорство анатомічних матеріалів, наданої у письмовому вигляді [25].

Слід підтримати думку практиків та науковців про необхідність створення в Україні єдиної державної інформаційної системи трансплантації – електронна автоматизована інформаційно-телекомунікаційна система, призначена для збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, обробки, адаптування, зміни, поновлення, використання і поширення, знеособлення та знищення визначеної цим Законом інформації та здійснення автоматизованого об'єктивного і неупередженого розподілу анатомічних матеріалів людини, визначення пари донор-реципієнт, що зберігається на державних інформаційних ресурсах. Відмітки про надання особою згоди або незгоди на посмертне донорство та про зміну цього волевиявлення за бажанням особи вносяться до паспорта громадянина України або водійські права [25]. Найголовніше, це попередження злочинних дій у сфері трансплантології після набрання чинності закону.

Міністерство охорони здоров'я України активно працює над вирішенням проблеми трансплантації в нашій державі. Наразі уже є розроблена робочою групою інструкція щодо роботи трансплант-координатора, також ведеться робота щодо перегляду посадової інструкції лікаря-анестезіолога, котрі повинні будуть вміти констатувати смерть мозку, оскільки це важлива складова усього процесу трансплантації. Мабуть, чи не вперше за довгий час, МОЗ України знайшло кошти на фінансування пілотного проекту по трансплантації нирки від трупного

донора. Звісно, це тривалий процес, однак перші важливі кроки вже зроблені.

Вважаємо, що запровадження електронної бази трансплантології дозволить вирішити певні нагальні питання. Єдиний реєстр донорів та тих, хто потребує пересадки, додав би сфері трансплантології такої необхідної їй прозорості. Були б реєстри – люди знали би, скільки часу очікувати, могли б оцінити свої шанси і потребу в пошуках альтернативи за кордоном. На нашу думку, має бути забезпечено неупереджену реалізацію даного закону і контроль з цим процесом, щоб не допустити свавілля у сфері трансплантології та порушення права на охорону здоров'я. З початку 2017 року розпочалася згадана медична реформа, яка внесла корективи до галузевих нормативно-правових документів сфери охорони здоров'я, а також низки пов'язаних законодавчих актів. Особливі зміни були в період пандемії COVID-19 [26].

## 1.2. Правові аспекти публічноуправлінської діяльності у сфері охорони здоров'я: зарубіжний досвід

Питання правового регулювання охорони здоров'я розглядаються в багатьох міжнародних документах, прийнятих Генеральною Асамблеєю ООН, ВООЗ, Всесвітньою медичною асоціацією, Всесвітньою асоціацією психіатрів, Радою Європи тощо. Так, у 1948 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла Загальну декларацію прав людини, в якій зафіксовано, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд і необхідне соціальне обслуговування, який необхідний для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї [27, с. 20]. У Статуті ВООЗ проголошується, що уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність вимагає прийняття відповідних заходів соціального характеру в галузі охорони здоров'я.



Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно з якою на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я. І хоч завдяки державному фінансуванню створюються передумови для найповнішого забезпечення населення з різним рівнем доходу медичними послугами, бюджетна медицина є привілеєм багатих країн.

2. Платна (приватна) модель фінансування, що створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільше платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30–40% усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного Хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10–20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дає змогу збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [28, с. 278].

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як:

- доступність надання медичних послуг;
- ефективність медичних послуг;
- відповідність потребам населення.

З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, сучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення. Цікаво, що міністерство, яке опікується у Франції охороною здоров'я, протягом останнього століття дев'ять разів змінювало свою назву та функції, паралельно займаючись також соціальним забезпеченням та охороною праці. Крім того, протягом усього періоду існування державної політики в галузі охорони здоров'я деякими питаннями, які стосуються медицини, займаються інші міністерства. Наприклад, шкільна гігієна та охорона здоров'я студентів перебувають у юрисдикції міністерства народної освіти, військова медицина підпорядкована міністерству оборони тощо. Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані "каси", тобто страхові компанії. У кожного працюючого жителя країни відраховується певний відсоток із заробітної плати, щоб у майбутньому можна було заплатити за медичне обслуговування та отримати кошти на закупівлю ліків. Це так зване "соціальне страхування". Навіть уже отримуючи пенсію, французи продовжують платити у "каси". Якщо людина захворіє і потребуватиме стаціонарного лікування, перші 33 дні перебування в лікарні оплачуватиме страхова компанія. Далі хворий мусить платити із власної кишені. Однак якщо людина хворіє довше ніж 60 днів, її переводять у безкоштовну лікарню. Якщо ж цей стан триває три роки, можна отримати інвалідність.

У Франції існують лише дві групи інвалідності: перша, коли людина не може обслуговувати себе сама, та друга – охоплює всі інші випадки. Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80% населення. Службовці та наймані робітники страхуються всі без винятку. Ті, хто не працює або має вільну професію, отримують право на соціальне страхування, якщо їхній річний прибуток не перевищує встановлений максимум. Застрахований у разі хвороби має право звернутися за бажанням не лише до державної лікарні, а й до приватної або до лікаря, який практикує приватно. Однак страхова “каса” тоді оплатить лише 80% вартості медичних послуг і стільки ж по рахунках за ліки та госпіталізацію. А це недешево. Так, візит до терапевта коштує близько 20 євро. До вузькоспеціального фахівця – вже 35-40 євро. До того ж приймають здебільшого готівку – для країни, де всюди розраховуються кредитними картками, це рідкісне явище. Багато лікарів, які працюють у лікарнях та госпіталах, мають також свої приватні кабінети.

У Франції є багато великих науково-дослідних установ, які одночасно лікують пацієнтів. Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст і підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Заклади для лікування психічно хворих та хворих на туберкульоз належать департаментам чи приватним особам.

Диспансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, а в дуже великих містах – на муніципальні кошти.

При кожній лікарні є клініка для амбулаторних хворих. Офіційно визнані незаможні лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках.

У структурі правової системи Франції закони, що регулюють суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, зведені в кодекс законів про громадське здоров'я – Code de la sante publique. Кодифікація була здійснена відповідно до постанови уряду від 05.10.1953 р. У цьому кодексі зібрані закони та підзаконні нормативні акти, зазначено їх першоджерела, дати

прийняття і внесення поправок. Крім того, до кожної статті закону додаються підзаконні нормативні акти, що конкретизують юридичний механізм їх реалізації.

Кодекс складається з таких частин:

1. Загальні питання охорони громадського здоров'я.
2. Санітарні та медико-соціальні заходи сприяння сім'ї, дітям та молоді.
3. Боротьба з негативними соціальними явищами та хворобами.
4. Лікарські спеціальності та середній медичний персонал.
5. Фармація.
6. Використання продуктів людського походження з лікувальними цілями.
7. Заклади охорони здоров'я, курорти та санаторії, лабораторії.
8. Установи.
9. Персонал.

Отже, приклад структуризації системи права є досить показовим, та заслуговує на більш ґрунтовне вивчення та імплементацію найкращих зразків в національну модель України. Хоча в кодексі і недостатньо відображені питання економічних механізмів функціонування закладів охорони здоров'я, як державного, так і приватного сектора, та є певні недоліки і в структурі цього документа, але в цілому можна відзначити раціональність такого підходу.

Таким чином, можна зробити висновок, що основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я, відповідно до цього закону, зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління.

Правовий механізм регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Канаді. Головними джерелами фінансування медичної допомоги стали федеральний та провінційний уряди, а лікарі зберегли контроль над

вирішенням лікувально-клінічних питань і питань, пов'язаних з їхніми приватними практиками. Наступний крок зроблено в 1968 р., коли було прийнято Акт медичної допомоги. Цей документ встановлював федерально-провінційний розподіл коштів на лікарняну та позалікарняну медичну допомогу і створював канадську систему медичного страхування – “Медикер”. Зазначена програма, як відомо, фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці в розмірі 1,45% від заробітної плати. Програма надає послуги лише людям віком понад 65 років, деяким інвалідам та людям, що мають постійну ниркову недостатність.

Програма “Медикер” складається з двох частин. Частина I – лікарняне страхування, яке покриває лікарняні послуги, такі як стаціонарні послуги, послуги лікарень, що надають екстрену медичну допомогу, заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу, хоспіси та стаціонари на дому. Частина II – медичне страхування, яке покриває послуги лікарів, амбулаторну допомогу та деякі інші медичні послуги, що не входять до частини I.

У частині I особа отримує послуги “Медикер” безоплатно, якщо чоловік (або дружина) пропрацювали принаймні 10 років на роботі, яка покривається програмою “Медикер”, або вони мають інвалідність.

Частина II передбачає сплату страхового внеску розміром 50 дол. США на місяць. Ця частина є добровільною [29, с. 65]. Такий крок зачепив інтереси лікарів, зумовив протистояння. Таке рішення було сприйняте як втручання уряду у сферу приватних інтересів. Конфлікт був вирішений лише тоді, коли лікарі погодилися підкоритися Актові, отримуючи міцну посередницьку владу для їхньої професійної асоціації. Поки провінційні медичні асоціації вели переговори з федеральним урядом про визначення рівня виплат для лікарів за їхні послуги, лікарі зберігали свої права на безпосереднє видання пацієнтам рахунків за послуги, котрі коштують більше, ніж це встановлено провінційним планом медичного забезпечення.

Значення цього рішення для канадської системи медичної допомоги полягало в тому, що фінансування медичної допомоги перейшло до державного сектора, а надання медичних послуг залишилося в приватному. Лікарська практика та лікарні перебувають у віданні приватних установ, однак під зростаючим впливом державного регулювання.

Ще один крок, що спричинив значні зміни в канадській системі охорони здоров'я, був зроблений у 1977 р. прийняттям Акта встановлення програм фінансування. Цим Актом зберігалось дотримання провінціями принципів політики в галузі охорони здоров'я, що визначала на федеральному рівні умови отримання федерального фінансування, але змінювалася формула розподілу коштів між столицею та провінціями. Замість безпосередньої оплати 50% витрат провінції на охорону здоров'я, як було раніше, федеральний уряд перейшов на систему блокових субсидій для фінансування витрат на медичну допомогу та вищу освіту. Вирішення розподілу та використання блокових субсидій ввійшло у відання провінцій. Така система була привабливою для федерального уряду, бо вона забезпечувала краще планування та контроль над видатками системи охорони здоров'я. Вона також була прийнятною для провінцій, оскільки надавала їм більше можливостей та незалежності в розв'язанні проблем системи охорони здоров'я. Були, правда, відмічені і негативні прояви: після прийняття Акта почалося прогресуюче подрібнення національної системи охорони здоров'я на провінційні плани медичної допомоги.

Продовження конфлікту між медичною асоціацією та урядом Канади, незадоволення народу зростаючими видатками на медичну допомогу та можливим зменшенням доступності медичної допомоги привели до створення в 1979 р. Національної королівської комісії, яка підтвердила фундаментальні принципи "Медикеру" та піддала критиці збільшення оплати медичних послуг понад рівень, встановлений федеральним урядом. Результатом цього процесу став закон про охорону здоров'я (1984 р.), який

закріпив принципи “Медикеру”. Для отримання федеральної частки коштів на фінансування системи охорони здоров’я провінції мали дотримуватися низки національних стандартів, що вимагають включення до планів провінцій таких елементів:

1. Всеохопне забезпечення всіх необхідних медичних послуг та лікування в лікарнях.
2. Обов’язкове забезпечення медичною допомогою всіх канадських громадян та тих, хто має дозвіл на проживання в Канаді.
3. Державне управління неприбутковими провінційними системами медичного страхування.
4. Взаєморозрахунки за страхові послуги, отримані будь-де в Канаді, незалежно від місця постійного проживання пацієнта.
5. Доступність медичної допомоги, незважаючи на фінансове становище пацієнта.

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

Правове регулювання сектору охорони здоров’я у Великобританії. Національна служба охорони здоров’я (НСОЗ) цієї країни є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 р., коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування. Для деяких груп населення також існує певна співдоплата за стоматологічну допомогу. Пацієнти можуть вільно вибирати своїх сімейних лікарів (або лікарів загальної практики).

Напочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак ця організація була значною мірою змінена в 1990-х рр. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений “внутрішній ринок”. Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров’я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і забезпечення можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Але фінансування цієї системи залишилося за державою.

Зазначимо, що система оплати лікарям загальної практики є комплексним поєднанням гонорарів та цільових виплат, що визначаються їх контрактами. Основною формою оплати є подушна. Рівень оплати залежить від віку пацієнта. Деякі послуги (наприклад, контрацепція або вакцинація) оплачуються окремою статтею. Крім того, існують заохочувальні платежі. Лікарі загальної практики – фондоутримувачі, які становлять майже половину всіх лікарів загальної практики, отримують бюджет для надання первинної медико-санітарної допомоги та придбання всіх видів спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги для прикріпленого контингенту пацієнтів. Фондоутримувачі не можуть збільшити власний дохід, але можуть реінвестувати свої заощадження. Стоматологи, в основному, отримують оплату за послугу [30, с. 57]. Оплата аптекарям встановлюється на основі домовленості між центральним урядом та представниками цієї професії [31, с. 31].

В результаті реформи 1990-х рр. стало очевидно, що первинна медико-санітарна допомога та лікарі загальної практики, як і раніше,



працюють ефективно. Акцент на первинному рівні допомоги завжди вважався сильною стороною системи, тому він був збережений і після проведення реформи. Однак спеціалізована допомога, за деякими оцінками, вважається проблемним сектором, оскільки на неї не вистачає ресурсів. Існують довгі черги на госпіталізацію, що, можливо, є результатом недостатньої координації роботи між лікарями загальної практики і лікарнями, а також між самими лікарнями. Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким [32, с. 187].

Приватна форма фінансування системи охорони здоров'я характерна для США, де оплата медичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхується своїми роботодавцями або через такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів організацією Синього хреста і Синього щита. Ці некомерційні організації зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на два – три роки. Страхові внески можуть бути дуже високими. Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим

людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій хрест і Синій щит, можуть обмежити вибір лікаря.

Для медичного обслуговування малозабезпечених соціальних груп створені державні програми медичної допомоги:

- “Медикейд” – для осіб із низьким рівнем доходів і безробітних;
- “Медикер” – для осіб похилого віку.

У системі “Медикейд” основні витрати покладаються на штати і місцеві органи, федеральний уряд відшкодовує їм половину витрат на госпіталізацію та амбулаторну допомогу.

Система “Медикер”, створена для пенсіонерів віком старше 65 років, фінансується за рахунок податків на підприємців і на працюючих. За своїми витратами “Медикер” – величезне підприємство [33, с. 142].

Стаціонарну допомогу громадяни США одержують у госпіталах, які поділяються на дві групи:

- федеральні, які підпорядковуються уряду і федеральним відомствам;
- муніципальні, які підпорядковані місцевій владі штатів, релігійним організаціям, власникам й ін.

Висока вартість госпітальної медичної допомоги змушує скорочувати терміни лікування. В середньому один хворий перебуває в стаціонарі близько 9 днів. Плану “ліжко-день” у США не існує. Догоспітальну медичну допомогу населенню США майже повністю надають лікарі приватної практики. Приватною практикою охоплено близько 65–70% всіх лікарів. За різними оцінками, від 10 до 15% американців не мають жодного медичного страхування.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров’я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, і членів їх сімей. Іншою

проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми не завжди можуть страхувати своїх працівників. Фінансова ситуація в США є такою, що при зростанні загальних витрат на охорону здоров'я реальний обсяг медичного обслуговування в цілому скорочується.

Досвід США показує, що запроваджувати комерційне страхування у соціальній сфері як основне джерело фінансування недоцільно, оскільки можливі серйозні фінансові диспропорції в охороні здоров'я [34, с. 21].

Правові засади управління охороною здоров'я в Німеччині. Організація і фінансування системи охорони здоров'я в Німеччині базується на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації та саморегуляції. Роль центрального уряду обмежена розробкою законодавчої бази, в рамках якої відбувається надання медичних послуг, тоді як основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель, федеральне міністерство охорони здоров'я є основною установою на федеральному рівні, якій підпорядковані органи наукової експертизи. На місцевому рівні існують загальні місцеві лікарняні каси (Allgemeine Ortskrankenkassen), лікарняні каси компаній (Betriebskrankenkassen) та спеціальні каси для окремих професійних груп населення (моряків, фермерів, шахтарів та інших) [34, с. 82].

Система обов'язкового медичного страхування охоплює близько 88% населення. Працівники, що мають річний дохід нижче певного встановленого рівня, повинні обов'язково бути учасниками системи. Ті, чий дохід перевищує встановлений поріг, можуть добровільно бути членами системи обов'язкового страхування або застрахуватись в одній із 45 приватних страхових компаній. Безробітні повністю застраховані державою, а державні службовці застраховані через свого роботодавця. Непрацюючі члени сім'ї є застрахованими через того члена сім'ї, який працює. Тарифи на послуги встановлюються в процесі переговорів, що проходять між

основними учасниками системи надання послуг. Лікарні, як приватні, так і державні, що входять до схем, прийнятих землями, фінансуються подвійним чином: передбачається покриття капітальних витрат урядом землі, а оперативних витрат – лікарняними касами.

Оперативні витрати в рамках обов'язкового медичного страхування фінансуються на основі комплексних розрахунків, які включають оплату за окремі випадки захворювань (клініко-статистичні групи), оплату за процедури та добові витрати відділення. Лікарняні послуги для приватно застрахованих покриваються відповідно до окремих тарифів [35, с. 207].

Амбулаторна допомога фінансується методом оплати окремих послуг, тарифи на які в балах встановлюються під час складного процесу переговорів між представниками лікарняних кас та асоціаціями лікарів і стоматологів. Для надання послуг членам лікарняних кас лікарі повинні вступити у відповідні асоціації. Існує федеральний тарифний план – єдиний стандарт оцінювання, фактична грошова вартість послуг визначається на регіональному рівні і залежить від загальної кількості набраних лікарями балів. Пацієнти безпосередньо не платять за амбулаторну допомогу.

У Німеччині встановлені єдині ціни на ліки. Вартість більшості препаратів відшкодовується на основі системи реферативних цін. Лікар має право виписати хворому більш дорогий продукт, але пацієнт повинен буде заплатити різницю між фактичною ціною ліків і реферативною ціною. Незважаючи на поступове зростання цін, рівень співдоплати за ліки є одним із найнижчих у ЄС [36, с. 31].

Системі вдалося охопити всі верстви населення і забезпечити їм рівний доступ до великого обсягу сучасних медичних послуг. Більшість вважає цю систему доволі ефективною. Причину такого успіху вбачають у децентралізованому механізмі прийняття рішень і ефективній системі переговорів між надавачами послуг та платниками (лікарняними касами) на національному, земельному та місцевому рівнях. Однак система має деякі

суттєві проблеми. Старіюче населення створює загрозу для стабільності механізму соціального забезпечення, заснованому на поточних внесках працюючого покоління.

Враховуючи зростання витрат на охорону здоров'я і їх рівень – і в розрахунку на душу населення, і як частку ВВП, система охорони здоров'я в Німеччині є однією з найдорожчих у ЄС [33, с. 132].

У Латвії служби спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги нині об'єднуються з регіональними лікарняними касами. Лікарняний сектор залишається на 95% державним. Програма базового обсягу послуг фінансується згідно з кількістю ліжко-днів, але зараз здійснюється перехід до механізму клініко-статистичних груп. Кошти на покриття мінімального пакета послуг збираються з таких джерел: частина прибуткового податку населення; фіксовані субсидії з державного бюджету; співплата з боку пацієнтів, що вноситься самими пацієнтами або третьою особою замість них – сім'єю, роботодавцем або приватним страховиком; інші платежі з боку третіх осіб.

Відповідно до державного наказу, починаючи з серпня 1995 р., медичні заклади можуть брати плату з пацієнтів у межах базового обсягу послуг до 25% від вартості послуг, що надаються. Муніципалітети можуть регулювати цю частку, за винятком тих випадків, коли допомога надається дітям віком до 18 років, вагітним та пацієнтам, які отримують невідкладну медичну допомогу, плата за яку не стягується. Мінімальний обсяг медичних послуг, що включено в базовий пакет, може бути розширений залежно від економічних можливостей муніципалітетів, що дає можливість їм виділяти додаткові ресурси на фінансування медичної допомоги.

Державною програмою медичної допомоги (1995) передбачалось надання медичних послуг у спеціалізованих державних медичних закладах. Це лікування та реабілітація психічних хворих та різних видів залежності, туберкульозу, хронічних захворювань дихальних шляхів, онкологічних

захворювань, первинної та вторинної реабілітації, лікування препаратами крові та розчинами, що вводяться внутрішньовенно, перинатальну допомогу та лікування прокази. Державна програма також покриває всі витрати на невідкладну допомогу. Крім того, до цієї програми були включені адміністративні витрати, витрати на державну медичну статистику, екологічні програми, проведення реформи системи охорони здоров'я, судовомедичну експертизу, патолого-анатомічну службу, програми імунізації, планування сім'ї, а також на заходи, пов'язані з ліцензуванням та контролем медичних закладів і працівників [31, с. 17].

Так званий базовий пакет послуг визначив мінімальний обсяг медичної допомоги, яку повинні надавати всім жителям державні та муніципальні заклади. Ці послуги оплачуються територіальними лікарняними касами з бюджету муніципалітетів, а також самими пацієнтами згідно із законом про часткове покриття пацієнтами витрат на медичну допомогу. Територіальними лікарняними касами оплачуються такі заходи, як:

- невідкладна допомога, що надається незалежно від місця проживання пацієнта;
- діагностика гострих та хронічних захворювань, їх лікування та динамічне спостереження за ними;
- відвідування вдома тих пацієнтів, чий стан здоров'я не дає їм змоги відвідувати медичний заклад;
- огляд вагітних, допомога при пологах та в разі патології вагітності;
- профілактика, діагностика та лікування інфекційних захворювань та інфекційних захворювань шкіри;
- специфічна та неспецифічна вакцинація і специфічна імунотерапія відповідно до наказу департаменту охорони здоров'я Міністерства соціальної допомоги;

- всі види медичної допомоги дітям до 18 років, включаючи стоматологічну допомогу;
- медична допомога на випадок травматизму та професійних захворювань;
- забезпечення ліків, до яких застосовуються знижки згідно з наказом Міністерства соціальної допомоги;
- медична допомога особам, що постраждали внаслідок Чорнобильської аварії.

Медичні заклади можуть стягувати з пацієнтів співоплату за послуги, що включені в базовий пакет, у розмірі не більше ніж 15% вартості послуги, що надається. Ця співплата визначається Міністром і є єдиною для всієї країни. Але оскільки є групи населення, які звільнені від співоплати, пряма оплата пацієнтів “з кишені” покриває близько 4% від загальних виплат надавачам послуг [37, с. 81].

Якість та обсяг послуг, що надаються, контролюються лікарями – інспекторами територіальних лікарняних кас, інспекцією контролю за якістю медичної допомоги та експертизою інвалідності або запрошеними нею експертами. Державні програми медичної допомоги фінансуються безпосередньо за рахунок доходів державного бюджету. Державна програма, підпрограми та інші заходи повинні фінансуватися Державним центральним фондом медичного страхування, кошти якого формуються за рахунок:

- цільової частини прибуткового податку, що надходить на рахунок фонду від Служби державних надходжень;
- надходжень від муніципалітетів, які мають контракти з Міністерством фінансів про збір прибуткових податків;
- частини базової бюджетної субсидії із загальних державних надходжень для покриття витрат на надання базового пакета послуг.

Лікарні в середньому використовують 40% своїх коштів на покриття матеріальних витрат (оренда, електроенергія, опалення, водопостачання, послуги пральні, їжа тощо) та 60% – на виплату заробітної плати та соціальне страхування.

Фінансовою проблемою є те, що лікарня отримує лише 80% всього свого бюджету від лікарняної каси, 20% має покриватися оплатою з боку пацієнтів. Якщо держава не може забезпечити достатніх надходжень і муніципалітети не виконують своїх фінансових зобов'язань, відбувається компенсаторне підвищення розміру співоплати з боку пацієнтів.

Усі надавачі медичних послуг мають право брати плату з пацієнтів у розмірі, що не може перевищувати 25% від загальної вартості послуг, оплачуваних лікарняною касою. Для захисту громадян від можливих витрат через необхідність вносити додаткову плату за лікування було запроваджено добровільне медичне страхування. Регіональна лікарняна каса Риги продає страхові поліси цього виду страхування з метою покриття витрат з кишені пацієнтів (“зелена картка”). Але приватне медичне страхування є надто дорогим для більшості громадян, навіть за наявності знижок для пенсіонерів та людей, що живуть за межею бідності, а також для дітей і студентів.

За результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що жодна з моделей систем охорони здоров'я, які діють у зарубіжних країнах, в абсолютному варіанті не є за нинішніх умов прийнятною для України.

В усьому світі організація сфери охорони здоров'я розглядається як суспільна (національна) справа, для забезпечення якої створюються солідарні механізми, що акумулюють ресурси суспільства (в ринково-солідарних і/або в державно-солідарних формах).



## РОЗДІЛ 2

### СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІСПАНІЇ

#### 2.1. Охорона здоров'я в Іспанії: публічноуправлінські аспекти

Іспанія має не тільки статус великої туристичної держави ЄС, але й до цього ж вважається, що іспанська система охорони здоров'я визнана однією з найкращих і сучасних не лише в Європі, а й у світі. Таке твердження ґрунтується на оцінці експертів ВООЗ, яка за якість надання послуг віддала цій країні четверте рангове місце в світі.

В Іспанії система державної охорони здоров'я доповнюється розвиненим приватним сектором. Багато іспанців, а також громадян Євросоюзу, що проживають в Іспанії, та іноземців-резидентів, незважаючи на розвинену систему державного медичного обслуговування, користуються послугами приватних медичних центрів і страхових компаній. За даними статистики, на частку приватного медичного сектору припадає приблизно 15% наданих послуг [47].

Основною особливістю іспанської системи охорони здоров'я є те, що вона значною мірою фінансується за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю [38; 39; 44; 50]. Крім того, вона охоплює практично все населення і ґрунтується на принципах загальної і рівної доступності до медичних послуг. Нині 93,9% населення має право на безкоштовне обслуговування і цю безкоштовну допомогу пацієнти можуть отримувати у будь-якій точці країни. Важливе право, яким наділені всі іспанці та резиденти країни, - право вільного вибору лікуючого дільничного лікаря. Дільничний лікар виписує рецепт на придбання ліків, дає призначення на аналізи, а також скерування на прийом до вузьких спеціалістів, за винятком окуліста і акушера [47]. Ліки, виписані лікарем, коштують в аптеці набагато дешевше, ніж у випадку їх придбання без рецепта. Пацієнти повинні

оплачувати близько 40% вартості медикаментів, прописаних після виписки з лікарні. Хоча нині пенсіонери, тобто особи віком понад 65 років, отримують медикаменти безкоштовно, іспанська держава передбачила 10-відсоткову оплату вартості медикаментів цією популяційною категорією [40; 45; 51]. Практично завжди можна потрапити на прийом до дільничного лікаря протягом доби після запису. Однак іноді доводиться чекати від двох до чотирьох днів, а в рідкісних випадках, коли запис на прийом здійснюється до вузького спеціаліста, навіть і до кількох тижнів [41].

Розглянемо структуру медичного сектору. У кожному адміністративному окрузі Іспанії обов'язково є як мінімум одна державна лікарня, устаткована новітньою медичною апаратурою, де працює висококваліфікований персонал. За даними Національного інституту статистики Іспанії, у сфері медичного обслуговування працюють більше 600 тис. осіб, з них понад 200 тис. — лікарі різних спеціальностей, близько 250 тис.- середній медичний персонал, більше 30 тис. фізіотерапевтів і близько 30 тис. стоматологів.

Поряд з медичним в Іспанії розвинений фармацевтичний сектор, в якому на сьогодні зайнято більше 60 тис. спеціалістів. Весь цей штат працює в міських та селищних центрах здоров'я (Centro de Salud), або, іншими словами, поліклініках, які є частиною лікарні або займають окреме приміщення, а також у госпіталях і спеціалізованих медичних центрах. Підготовка фахівця-медика здебільшого триває від 4 до 6 років після 6-річного навчання в університеті. Час спеціалізації наповнений інтенсивними стажуваннями, інструктажами, лекціями. Закінчення спеціалізації не означає закінчення вдосконалення іспанських лікарів. Вони продовжують вчитися на курсах підвищення кваліфікації, беруть участь у медичних конгресах, конференціях і т. ін.

За даними того ж Інституту статистики, в країні функціонує близько 1000 госпіталів, серед яких є як державні (Hospital público), так і приватні

(Hospital privado) та військові. Майже 2/3 лікарняних ліжок – це ліжковий фонд державних лікарень, в яких проводиться терапія 80% всіх захворювань, що вимагають стаціонарних умов лікування.

У приватних госпіталях всі послуги надаються на платній основі, а характерною особливістю є відсутність черг. До речі, черги - це те, що викликає найбільше роздратування у пацієнтів, про черги вони згадують насамперед, коли постає питання про якість державної медицини. Всьому є пояснення. Іспанці, відраховуючи чималу частину своїх доходів до фонду соціального страхування, у разі захворювання наполягають, щоб ці витрати були компенсовані з лишком, що, у свою чергу, провокує дещо споживацьке ставлення до охорони здоров'я. Як результат, іспанські пацієнти звертаються до лікаря навіть у разі легкого нездужання, коли звичайному мешканцю пострадянського простору й на думку не спало б іти в медичну установу. “Наша людина йде до лікаря за два дні до смерті, а іспанець — за два дні до хвороби”, - жартує український лікар, який пройшов спеціалізацію і працює в Іспанії в секторі державної медицини.

У деяких випадках державні лікарні вдаються до послуг фахівців приватних лікарень для особливих консультацій або для надання медичної допомоги пацієнтам державних медичних установ у разі їх перевантаження. За напрямками всі госпіталі діляться на:

- ургентні;
- психіатричні;
- геріатричні.

До спеціалізованих центрів належать стоматологічні клініки, центри планування сім'ї, діалізи, діагностичні центри, станції переливання крові та ін.

Іспанія характеризується розвиненою мережею оздоровчих санаторіїв різного профілю (balneario), чому сприяє оздоровчий клімат цієї країни, особливо на гірських курортах, відомих мінеральними водами.

Національним інститутом медичного обслуговування Іспанії передбачено безкоштовне базове й екстрене медичне обслуговування.

Виняток становлять стоматологічні послуги й неоднозначні хірургічні втручання високого класу.

Швидка допомога надається особам, які не досягли 18-річного віку, а в невідкладних випадках, у період вагітності, пологів і протягом післяпологового періоду всім без винятку особам, незалежно від їх легального статусу на території Іспанії. У всіх державних лікарнях невідкладна медична допомога надається цілодобово у відділеннях швидкої допомоги - Urgencia. Також ті, хто потребує екстреної медичної допомоги, можуть отримати її у відділеннях Іспанського Червоного Хреста — Cruz Roja Española.

З незначними проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, зазвичай можна проконсультуватися в аптеках, які мають у своєму штаті загальних медиків, не вдаючись до послуг лікарів-фахівців. Достатньо широкий асортимент лікарських препаратів можна придбати без рецепта лікаря.

Огляд фінансового механізму управління [38; 39; 44]. Витрати на охорону здоров'я в Іспанії, як і загалом у світі, постійно зростають. У 2007 році подушні витрати на охорону здоров'я становили 2671 доларів США за паритетом купівельної спроможності (ПКС) або 8,5% ВВП, що, як і раніше, нижче від аналогічних показників у середньому в Європі. Більша частина витрат (71%) у системі охорони здоров'я припадає на державний сектор (фінансований за рахунок бюджетів), витрати на добровільне медичне страхування (ДМС) становлять 5,5%, особисті витрати громадян, що мали тенденцію до зниження, - 22,4%. Особисті витрати громадян включають співплатежі за виписані лікарем медикаменти для пацієнтів віком до 65 років, оплату стоматологічної допомоги для дорослих і витрати на купівлю оптики. Витрати системи громадської охорони здоров'я розподіляються таким чином: спеціалізована допомога (стаціонарна та амбулаторна) - 54%,

первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) - 16%, медикаментозна допомога - 19,8%, профілактика захворювань і громадська охорона здоров'я - 1,4%.

На регіони припадає 89,81% ресурсів громадської охорони здоров'я, на центральну адміністрацію - 3%, на муніципалітети - 1,25%.

Охорона здоров'я є основною зоною регіональної відповідальності. Витрати на охорону здоров'я становлять у середньому 30% всіх бюджетних витрат автономних областей країни. Нині практично всі витрати суспільної охорони здоров'я (за винятком фондів для державних службовців) покриваються за рахунок системи загального оподаткування. Останнє забезпечує 94,0% державних ресурсів. Обов'язкові внески роботодавців, що нараховуються на заробітну плату, в спільні фонди на страхування виробничих травм та професійних захворювань становлять 2,53% від усіх коштів системи охорони здоров'я. На спільні фонди для медичного обслуговування державних службовців припадає 3,4% всіх ресурсів системи.

Починаючи з 2002 року, фінансування системи охорони здоров'я забезпечується регіонами з їх бюджетів, трансферти з національного бюджету не є цільовими. Система включає кілька спеціалізованих фондів, призначених для фінансування передбачуваних витрат кожної автономної області, компенсації нерегулярних інвестиційних потреб, а також міжрегіонального вирівнювання.

Формула розподілу базується на подушних витратах, скоригованих з урахуванням структури і щільності населення, протяжності й особливостей географічного положення території. Більше того, для прискорення запровадження політики, спрямованої на підвищення ефективності і зниження нерівності всередині самої системи, були створені нові або розширені вже наявні фонди, призначені для фінансування охорони

здоров'я. Прикладом може бути надання компенсацій в регіонах, у яких гостро стоїть питання надання медичної допомоги жителям інших країн.

Функція планування і регулювання в іспанській системі охорони здоров'я. Законодавство в сфері охорони здоров'я ґрунтується на законі про охорону здоров'я 1986 року і законі про цілісність і якість національної системи охорони здоров'я 2003 року. Відповідно до цих правових актів, регіональні уряди розподіляють їх функції у сфері охорони здоров'я між органами управління охорони здоров'я, тобто між регіональним міністерством і регіональною службою охорони здоров'я.

Зазвичай Міністерство охорони здоров'я, крім того, що воно є органом управління системою, відповідає також за регулювання і стратегічне планування (включаючи планування медичної допомоги).

Регіональна служба охорони здоров'я відповідальна за оперативне планування, управління мережею медичних установ та координацію надання медичних послуг. Більшість виробників послуг національної системи охорони здоров'я працюють у державному секторі, і домінуюча модель управління включає елементи прямого управління.

Ключовим інструментом цієї моделі [49] є контрактна система, заснована на управлінні, спрямованому на досягнення цілей, і включає стимули для посилення окремих стратегічних напрямків. Штрафні санкції за невдачі в досягненні поставлених цілей відсутні, як відсутня і реальна передача ризику виробникам медичних послуг. Для груп медичних працівників і окремих працівників застосовуються позитивні економічні стимули за досягнення конкретних стратегічних цілей (таких як раціональне призначення і виписування лікарських препаратів, використання генериків, скорочення часу очікування окремих процедур та ін.). Навіть при тому, вони завжди обмежені щодо основної заробітної плати.

Крім цієї превалюючої моделі, існують інші форми керівництва виробниками медичних послуг, які перебувають під прямим управлінням і

допускають відміну юридичного статусу організації від прийнятого в регіональній службі охорони здоров'я. Всі схеми безпосереднього управління можуть бути представлені у вигляді векторної шкали з такими основними показниками: вид контракту, кількість медичного персоналу та бюджет. На одному кінці шкали будуть жорсткі обмеження, що накладаються законодавством у сфері державного управління, на іншому - приватні організації, що ведуть свою діяльність у рамках законодавства, що регулює діяльність останніх (хоча майно може залишатися державним, але місією організації є надання державних послуг).

Таким чином, регіональному уряду надається широкий вибір схем. Крім того, існують форми непрямого управління або укладання контрактів, які в більшості регіонів обмежуються сферами проведення додаткових діагностичних досліджень і амбулаторних процедур, а також надання допоміжних послуг, таких як харчування в стаціонарах, технічне обслуговування будівель, прибирання приміщень чи забезпечення безпеки. Деякі регіони провели експеримент з використання ініціатив приватного фінансування, надаючи корпораціям або тимчасовому об'єднанню підприємців особливий сприятливий фінансовий режим щодо забезпечення медичного обслуговування на території всього медичного округу. В інших випадках у рамках експерименту застосовувалася класична ініціатива приватного фінансування для будівництва лікарень.

Кадрова політика Іспанії у сфері охорони здоров'я. Мережа закладів первинної медичної допомоги є державною, і більшість виробників послуг є працівниками державного сектору, які отримують оклади. Винятки з цього рідкісні (наприклад, приватні виробники, які надають за контрактом первинну допомогу у Валенсії і Каталонії). У центрах надання первинної допомоги працює багатопрофільна команда, до складу якої входять сімейні лікарі, педіатри, медсестри та соціальні працівники, в деяких випадках — фізіотерапевти і стоматологи-хірурги. Центри пов'язані з базовими

лабораторіями та рентгенівськими відділеннями, які можуть розташовуватися в приміщеннях самого центру або бути централізованими, обслуговуючими кілька центрів у регіоні. В цілому налічується 13 121 центри первинної допомоги, кожен з яких в середньому обслуговує 3523 громадян. Національній системі охорони здоров'я належить 40% лікарень, решта стаціонарів є приватними, хоча багато з них або включені до установ, які надають громадські послуги, або працюють у рамках концесійного договору, що дозволяє їм отримувати державне фінансування (близько 40% виписаних стаціонарних хворих в Іспанії фінансуються за рахунок бюджету національної системи охорони здоров'я).

Загальна ліжкова потужність становить 160 981 ліжка (3,43 ліжка на 1000 жителів), 71,2% доступного ліжкового фонду функціонально залежить від державного сектору. В цілому близько 40% потужності стаціонарів зосереджено в лікарнях, які надають високотехнологічну медичну допомогу, середня потужність яких становить більше 500 ліжок (переважно державних). У кожній автономній області існує щонайменше один із таких центрів, кількість яких варіює по регіонах залежно від чисельності і типу розселення.

За останні двадцять років спостерігалось різке скорочення кількості психіатричних ліжок на тлі незначного зростання загального числа ліжок довготермінового лікування. Національна система охорони здоров'я контролює 80% ліжок у лікарнях короткотермінового лікування, тільки 36% психіатричних ліжок і 30% ліжок довготермінового лікування. Ці дані свідчать про зміщення в бік приватного сектору в наданні цих видів допомоги.

Забезпеченість ліжками у стаціонарах короткотермінового лікування (на 1000 жителів) скорочувалася, що відповідає ситуації в інших європейських країнах. Одним із факторів, що впливає на скорочення ліжок у лікарнях короткотермінового лікування, є планомірне запровадження



денних стаціонарів, що заміщають перебування в цілодобових стаціонарах при окремих хірургічних втручаннях, хіміотерапії і діалізі.

За останні роки прискорилися темпи інвестицій в інформаційні технології (ІТ). Одним із кроків, здійснюваних у рамках розвитку системи надання державних послуг у цифровому форматі, стала програма “Медична служба онлайн” (Sanidad en línea). У рамках цього проекту на рівні регіону передбачається спільне фінансування розвитку і вдосконалення інфраструктури ІТ, а також поліпшення центрального інформаційного кластера системи охорони здоров’я, що дозволить проводити реєстрацію як індивідуального номера пацієнта, так і електронних медичних карт.

Як і в більшості європейських країн [43], в Іспанії спостерігається тенденція до зростання забезпеченості населення (з розрахунку на 100 000 населення) всіма категоріями медичного персоналу. Зазначимо, що порівняно з відносно стабільною динамікою чисельності лікарів спостерігається збільшення кількості медсестер, стоматологів і фармацевтів (потреба в яких перевищує доступні на ринку трудові ресурси в умовах зростання населення). Ця тенденція свідчить про підвищення значущості цих фахівців у процесі надаваних послуг. У середньому лікар загальної практики обслуговує 1410 осіб, педіатр - 1029 осіб, медсестра первинної ланки - 1663 людини. У стаціонарному секторі на 1000 населення припадає 1,7 лікаря, 2,93 медичної сестри і 2,47 санітара. Протягом певного часу Іспанія була основним постачальником медперсоналу в інші країни, наприклад Великобританію чи Португалію. Разом з тим останнім часом брак медичного персоналу став основною проблемою планування кадрів.

## 2.2. Характеристика основних реформ в галузі охорони здоров'я в Іспанії

У цілому реформи системи охорони здоров'я 1980-х років були спрямовані на розширення, охоплення і підвищення доступності медичного обслуговування, вони завершили перехід від обмеженої системи соціального страхування до універсальної загальнонаціональної системи охорони здоров'я [42; 46; 48], що фінансується за рахунок загального оподаткування. Унаслідок економічної ситуації 1990-х рр. реформи цього періоду були спрямовані на стримування зростання витрат та управління інноваціями.

Реформи 2000-х років минули під гаслом “координація і цілісність після децентралізації”. Завершення процесу повної децентралізації і передачі відповідальності за розвиток охорони здоров'я на рівень регіонів привело до пошуку механізмів врегулювання ситуації, що склалася: політика незалежності провінцій суперечить цілісному уявленню про рівні права громадян на медичне обслуговування незалежно від їх місця проживання.

Усі реформи групуються відповідно до їх спрямованості на поліпшення основних чотирьох показників децентралізованої системи:

1. Органи та механізми управління, відповідні новій федеральній архітектурі. Закон про цілісність і якість національної системи охорони здоров'я 2003 року був прийнятий на основі закону про охорону здоров'я і став відправною точкою майбутніх реформ. Відповідно до нього, Загальнонаціональна рада (CISNS) отримала статус найвищої інстанції в системі охорони здоров'я, що привело до запровадження нового процесу прийняття рішень шляхом досягнення консенсусу, заснованого на управлінні знаннями. Використання цього підходу було посилено прийняттям у 2005 році Плану якості національної системи охорони здоров'я. Цей документ став основоположним для створення,

запровадження та моніторингу стандартів якості в усій системі охорони здоров'я. Вищезгаданий план також сприяв розвитку національних стратегій у цій галузі, спрямованих як на боротьбу з найпоширенішими хронічними захворюваннями (такими, наприклад, як онкологічні та серцево-судинні патології, діабет) і рідкісними патологіями, так і на розробку державної стратегії безпеки пацієнтів.

2. Єдині державні гарантії надання безкоштовної медичної допомоги. Відповідно до закону про цілісність і якість національної системи охорони здоров'я, були визначені нові гарантії держави в сфері надання медичної допомоги, які стали всеосяжними й охоплювали послуги, котрі включаються до державних гарантій з 1995 року, а також нові. Цей закон, що набув чинності в 2006 році, модернізував деякі концепції, зокрема гарантії у сфері громадської охорони здоров'я. Одним із нововведень можна вважати рекомендації щодо запровадження узгодженої процедури перегляду державних гарантій, що чітко регулюють механізми та вимоги до медичних послуг, включених до складу державних гарантій. При цьому акцент ставили на ролі медичних технологій та оцінці економічної ефективності.

3. Розподіл і виділення коштів для виконання регіональними структурами повноважень, отриманих у результаті децентралізації. Переглянутий у 2001 році закон про регіональне фінансування став першим правовим актом, що регулює розподіл коштів, за яким були скасовані цільові трансферти на охорону здоров'я, включаючи їх у загальну систему розподілу (разом з іншими повноваженнями, переданими на регіональний рівень). Однак у системі були виявлені деякі недоліки, які відповідно до переглянутої в 2009 році версії закону були виправлені в загальному бюджеті 2011 року. Нововведення передбачає збільшення фіскальної автономії регіонів порівняно з раніше використаною моделлю, що приведе до збільшення частки частково перерозподілених основних податків до 50%

(прибутковий податок, ПДВ) і податків виробників - до 58%. Цей закон передбачає механізми підвищення справедливості як по вертикалі, так і по горизонталі: механізми розподілу передбачають можливість виділення дотацій регіонам з низьким рівнем доходу для того, щоб вони могли надавати медичні послуги того ж обсягу і якості, що й регіони з високим рівнем доходу. Крім того, були модифіковані критерії подушного розподілу, які включатимуть показники за групами населення (населення, ефективно захищене системою охорони здоров'я, населення за віковими групами і т. д.), також будуть використовуватися раніше враховані географічні фактори.

4. Державна інформаційна система, що функціонує на регіональному та національному рівнях і забезпечує прозорість моніторингу діяльності та розподілу ресурсів по країні. План якості національної системи охорони здоров'я передбачає заходи, спрямовані на:

- запровадження національної інформаційної системи охорони здоров'я;

- створення єдиної ідентифікаційної карти пацієнта, що містить відповідну клінічну інформацію, або єдиних електронних лікарняних карт для повсюдного використання, створюючи тим самим базу для функціонування національної системи охорони здоров'я як єдиного страховика, що гарантує пацієнтам спадкоємність медичної допомоги за межами регіону проживання.

Оцінка та моніторинг системи охорони здоров'я як функція управління. Відповідно до міжнародних норм, іспанська система охорони здоров'я в цілому має високий рейтинг завдяки досягненню стійких позитивних результатів за такими параметрами діяльності:

- показники стану здоров'я населення;
- охоплення населення, доступність та фінансова справедливість;
- позитивні результати діяльності системи охорони здоров'я, якість медичної допомоги та безпека пацієнтів;

- задоволення запитів пацієнтів і відповідність системи принципам законності.

Ці успіхи були досягнуті при відносно невисоких витратах (лише 8,5% ВВП, що нижче від середньоєвропейського показника). Хоча порівняння з іншими країнами допомагає скласти цілісне уявлення, у разі квазіфедеральної країни, якою є Іспанія, важливою є оцінка діяльності системи охорони.

Так, з погляду географічних відмінностей у споживанні медичної допомоги та результатах не виправдано варіюють показники доступності та якості медичної допомоги, безпеки пацієнтів та ефективності не тільки за регіонами, але насамперед за медичними округами і лікарнями. Наприклад:

- показник застосування коронарної ангіопластики) варіює за медичними округами більш ніж у п'ять разів; незважаючи на те, що останнім часом використання ангіопластики зросло, ці відмінності, як і раніше, є. Таким чином, ризик смерті після операції може відрізнятись залежно від лікарні в два рази.

- показники необґрунтованості застосування медичних процедур; кількість випадків простатектомії (з урахуванням усіх суперечливих даних щодо впливу на рівень виживання при раку) постійно зростає, так само як і відмінність показників за медичними округами (в 7,7 разу), з іншого боку, все частіше необґрунтовано виконується кесарів розтин та ін.

- показники безпеки, такі як смертність унаслідок захворювань, що належать до клініко-статичних груп (КСГ) з низькою смертністю, пролежнів, інфекцій внаслідок ускладнень катетеризації, легеневої тромбоемболії та тромбозу глибоких вен після операції або післяопераційного сепсису, варіюють за медичними округами в 2,2–4,5 разу.

- щодо впливу на хронічні захворювання, то рівень запобіжної госпіталізації з приводу короткотермінових ускладнень діабету може варіювати за медичними округами в 12 разів, і ці відмінності з часом

зростають. Аналогічно рівень госпіталізації до стаціонарів короткотермінового лікування при афективному психозі може відрізнятися за медичними округами в 28 разів.

- відмінності у показниках технічної ефективності серед лікарень (згрупованих за розміром) є значними: у 26% лікарень із ліжковою потужністю 500–1000 ліжок показник ефективності був щонайменше на 15% нижчими від прийнятих норм. Водночас у 12% лікарень з ліжковою потужністю 200–500 ліжок цей же показник був на 25% нижчим, ніж стандарт для лікування аналогічних пацієнтів.

Крім цих кількісних доказів, було проведено ряд якісних досліджень, спрямованих на вивчення думки суб'єктів національної системи охорони здоров'я про основні проблеми системи [41]. Думки різних груп (пацієнти, медперсонал і керівники) збіглися; відзначено необхідність використання інформаційних технологій як основи підвищення рівня якості медичної допомоги, надійності та сталого розвитку системи охорони здоров'я.

Незважаючи на те, що було вжито важливих заходів щодо розвитку технологічної бази, інформаційна складова системи охорони здоров'я в Іспанії характеризується відсутністю єдиної рамкової програми оцінки діяльності. Адже, насамперед система фіксує показники ресурсів та діяльності (на шкоду показникам результатів), і взаємний обмін даними в інформаційних системах охорони здоров'я як усередині, так і між регіонами все ще обмежений. У результаті структурна оцінка діяльності національної системи охорони здоров'я пов'язана з певними труднощами, незалежно від рівня дезагрегування.

На закінчення огляду доречним видається навести деякі статистичні дані, що підтверджують той факт, що іспанців можна вважати однією із найбільш здорових націй у світі; не останню роль у цьому відіграє їх медицина. За даними Інституту економічних досліджень Валенсії, середня очікувана тривалість життя громадянина Іспанії становить 81,2 року: 84,3 -

для жінок і 78,2 - для чоловіків. Це найвищий показник серед великих країн Європейського Союзу після Італії. Отож експерти вважають, що Іспанія однією із найздоровіших країн у світі стала тільки в останні десятиліття. Ще в 1900 році середня тривалість життя іспанця становила всього 34,9 року.

Зарубіжні експерти вважали, що у найближчі 40 років за відсутності серйозних глобальних пертурбацій до середньої тривалості життя додасться ще 6 років, і вона впритул наблизиться до 90 років. Але ці прогнози не справдились через пандемію COVID19. Так, 24 лютого 2020 року, Іспанія підтвердила випадки захворювання на коронавірус. Деякі люди на Тенеріфе захворіли безпосередньо після контакту з доктором. На території материнської Іспанії були виявлені заражені після відвідин Італії. З 13 березня 2020 року випадки захворювання були зареєстровані у всіх 50 провінціях Іспанії. 25 березня 2020 року кількість загиблих від COVID-19 в Іспанії перевищила кількість загиблих у материковому Китаї та припинила лише кількість загиблих в Італії]. До 1 квітня кількість підтверджених випадків захворювання в Іспанії перевищило відмітку в 100 000. Станом на 2 квітня кількість загиблих від COVID-19 в Іспанії перевищило відмітку в 10 тисяч. Станом на листопад 2022 р. за даними моніторингу ВООЗ Іспанія посідає 11 позицію в світі (13632635 осіб, померло 116422 осіб), а Україна займає 25 позицію (захворіло 5350380 осіб, померло 110696 осіб).

В умовах воєнного стану 2022 року Іспанія дуже допомагає українцям. Всі українці мають право на безоплатну державну медицину, як і громадяни Іспанії. До державних поліклінік можна прийти без попереднього запису, отримати медичну картку можна тільки з паспортом. Отримання медичної картки не залежить від того, чи подали ви вже клопотання на отримання міжнародного тимчасового захисту.

### РОЗДІЛ 3

## РОЗВИТОК СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЯК СУЧАСНИЙ ТРЕНД ГЛОБАЛЬНОГО УПРАВЛІННЯ УСФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 3.1. Інтегровані профілактичні програми громадського здоров'я та епідеміологічної безпеки в умовах пандемії COVID19

Державне управління санітарно-епідеміологічним наглядом є складною системою, яку умовно можна зобразити таким чином: за допомогою моніторингу здійснюється діагностика стану санітарно-епідеміологічного нагляду та його вплив на загальний рівень суспільної безпеки і, таким чином, із навколишнього середовища поступають потоки інформації, які фіксують реальні чи потенційні загрози і небезпеки суспільству та його безпеці. Ця інформація аналізується, оцінюється на вищому стратегічному рівні. Потім визначається ступінь загроз та небезпек і, відповідно до існуючого потенціалу держави, приймаються управлінські рішення щодо вирішення певної проблемної ситуації. Це рішення виконується на оперативно-стратегічному та оперативному рівнях державного управління.

Саме на цих рівнях важливу роль забезпечення суспільної безпеки через санітарно-епідеміологічний нагляд відіграє здійснення заходів на всіх рівнях, починаючи з особистості, сім'ї, громади до найвищих шаблів влади, тобто обґрунтування і започаткування горизонтальних та вертикальних профілактичних програм [52, с. 143-151].

У багатьох національних системах державного управління санітарним станом та охороною здоров'я в цілому та на міжнародному рівні застосувалися вертикальні й інтегровані програми з охорони здоров'я, у тому числі програми профілактики захворювань через діяльність санітарно-



епідеміологічних служб. Вертикальні програми або автономні, категоріальні чи самостійні, передбачали вирішення конкретної проблеми профілактики захворювань шляхом застосування конкретних заходів через спеціально призначений для цього апарат управління. Вертикальні програми цілком, або в значній мірі керуються, контролюються і виконуються спеціалізованою службою, у якій для цього використовується спеціальні працівники.

Управління, фінансування й реалізація програм можуть бути організовані за автономною моделлю, або можуть бути автономними лише в деяких аспектах, проте не у всіх. Реалізація таких програм можлива через органи державної влади першого та другого рівня системи державного управління суспільною безпекою.

Інтегровані програми, або горизонтальні, спрямовуються на вирішення загальних проблем охорони здоров'я на широкому фронті на довгостроковій основі шляхом створення системи постійних установ та закладів, які зазвичай називаються службами загальної охорони здоров'я. Вони передбачають різні зміни в структурі управління й оперативної роботи систем охорони здоров'я з метою об'єднання ресурсів та робіт із надання послуг, управління, та організації функцій певної служби. Їх визначають як процес, у якому заходи боротьби із хворобою функціонально об'єднані або щільно координуються з багатопрофільною системою надання медико-санітарної допомоги.

У багатьох країнах декілька вертикальних програм згруповуються в блок для боротьби з певними захворюваннями, які відібрані в якості об'єктів профілактики в чітко визначеній категорії населення, що реалізуються в системі первинної медико-санітарної допомоги. Як приклад можна навести стратегію «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку», програму боротьби та попередження туберкульозу та інші.

Для інтегрованих програм характерним є процес об'єднання функцій всіх трьох рівнів системи державного управління суспільною безпекою санітарно-епідеміологічної сфери:

1. Стратегічний рівень управління: Президент України, Верховна рада України, Кабінет Міністрів України, Конституційний Суд, суди загальної юрисдикції.

2. Оперативно-стратегічний рівень управління: Кабінет міністрів України, Дежспоживслужба України, МОЗ України тощо.

3. Оперативно-територіальний рівень управління: регіональні управління Держспоживслужби України, лабораторні діагностичні центри.

На стратегічному рівні відбувається розробка, реалізація, підготовка й прийняття відповідних рішень державної політики забезпечення суспільної безпеки через державне управління системою охорони здоров'я в цілому, одною із складових якої є санітарно-епідеміологічне питання. Міністерства та відомства оперативно-стратегічного рівня повинні забезпечити виконання державних рішень у сферах, що належать до їх компетенції в масштабах цілої держави. На оперативному рівні системи державного управління суспільною безпекою в санітарній сфері обласні і районні управління Держспоживслужби України в регіонах країни та на місцях покликані забезпечити виконання рішень, які були прийняті на стратегічному та оперативно-стратегічному рівнях.

Загально оперативне керівництво державного управління суспільною безпекою в сфері охорони здоров'я як такої здійснює Міністр охорони здоров'я, який приймає управлінські рішення у сфері суспільної безпеки, які згодом реалізують структурні підрозділи МОЗ. Управлінські рішення щодо санітарно-епідеміологічного, санітарно-гігієнічного, медико-профілактичного забезпечення реалізує Головний санітарний лікар України. Часто рішення Міністра охорони здоров'я України та Головного санітарного лікаря України має підтвердити Кабінет міністрів України чи

Верховна рада України (наприклад, введення надзвичайного стану в країні через епідемію, запровадження карантину тощо). У випадках виникнення конфлікту між законодавчою та виконавчою владою в питаннях забезпечення суспільної безпеки в санітарно-епідеміологічному напрямку, остаточне рішення приймає Конституційний Суд України.

Функції державного санітарного нагляду в кожній області виконують Головні управління Держспоживслужби, а функції проведення досліджень – центри лабораторної діагностики.

При виборі вертикальних і горизонтальних моделей і схем побудови програм потрібно чітко визначати, про який програмний елемент йдеться, чи про схему управління чи про організацію чи фінансування чи надання послуг. Аргументами на користь вибору вертикальних профілактичних програм є вища спеціалізація й концентрація послуг, підвищена увага до захворювань, що мають високу пріоритетність, краща підзвітність, більш швидкі результати в слабких системах охорони здоров'я, більше шансів на успіх в ослаблених країнах [53; 54].

Отже, для вирішення проблем громадського здоров'я, скорочення чинників ризику й попередження хвороб використовуються вертикальні й горизонтальні профілактичні програми. При цьому вертикальні програми передбачають вирішення конкретних проблем охорони здоров'я шляхом вживання конкретних заходів через спеціальний апарат управління, а інтегровані, горизонтальні – спрямовуються на вирішення загальних проблем на довгостроковій основі через загальні служби охорони здоров'я, такі як санітарно-епідеміологічна служба.

Як правило, на практиці в більшості служб охорони здоров'я успішно поєднуються вертикальні та інтегровані елементи профілактичних програм, але з різним співвідношенням між ними. Ступінь інтеграції визначається політичними, соціальними, економічними аспектами, технічними чинниками тощо. За різних умов ефективними можуть бути як вертикальні,

так і горизонтальні програми, що вимагає врахування їх переваг і недоліків та посилення зв'язків між вертикальними й горизонтальними елементами в глобальній архітектурі профілактичної допомоги населенню.

Теоретичною моделлю, що узагальнила б існуючі позитивні практики могла б стати модель розподілу виконавчих та наглядових функцій в сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення та участі громадськості у профілактичних процедурах та процедурах знешкодження спалахів інфекційних хвороб. А саме:

- підвищення прозорості тендерних державних закупівель препаратів профілактичної дії (вакцини) – надання доступу широкого загалу до тендерної документації та тендерних пропозицій;

- забезпечення належних умов проведення зчеплень (умови транспортування та зберігання вакцин, передвакційний огляд тощо);

- виконання профілактичних заходів знезараження суб'єктами господарської діяльності та контроль з боку санітарних органів за виконанням цих заходів;

- повернення ліцензування робіт з дезінфекції, дезінсекції, дератизації та внесення їх в список таких, що підлягають ліцензуванню згідно ЗУ «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» шляхом контролю ліцензійних умов провадження;

- запровадження незалежних лабораторій приватного характеру для проведення незалежної санітарно-технічної експертизи продукції та контроль з боку санітарних органів за виконанням експертиз.

За результатами досліджень, на першому місці серед причин виникнення захворювань є соціально-економічні, на другому – санітарно-гігієнічні, та третьому – екологічні чинники, тому система державного управління суспільною безпекою в санітарно-епідеміологічному вимірі має позиціонувати себе як владний цілеспрямований організуючий та регулюючий вплив, який здійснюють вищі посадові особи держави та

органи держаної влади на санітарно-епідеміологічний стан шляхом розробки, прийняття та реалізації державно-управлінських рішень у межах чинного законодавства із залучення наявного потенціалу системи забезпечення суспільної, громадської, національної безпеки з метою прогнозування, виявлення, запобігання і нейтралізації загроз й небезпек епідемічного характеру та запобігання виникнення і поширення небезпечних та особливо небезпечних інфекційних захворювань.

Отже, можна зробити такі висновки:

– державне управління санітарно-епідеміологічним наглядом як складової суспільної безпеки України належить до вищого ієрархічного рівня адміністративно-політичного виду державного управління, яке займає в ньому одне з перших, стратегічних місць у забезпеченні санітарно-просвітницької роботи, підвищенні рівня санітарно-епідеміологічного нагляду, проведення профілактичних, санітарно-гігієнічних заходів;

– державному управлінні суспільною безпекою в санітарно-епідеміологічному вимірі властиві ознаки та особливості як міжгалузевої, так і функціональної складової державного управління, що здійснює істотний вплив на функції, форми, методи та засоби державного управління загалом;

– наслідки ефективного чи неефективного державного управління суспільною безпекою в санітарно-епідеміологічному вимірі можуть виникнути у всіх сферах суспільства – у політичній, соціально-економічній, культурній, екологічній сферах;

– головним завданням державного управління санітарно-епідеміологічним наглядом як складової суспільної безпеки України є своєчасне виявлення, запобігання та нейтралізація реальних та потенційних загроз виникнення інфекційних захворювань за допомогою залучення відповідних моделей, методів, сил, засобів та ресурсів на трьох рівнях

системи державного управління: стратегічному, оперативно-стратегічному та оперативному.

Основним змістом забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення є реалізація сукупності науково-обґрунтованих і апробованих на практиці з урахуванням світового і вітчизняного досвіду профілактичних заходів, вертикальних та горизонтальних профілактичних програм, кожний вид яких має свої переваги й недоліки, які необхідно враховувати при виборі механізму реалізації конкретних профілактичних стратегій державного управління суспільною безпекою.

### 3.2. Організаційні аспекти державної політики обмежень в умовах COVID19: зарубіжний досвід та досвід України

Загальноєвропейська відповідь на пандемію COVID19 наразі має обмежений характер, частково з причин браку компетенції (охорона здоров'я залишається національною прерогативою), частково через динамізм ситуації, з яким важко оперативно впоратися бюрократичним структурам ЄС.

Однак інституції ЄС представили низку ініціатив з пом'якшення наслідків пандемії економічними інструментами ще у середині березня 2020 року. Фокус таких ініціатив зосереджений на збереженні цілісності єдиного ринку ЄС, наданні підтримки громадянам та підприємствам ЄС та визначенні заходів оперативного реагування для підтримки стабільності та солідарності держав-членів ЄС. До прикладу, інвестиційна ініціатива Corona Response передбачає виділення 37 млрд. євро з доступних фондів ЄС для громадян, регіонів і держав-членів ЄС, постраждалих від COVID-19. Крім того, відтепер Фонд солідарності ЄС покриватиме виклики надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що дозволить виділити до 800 млн євро для держав-членів.

У межах єдиного простору країн Європейського Союзу головні рекомендації Ради ЄС та ЄК стосувалися декількох напрямків:

– запровадження «соціального дистанціювання», у тому числі, закриття шкіл, обмеження фізичної присутності на робочих місцях для виконання некритично важливих функцій, карантин, ізоляція та/чи самоізоляція, санітарні кордони, забезпечення фізичного дистанціювання осіб на роботі, у громадському транспорті, магазинах тощо на відстань у декілька метрів, обмеження рукоштовань, обіймів тощо. Зокрема, ЄК вважає, що соціальне дистанціювання зменшить інфікування у 8-10 разів. Разом з тим, соціальне дистанціювання не має призводити до значних економічних втрат, задля чого окремо наголошується на іншому пункті – обмеження пересувань, які не є суттєвими;

– обмеження «несуттєвих пересувань» – тобто інших пересувань окрім поїздок чи походів у аптеку, лікарню, магазин чи на роботу. Останнє і є найважливіше: ЄС та більшість країн ЄС дотримуються позиції, що обмежувальні заходи можуть тривати значний період часу – від декількох місяців до двох років, а отже не повинні призводити до значних економічних проблем та соціальних катаклізмів. Задля цього роботодавці мають визначити, присутність яких саме співробітників та протягом якого часу критично важлива для збереження економічної активності;

– фінансові заходи та/або заходи підтримки бізнесу/громадян: ЄС на боротьбу з коронавірусом планує витратити 25 млрд. євро. В Європейській комісії розраховують, що 7,5 млрд. євро ЄС виділить із власних коштів, щоб якомога швидше допомогти країнам, які найбільше постраждали від епідемії коронавірусу: Італії, Франції та Німеччині. Європейський центральний банк запусив екстрений пакет допомоги обсягом 750 млрд. євро, щоб полегшити вплив пандемії коронавірусу. Він купуватиме державні борги та борги компаній в євросоні, зокрема в Греції та Італії;

– «віртуалізація і націоналізація» економіки, збільшення ролі держави. У той час, коли основна увага зараз зосереджується на фінансових стимулах – у середньому очікується, що на них буде витрачено біля 1% ВВП – в ЄК та європейських аналітичних центрах також розпочалися дискусії щодо «post-COVID19 economy» – яким чином буде змінено економічну модель розвитку під впливом пандемії.

Серед ключових ідей обговорюються:

– «віртуалізація» економіки – перенесення значної кількості ділової активності у віртуальний світ, масове запровадження дистанційної роботи, збільшення частки у сфері послуг, де не потрібен особистий контакт, запровадження жорстких санітарно-епідеміологічних норм і заходів там, де не можливо відмовитись від особистих контактів, збільшення роботизації виробничих процесів тощо;

– обмеження готівкових операцій, масовий перехід до безготівкових операцій;

– «націоналізація» економіки, концентрація критично важливих виробничих ланцюжків всередині економік, обмеження чи зниження частки глобальних торгових операцій;

– зростання ролі держави, націоналізація чи викуп проблемних чи критично важливих підприємств тощо.

Обмежувальні заходи: ЄС запровадив обмеження для «несуттєвих поїздок» на територію Шенгенської зони. Таким чином протягом 30 днів іноземні громадяни зможуть потрапити в ЄС тільки у виняткових випадках. Кожна країна окремо приймає рішення про заходи боротьби з коронавірусом. Ці обмеження поширюються на всіх, хто залишився на її території на період карантину. Скасовано будь-які заходи в рамках роботи спільних органів управління в ЄС.

Такими були організаційні заходи спільної політики, рекомендовані в рамках співдружності країн ЄС. Однак на національному рівні існували



певні відмінності, що спонукає до здійснення більш ґрунтовного аналізу, наприклад аналізу досвіду тієї ж Іспанії [55].

Іспанія. Обмежувальні заходи:

- іспанці можуть виходити на вулицю тільки для того, щоб купити ліки та їжу, їздити на роботу, якщо в цьому є крайня потреба, ходити в медичні заклади й банки. Також дозволені поїздки для догляду за дітьми або літніми людьми. З будинку можна вийти, щоб вигуляти домашню тварину. Дехто для цієї мети здає своїх улюбленців в оренду, інші виходять на вулицю з іграшками;

- Іспанія закрила кордони для іноземців та обмежила подорожі всередині країни;

- уряд закрив дитячі садочки, школи та університети на два тижні;

- закрилися ресторани, готелі, бари і торгово-розважальні центри.

Протягом декількох днів відбувалися масові сутички між місцевою поліцією та іноземними туристами, які протестували проти закриття ресторанів і барів. Постраждали десятки людей. Правоохоронцям так і не вдалося забезпечити виконання всіх заходів, передбачених урядом країни;

- у Мадриді поліція використовує дрони з гучномовцями, закликаючи жителів залишатися вдома;

- під заборону також підпадають заняття спортом на вулиці, і вже відомі випадки, коли поліція затримувала тих, хто робив спортивні пробіжки та велосипедні тренування;

- три автономії Іспанії – Каталонія, Валенсія та Балеарські острови – вважають запроваджені заходи недостатніми й вимагають у центрального уряду дозволу повністю закрити свої кордони, перекривши дороги й припинивши залізничне та авіасполучення з іншими частинами країни.

Покарання:

– за порушення правил карантину передбачені штрафи від 100 до 30 тис. євро, сюди ж входить відмова від ідентифікації на вимогу поліцейського;

– опір і непокоря представників влади в умовах надзвичайної ситуації обійдеться до 600 тисяч євро або року позбавлення волі. Наразі поліція в Іспанії може зупиняти будь-кого і питати, куди та з якою метою він іде.

Фінансові заходи та/або заходи підтримки бізнесу/громадян: Прем'єр-міністр Педро Санчес заявив, що його уряд витратить на підтримку бізнесу 200 млрд. євро (\$ 220 млрд).

А як реагувала на виклики пандемія Україна? 2020 рік став каталізатором для суспільства, бізнесу і громадських установ. Тому пріоритетом кожної з цих інституцій став розвиток стресостійкості, кризового менеджменту та адаптивності. Система громадського здоров'я прийняла на себе чи не найсильніший удар, який, втім, допоміг оптимізувати роботу МОЗ України та підвищити її ефективність.

З метою підтримки українських фахівців сфери громадського здоров'я в розрізі реагування на пандемію COVID-19, в Україні за підтримки міжнародних партнерів реалізується проєкт розбудови нової моделі системи громадського здоров'я, який буде продовжено аж на період до травня 2023 року. Це забезпечить своєчасне впровадження заходів запланованих від початку, а також додаткових активностей щодо реагування на національну пандемію шляхом створення необхідних структур. Більше того, можливо буде запобігти повторенню подібних спалахів у майбутньому.

Для того, щоб забезпечити якісну комунікацію в галузі охорони здоров'я під час пандемії, профільне міністерство впроваджує комплекс заходів реагування, використання яких забезпечить підтримку відділів зв'язків з громадськістю в рамках взаємодії ЦГЗ та рЦГЗ:

- розробка, перегляд, переклад та оновлення керівних принципів та протоколів щодо пандемії COVID-19 для адаптації ключових повідомлень європейського досвіду до українського контексту;
- проведення тренінгів у державних закладах громадського здоров'я;
- створення та підтримка освітніх ресурсів для широкої громадськості та конкретних аудиторій системи громадського здоров'я.

Євроінтеграційний шлях української держави з початку пандемії коронавірусної інфекції ознаменувався тим, що наша держава почала брати участь у засіданнях Комітету з охорони здоров'я ЄС, присвяченим пандемії COVID-19.

– В Україні запрошення долучитися до Комітету з охорони здоров'я ЄС вітали як немале досягнення на шляху наближення до Євросоюзу. Адже до цього комітету допускають не так багато країн, які не є членами об'єднання. Яку ж практичну користь така участь дасть Україні? Чим займається Комітет з охорони здоров'я ЄС?

Охорона здоров'я належить до повноважень держав-членів ЄС. Утім, існує немало загроз здоров'ю, для яких кордони між країнами - не перепона. І тому для ефективної боротьби з транскордонними загрозами здоров'ю в Євросоюзі з 2001 року діє Комітет з охорони здоров'я (EU Health Security Committee, HSC).

Обов'язкових рішень цей комітет ухвалювати не може. Натомість він є майданчиком для обміну інформацією між країнами ЄС щодо транскордонних загроз здоров'ю.

За допомогою Комітету з охорони здоров'я ЄС національні уряди країн ЄС координують готовність протидіяти цим загрозам, а коли небезпечна ситуація виникла, то на засіданнях цього комітету узгоджують заходи з її подолання.

Такою ситуацією стала пандемія хвороби COVID-19, яку викликає коронавірус SARS-CoV-2. Через неї Комітет з охорони здоров'я ЄС почав регулярно проводити засідання ще з другої половини січня, коли спалах новітньої хвороби лише набрав обертів у Китаї, а за межами цієї країни були зафіксовані кілька випадків. З того часу комітет проводить наради приблизно один раз на тиждень у форматі аудіо-конференцій.

Члени та спостерігачі Комітету з охорони здоров'я ЄС. До складу комітету входить по одному представнику від кожної з 27 країн Євросоюзу. Зазвичай це високопосадові чиновники міністерств охорони здоров'я або інших державних органів, які відповідають за медичну сферу. Головує на засіданнях співробітник Єврокомісії.

Також до комітету залучені кілька держав як спостерігачі. Вже давно цей статус мають країни Європейської економічної зони, а саме Ісландія, Ліхтенштейн і Норвегія, а також дві країни-кандидати на членство у ЄС, Сербія та Туреччина.

Через коронавірус цей склад вирішили розширити. На засіданні Комітету з охорони здоров'я 5 травня 2020 Україну запросили стати спостерігачем. Це запропонувала Єврокомісія, і ніхто з учасників не виступив проти. У прес-службі Єврокомісії повідомили, що перша нагода долучитися до нарад HSC була в Україні вже 20 травня 2020 року. Тоді ж долучилися також Боснія і Герцеговина та Косово, яких запросили стати спостерігачами 14 травня 2020 року.

Якщо дивитися на теми засідань 26 червня та 3 липня, то Україна долучилася до обговорень плану Євросоюзу з вакцинації проти COVID-19, динаміки передачі коронавірусу, стратегій виходу з карантину, а також питання тестування на SARS-CoV-2 в контексті відкриття зовнішніх кордонів ЄС.

Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності (ECDC) не рекомендував масове тестування, а натомість бачить сенс у широкому цілеспрямованому тестуванні.

Міністр охорони здоров'я України Максим Степанов участь нашої держави у роботі Комітету з охорони здоров'я ЄС назвав "важливим кроком для європейської інтеграції української медицини". Практичну користь він пояснив так: "Це спілкування з нашими колегами, це швидке реагування на ситуацію, в тому числі і під час пандемії, це швидші кроки на шляху розбудови нашої медицини та запровадження стандартів ЄС. А це можливо тільки коли ти спілкуєшся зі своїми колегами, коли ти у змозі, в тому числі, брати участь в прийнятті тих чи інших рішень".

Представник України при ЄС Микола Точицький розповів, що Київ уже давно співпрацює з ECDC, який допомагає Україні бути готовою до виявлення загроз громадському здоров'ю. А участь у HSC зробить співпрацю з Євросоюзом більш комплексною та стратегічною.

Статус спостерігача в Комітеті дозволяє Україні мати доступ до критично важливого досвіду інших країн, фахових аналітичних оцінок та прогнозів, а також надає змогу вживати дзеркальних заходів, що сприятимуть спільній боротьбі як з самим вірусом, так і з його наслідками", - пояснив дипломат. Точицький додав, що робота HSC не обмежується лише COVID-19, а поширюється на інші біологічні, хімічні та екологічні транскордонні загрози здоров'ю.

Слід зауважити, що оскільки Комітет з охорони здоров'я ЄС не ухвалює якихось обов'язкових рішень і є лише майданчиком для обміну інформацією та координацією, то статус спостерігача на практиці не відрізняється кардинальним чином від статусу члена.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проаналізовано сучасний стан публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країнах крізь призму організаційно-правових аспектів. У ході дослідження отримано наукові результати, які свідчать про актуальність обраної теми дослідження та слугують підставою для розробки практичних рекомендацій для органів галузевого управління та органів влади всіх рівнів щодо подолання викликів та наслідків найбільшої глобальної системно-галузевої кризи, якою стала пандемія COVID19. Основними висновкам магістерської роботи є такі:

1. Акцентовано, що сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я в Україні можна охарактеризувати як вкрай складний, адже національна система охорони здоров'я у 2020 році зазнала подвійного виклику внутрішніх та зовнішніх факторів. Головним внутрішнім фактором впливу на міцність галузі охорони здоров'я можна назвати продовження II етапу медичної реформи (новий організаційно-правовий механізм фінансування та надання стаціонарних медичних послуг). Головний зовнішній фактор впливу на міцність галузі охорони здоров'я – це пандемія COVID19. Тож вперше в історії незалежності України галузь охорони здоров'я функціонує в режимі надзвичайної ситуації, а її об'єкти державного управління, якими виступають лікувально-профілактичні заклади отримали статус об'єктів критичної інфраструктури та перейшли на режим централізованого мультигалузевого управління (МОЗ – управління медичним забезпеченням, МВС – охорона медичних закладів зони суворого карантину).

2. Визначено, що у доковідний період із передових країн ЄС за напрямком «Управління у сфері охорони здоров'я», виокремлювалась Іспанія. За рейтингом ВООЗ ця країна займала IV позицію серед країн-лідерів за результатами оцінки й моніторингу якості надання медичних послуг. Ґрунтовне вивчення досвіду цієї країни показує, що в національну

модель управління охороною здоров'я України можуть бути впроваджені такі напрямки як:

поглиблення децентралізації управління на користь регіонального управління за формулою 60/40;

упровадження управлінського підходу щодо організації надання на первинному рівні інтегрованих медичних послуг. У центрах надання первинної допомоги працює багатопрофільна команда, до складу якої входять сімейні лікарі, педіатри, медсестри та соціальні працівники, іноді навіть фізіотерапевти і стоматологи-хірурги. Центри пов'язані з базовими лабораторіями та рентгенівськими відділеннями, які можуть розташовуватися в приміщеннях самого центру або бути централізованими, обслуговуючими кілька центрів у регіоні;

розвиток державних послуг з охорони здоров'я у цифровому форматі. Функціонує програма “Медична служба онлайн” (Sanidad en línea), яка на рівні регіону передбачає спільне фінансування розвитку і вдосконалення інфраструктури ІТ, поліпшення центрального інформаційного кластера системи охорони здоров'я;

інтеграція до системи медичних послуг фармевтичної ланки медицини, коли пацієнт з незначними проблемами, пов'язаними зі здоров'ям, може проконсультуватися в аптеках штатним медиком, який має загальну медичну підготовку. Крім того, в Іспанії забезпечено доступ пацієнтів до широкого асортименту лікарських препаратів безрецептурної групи.

3. Визначено стратегічні пріоритети державного управління у сфері подолання пандемічної загрози для України та країн ЄС будуються на керівних принципах колективної безпеки та міжгалузевій координації публічноуправлінської діяльності, який передбачає здійснення ефективних комунікацій з питань здоров'я; фізичне дистанціювання, ізоляція, карантин; моніторинг та епіднагляд; тестування, діагностика, лікування; розвиток

медичної інфраструктури, у тому числі віртуалізація медичних послуг та підготовка медичних кадрів.

4. Підтверджено, що будь-яка система охорони здоров'я – це баланс трьох складових: якість, фізична доступність, фінансова доступність. За індикаторами «якість медичної допомоги» Україна суттєво відстає від розвинених країн ЄС. Аналогічно показники фінансового захисту (наскільки людина може безпечно почуватися фінансово, коли стикається з медициною) в Україні дуже низькі. Система країн Західної Європи жертвує доступністю фізичною на користь якості та фінансової доступності. В Україні ж завжди жертвували якістю і фінансовою доступністю на користь доступності фізичної. У Європі система працює організовано, приватна ж медицина доволі слабо розвинена і мало відрізняється від державної. В Україні, навпаки, більш розвиненою та оснащеною є медицина приватна, яка не належить до публічної державної системи.

5. Система охорони здоров'я в країнах ЄС характеризується універсальністю, коли є одна або кілька централізованих державних закупівель послуг, завдяки чому ціни знижуються. Ефективність такої системи дуже висока. Також високою є якість медичних послуг, гарна інфраструктура медичних закладів, відповідальність і кваліфікованість фахівців, але наявна часова обмеженість.

6. Обраний Україною курс на європейську інтеграцію значно пришвидшився з прийняттям Угоди про Асоціацію з країнами ЄС. Одним із перших кроків, окрім запровадження медичної реформи та реформи фінансування медичних закладів, є прийняття у 2022 році закону України «Про систему громадського здоров'я», який за твердженням міжнародних експертів є релевантним законам країн ЄС. Визначено, що практичним кроком у розбудові нових підходів в публічному управлінні системою охорони здоров'я є набуття Україною у 2022 році статусу країни-спостерігача в Комітеті з охорони здоров'я ЄС.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. С. 381 – 418.
2. Нова європейська політика охорони здоров'я. *Здоров'я*. 2020. 125 с.
3. Хронологія дій ВООЗ по боротьбі з COVID-19.: <https://www.who.int/ru/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
4. Звірич, В. В. (2022). система публічного управління персоналом у галузі охорони здоров'я: структура, класифікація та особливості. *Таврійський науковий вісник. серія: публічне управління та адміністрування*, (2), 49-56. <https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2022.2.7>
5. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. К. : НАДУ, 2010. 820 с.
6. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина України. *Права людини*, К., 2018.
7. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан дотримання прав і свобод людини і громадянина України. *Права людини*, К., 2018.
8. Інформаційне видання Представництва Європейської Комісії в Україні. Європейська Комісія, 2005. URL: [http://parlament.org.ua/wpcontent/uploads/2016/10/evrobulet\\_06.pdf](http://parlament.org.ua/wpcontent/uploads/2016/10/evrobulet_06.pdf)
9. Полешко А. Імплементация норм міжнародного права у вітчизняному законодавстві – важливий аспект правової реформи. *Право України*, 1998. №12. С. 24 – 28.

10. Натовська К.Б. Джерела правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я в Україні. *Законодавство України, науково-практичні коментарі (додаток до Юридичного журналу)*, 2003. №2. 57 с.

11. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. К., 2011. 72 с.

12. Карамишев Д.В., Вашев О.Є., Немченко А.С., Волос Б.О. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Д.В. Карамишев, О.Є. Вашев, А.С. Немченко, Б.О. Волос. Режим доступу: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2007-1-1/doc/2/02.pdf>

13. Радиш Я. Ф. (2015). Теоретико-методологічні засади дослідження здоров'я громадян як важливого фактора національної безпеки. *Науково-інформаційний вісник Академії національної безпеки*. 2015. Вип.1-2. С. 27-37.: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nivanb\\_2015\\_1-2\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nivanb_2015_1-2_4).

14. Карамишев Д.В., Радиш Я.Ф., Удовиченко Н.М. Проблеми реалізації конституційних гарантій та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїн. науково-практ. конф. (Львів, 25 жовтня 2000). С. 6.

15. Концепція вдосконалення психіатричної допомоги дітям унеможливує порушення їхніх прав, 2012. URL: <http://jurliga.ligazakon.ua/news/2012/4/10/61270.htm>.

16. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: закон України від 12 березня 1991 р. № 875-12. Відомості Верховної Ради України, 1991. №21. Ст. 252.

17. Рябих Н.В. Основні напрями удосконалення правового механізму забезпечення прав засуджених на охорону життя та здоров'я в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*, 2016. №4. С. 180-182

18. Миськевич Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні (2014).URL:[http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350](http://nbuviar.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350)

19. Про місцеве самоврядування: Закон України від 21 травня 1997 р. № 280/97. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>

20. Марченко Т.В. Необхідність запровадження і перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в системі соціального забезпечення України, 2016. [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/Nvbdfa/2010\\_1/1\(18\)\\_2010\\_articles/1\(12010\\_Marchenko.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Nvbdfa/2010_1/1(18)_2010_articles/1(12010_Marchenko.pdf)

21. Про запобігання корупції: Закон України від 14 жовтня 2014 р. № 1700-VII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1700-18>

22. . Гуцало Д. Корупція і медицина. За що і скільки лікарі беруть хабарі і як цього уникнути, 2010. URL: <https://www.dom2000.com/uk/articles/korupsiya-imeditsina-za-scho-i-skilki-likari-berut-habari-i-yak-tsogo>

23. Попченко Т.П. Розвиток державно-управлінських механізмів протидії виникненню корупції у сфері охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. наук з державного управління: 25.00.02. К., 2010. 20 с.

24. Проблеми та перспективи розвитку системи трансплантації в Україні: що заважає рятувати тисячі українців за допомогою трансплантації, 2017. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/problemi-ta-perspektivi-rozvitku-sistemitransplantacii-v-ukraini-scho-zavazhae-rjativati-tisjachi-ukrainciv-za-dopomogojutransplantacii>

25. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини: Закон України від 17 травня 2018 р. №2386а-1. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/JH1UA7II>

26. [Прийнято Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникнення і поширення коронавірусної хвороби \(COVID-19\)»](#)

27. Асанян А. Конституція України: коментар, 2013. URL:<https://juristoff.com/skachat-besplatno-uchebnye-materialy/10950-konstitutsiyaukrajini-skachat-konstitutsiya-ukrajini-2013-skachat-besplatno>

28. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку. <https://www.umj.com.ua/article/371/medichne-pravo-v-sistemi-prava-ukraini-stan-i-perspektivi-rozvitku>
29. Амстердамський договір Європейського союзу від 2 жовтня 1997 р. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_b06](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_b06)
30. Анікіна Г.В. Перспективи легалізації евтаназії в Україні. *Форум права*, 2009. № 3. С.25 – 34.
31. Ардашева Н.А. Поняття експерименту в медицині а захист прав людини. *Держава та право*. 1995. № 12. С. 102 – 107.
32. Асанян А. Конституція України: коментар, 2013. URL:<https://juristoff.com/skachat-besplatno-uchebnye-materialy/10950-konstitutsiyaukrajini-skachat-konstitutsiya-ukrajini-2013-skachat-besplatno>
33. Бігун В.С. Судове право розуміння у механізмі забезпечення прав людини. URL: <http://bihun.in.ua/jushits/jurhit/article/632/>
34. Білан І. Як реалізовуватимуться права пацієнтів в Україні. URL: <http://www.ucipr.kiev.ua/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=6032561>
35. Бобровник С.В. Компроміс і конфлікт у праві: антропологокомунікативний підхід до аналізу: монографія. К.: Вид-во «Юридична думка», 2011. 384 с.
36. Болотіна Н. Медичне право у системі права України. *Право України*, 1999. №7. С. 10.
37. Болотіна Н.Б. Право соціального захисту: становлення і розвиток в Україні: монографія. К.: Знання, 2005. 381с.
38. Antonanzas F. The impact of the economic downturn on healthcare in Spain: consequences and alternatives. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2013 Aug;13(4):433-9.

39. Catalá-López F, García-Altés A. Economic evaluation of healthcare interventions during more than 25 years in Spain (1983-2008). *Rev Esp Salud Publica*. 2010 Jul-Aug;84(4):353-69.
40. Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En E spaña. A proposal of policies and interventions to reduce social inequalities in health in Spain. Commission to R educe Social Inequalities in Health in Spain. *Gac Sanit*. 2012 Mar-Apr;26(2):182-9.
41. Conill EM, Giovanella L, de Almeida PF. Waiting lists in public systems: from expanding supply to timely access? Reflections on Spain's National Health System. *Cien Saude Colet*. 2011 Jun;16(6):2783-94.
42. García-Armesto S, Begoña Abadía-Taira M, Dur án A, He rnández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: *Health system review*. *Health Syst Transit*. 2010;12(4):1-295.
43. Guimarães L, Freire JM. Health policy in the European Union: impact on the Spanish health system. *Cad Saude Publica*. 2007;23 Suppl 2:S143-54.
44. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323-31.
45. Lluch M, Kanavos P. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*. 2010 May;95(2-3):245-54.
46. Martín JJ, González Mdel P. The sustainability of the Spanish National Health System. *Cien Saude Colet*. 2011 Jun;16(6):2773-82.
47. Ostrach B. "Yo no sabía..." — immigrant women's use of national health systems for reproductive and abortion care. *J Immigr Minor Health*. 2013 Apr;15(2):262-72. 1
48. Peiró M, Barrubés J. New context and old challenges in the healthcare system. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012 Jul;65(7):651-5.

49. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Salutogenic model analysis in Spain: application in public health and implications for asset health model. *Rev Esp Salud Publica*. 2011 Mar-Apr;85(2):129-39.

50. Salvador-Carulla L, Solans J, Duaigues M, Balot J, García-Gutierrez JC. The role of ethical banks in health care policy and financing in Spain. *J Health Care Finance*. 2009 Winter;36(2):83-9.

51. Vieta A, Badia X. Inequalities in the financing of medicines among Autonomous Regions in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2009 Mar 14;132(9):364-8.

52. Пасічник В. Державне управління національною безпекою в системі національної безпеки та державного управління : монографія / В. Пасічник. – Режим доступу : <http://archive.nbuu.gov.ua/portal>.

53. Пономаренко А. Сучасні виклики та перспективи розвитку Держсанепідслужби. *СЕС. Профілактична медицина*. 2011. Вип. 4. С. 5 – 9.

54. Про основи національної безпеки України : закон України № 964-IV від 19.06.2003.URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/964-15>

55. Коронавірусна хвороба 2019. – URL : <https://uk.wikipedia.org/wiki>