

Київський національний торговельно – економічний університет

Кафедра публічного управління та адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«РОЗВИТОК ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В
СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Студента 2 курсу, 7М групи,
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

Голубова
Тетяна
Леонідівна

(підпис студента)

Науковий керівник
д.е.н,
доцент

Головня
Юлія
Ігорівна

(підпис керівника)

Гарант освітньої програми
д. держ.упр.
професор

Орлова
Наталія
Сергіївна

(підпис гаранта)

Київ – 2019

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Сутність державного управління в сфері охорони здоров'я.....	6
1.2. Роль і завдання органів місцевого самоврядування та місцевих органів виконавчої влади у реформуванні охорони здоров'я	9
Розділ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	14
2.1 . Аналіз державного управління охороною здоров'я України.....	14
2.2. Оцінювання ефективності управління в сфері охорони здоров'я в Рівненській області.....	24
Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	34
3.1. Зарубіжний досвід державного управління в сфері охорони здоров'я.....	34
3.2. Перспективна модель управління охороною здоров'я на регіональному рівні.....	37
ВИСНОВКИ.....	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46

ВСТУП

Система охорони здоров'я відіграє винятково важливу роль у забезпеченні належного рівня життя. Здоров'я людини, як відомо, у світі визнається настільки значущим, що цей показник першим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, з одного боку, рівня суспільного розвитку тієї чи іншої країни, а з другого – чутливого індикатора ефективності державного управління.

Охорона здоров'я — це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя[1,с.1].

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я.

Суспільство і держава відповідальні перед нинішнім і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя. Саме тому охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших внутрішніх державних функцій сучасної України. Значні соціально-економічні перетворення, що відбуваються в нашій молодій державі, включають і реформування сфери охорони здоров'я, передбачаючи зміну правових, економічних і організаційних основ збереження, зміцнення і відновлення здоров'я громадян. При цьому слід наголосити на тому, що реформи базуються на наукових засадах, які включають базисні категорії науки державного управління та управління у сфері охорони здоров'я.

Актуальність теми.

Одним із факторів сталого розвитку України є забезпечення належного стану здоров'я її громадян. Тут важлива роль відводиться системі охорони здоров'я та ринку медичних послуг. Остання зорієнтована перш за все на людину, яка потребує медичної допомоги, та на лікаря, що її надає; на профілактику

захворювань, та їх лікування, оскільки значення системи медичного обслуговування у збереженні і відновленні здоров'я населення дуже велике. Крім того, система медичного обслуговування виконує і важливу соціально-політичну функцію, сприяючи формуванню почуття впевненості в майбутньому. На жаль, система охорони здоров'я України перебуває не в належному стані. Причинами цього є низький рівень фінансування, ресурсного та правового забезпечення, диспропорції в її структурі. Командно-адміністративна модель управління сферою охорони здоров'я тривалий час обмежувала її розвиток у ринкових умовах.

Ситуація, що склалась, обумовлена не лише відсутністю належної правової бази, а й наявністю суттєвих суперечностей між її складовими елементами. Це насамперед стосується сфери державного управління, соціального піклування про здоров'я населення та професійної медичної діяльності. Населення нашої держави з острахом відноситься до змін у системі охорони здоров'я з огляду на її комерціалізацію, оскільки існує залежність між вартістю ліків, упровадженням нових технологій, підходів до обстеження та лікування і ціною медичних послуг. І лише за умов урахування інтересів населення, належної інформаційної бази, прозорості використання державних коштів, автономізації надавачів медичних послуг, контрактних основ їх надання створюються можливості ефективного розвитку системи охорони здоров'я, ринку медичних послуг як на державному, так і регіональному рівні.

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел.

Основний зміст роботи викладено на п'ятдесят одній сторінці комп'ютерного тексту.

Робота містить одну схему, чотири таблиці.

Метою дослідження є вивчення специфіки державного управління в сфері охорони здоров'я України.

Основні завдання полягають у:

- дослідити сутність державного управління в сфері охорони здоров'я;
- визначити роль і завдання органів місцевого самоврядування та місцевих органів виконавчої влади у реформуванні охорони здоров'я ;

- проаналізувати державне управління охороною здоров'я в Україні.
- оцінити ефективність управління в сфері охорони здоров'я в Рівненській області;
- проаналізувати зарубіжний досвід державного управління в сфері охорони здоров'я
- дослідити перспективну модель управління охороною здоров'я на регіональному рівні.

Об'єктом дослідження є процес державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів державного управління сферою охорони здоров'я в Україні.

Методологічною базою є сукупність способів наукового пізнання, методів і прийомів, що використовуються в процесі дослідження.

Для вирішення завдань, у процесі дослідження використано *загальнонаукові та спеціальні* методи, зокрема: системного підходу, аналітичний, концептуального моделювання.

Випусна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел.

Основний зміст роботи викладено на 51 сторінках комп'ютерного тексту.

Результати роботи опубліковані: «Публічне управління та адміністрування в умовах суспільних трансформацій». Збірник наукових статей 2019. -69

Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

1.1. Сутність державного управління в сфері охорони здоров'я.

Охорона здоров'я є важливою соціальною сферою суспільства, від стану якої залежить не тільки здоров'я населення як невід'ємна складова людського потенціалу, але й економічний розвиток держави в цілому.

Дослідження проблеми державного управління сферою охорони здоров'я доцільно розпочати з визначення такого складного поняття, як «здоров'я».

З державного погляду більш переконливим є розширення поняття «система охорони здоров'я» з включенням до нього умов, які впливають на здоров'я людей і визначають його стан, мотиви, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я нації, нормативи, які забезпечують сприятливі для здоров'я умови життєдіяльності. На нашу думку, всі названі елементи у комплексі можна об'єднати в поняття «сфера охорони здоров'я». Ще складніше сформулювати дефініцію поняття «управління», під яким розуміють як процес, так і структури, що його здійснюють[2,с.4].

Масу визначень, які постійно змінюються та удосконалюються, можна розуміти, як особливого роду діяльність керівного, організаційного та адміністративного характеру, яка здійснюється в рамках постійно діючої цілеспрямованої праці, як у сфері виробництва, так і в невиробничій сфері [3, с.2].

Не можна не погодитися з визначенням, яке особливо стосується поняття «державне управління»: Управління – це система органів та установ, призначених здійснювати рішення політичної влади [3, с.3].

Більш вичерпне і ґрунтовне визначення державного управління формують Nigro and Nigro (1989), згідно з яким державне управління:

- Це спільні зусилля певної групи в контексті держави
- Охоплює всі три гілки влади – виконавчу, законодавчу й судову, а також їхній взаємозв'язок.
- Виконує важливу роль у формуванні державної політики, а також є частиною політичного процесу

- Тісно пов'язане з численними приватними групами й окремими індивідами у забезпеченні громадських послуг
- Істотно різниться від приватного управління.

Схема етапів складання процесу управління



В основу сучасної політики у сфері охорони здоров'я покладено ідеологію реформування галузі. За визначенням ВООЗ, реформа – це цілеспрямований, динамічний та стійкий процес, який призводить до систематичних структурних змін. Реформування охорони здоров'я є нормативним, економічним та організаційним видом діяльності, яку необхідно збалансувати з етичними вимогами щодо загальнодоступності усіх видів медичної допомоги та дотримання справедливості у її розподілі для всіх соціальних груп населення. Управління – це цілеспрямований, тобто продуманий, організаційний і регуляторний, вплив населення на суспільну життєдіяльність, який можна забезпечити як безпосередньо, так і через спеціально створені органи і структури (державні органи, громадські організації, установи). Воно складається з таких елементів: цілі та завдання, функції управління, форми і методи їх проведення.

Керівники компаній та вчені ставили під сумнів корисність нового поняття: на їхніх очах американська промисловість протягом півстоліття чудово розвивалась без будь-яких «стратегій». Наведемо кілька визначень, які вчені дали терміну «стратегія»:

1. Стратегія – це спосіб поведінки або план, який інтегрує основні цілі організації, норми та дії в єдине ціле, дає змогу скеровувати та розміщувати ресурси унікальним і неповторним чином, що заснований на відносних

внутрішніх перевагах і недоліках організації, очікуваних змінах у середовищі та пов'язаних з ними діях конкурентів [4,с.15].

2. План управління організацією, спрямований на зміцнення її позиції, задоволення потреб і досягнення визначених цілей.

3. Дії та підходи управлінського персоналу щодо досягнення встановлених показників діяльності.

4. Комбінація із запланованих дій та швидких рішень стосовно адаптації до нових досягнень і нової диспозиції на полі конкурентної боротьби.

5. Встановлення основних довгострокових цілей та намірів організації, а також напрямку дій і ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей [4 с.16].

6. Правила для прийняття рішень, якими організація керується у своїй діяльності [9].

7. Узагальнена модель дій, необхідних для досягнення встановлених цілей, шляхом координації та розподілу ресурсів компанії [4, с.16].

8. Комплексний план, сформований для проведення місії організації та досягнення її цілей [4, с.17].

Особливе місце у цьому процесі відіграє вивчення світового досвіду та підготовка фахівців у галузі менеджменту, накопичення фундаментальних і практичних знань щодо стратегічного управління.

В сучасних умовах зростає роль людей у збереженні і зміцненні власного здоров'я. Нових підходів до управління охороною здоров'я також потребує урахування проблем, які загрожують здоров'ю в індустріальному суспільстві, передбачення міжсекторального співробітництва [5, с.22].

Таким чином, держава і суспільство спільно здійснюють функції управління у цій сфері, а деякі автори розрізняють дві його форми:

- управління системою охорони здоров'я та її зміцнення, яке одержало назву «управління охороною здоров'я»;
- співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів на засадах спільних інтересів, що називають «стратегічним управлінням в інтересах здоров'я» [5, с.23].

9. Оскільки здоров'я стало одним з найважливіших макроекономічних та політичних чинників у всіх сферах суспільства, різні органи державного управління, громадські організації, ділові кола та окремі громадяни все активніше залучаються до стратегічного управління сферою охорони здоров'я.

В Україні для вибору та аналізу державної стратегії стосовно реформування системи охорони здоров'я необхідно залучити до процесу перетворень певні механізми державного управління, пристосовуючи їх до конкретних суспільних проблем і можливостей, зокрема в умовах обмежених ресурсів [6, с.18].

Державне управління системою охорони здоров'я (СОЗ) України здійснюється відповідно до підписаних уповноваженими особами міжнародних угод і договорів, Конституції, законів країни, насамперед Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає діючу модель СОЗ та нормативно-правових актів, виданих уповноваженими для цього органами в системі державного та галузевого управління, починаючи від КМУ і МОЗ, а також судових органів, що стосуються охорони здоров'я населення як на рівні держави, так і на рівні областей, районів та окремих населених пунктів, зокрема міст, селищ, сіл, тобто адміністративних територій і громад, а також медичних служб, визначених законодавством для окремих відомств [7, с.15].

1.2. Роль і завдання органів місцевого самоврядування та місцевих органів виконавчої влади у реформуванні охорони здоров'я .

На сьогодні в нашій країні розпочато кардинальні перетворення у багатьох сферах суспільного життя з метою демократизації, децентралізації, підвищення захищеності населення, наповнення реальним змістом положень Конституції України про незалежну, демократичну, суверенну, соціальну, правову державу.

Таким чином, реформування державної політики в медичній сфері може дати суспільний ефект лише у разі узгоджених перетворень в інших державно-владних інститутах, напрямках діяльності держави, перш за все у здійсненні державної політики в соціальній, економічній, фінансовій сферах, змінах адміністративно-територіального устрою[8, с.26].

Метою політики децентралізації є перетворення органів місцевого самоврядування в реального суб'єкта влади на територіальному рівні, який має бути забезпечений повноваженнями і ресурсами в розв'язанні місцевих проблем.

З цією метою на територіальному рівні створюються об'єднані територіальні громади, які у правовому, організаційному, функціональному та фінансовому сенсі будуть спроможними вирішувати питання місцевого життя. Для цього передбачається передача на територіальний рівень реальних владних повноважень і ресурсного забезпечення, що і стане відповідним підґрунтям їх ефективного функціонування. Необхідною умовою згаданої політики є зміна призначення і функцій як територіальних органів виконавчої влади, так і органів місцевого самоврядування.

Тобто, органи місцевого самоврядування відповідного рівня повинні бути не тільки замовниками медичних послуг, але й розпорядниками передбачених на це коштів, будь-які рішення щодо фінансування заходів у сфері охорони здоров'я на місцях необхідно узгоджувати з представниками об'єднаних територіальних громад[9, с.11]. .

Актуальні проблеми державного управління 2017 Соціальна і гуманітарна політика Зокрема, незрозуміло, яким чином будуть утримуватись ті заклади охорони здоров'я, що не отримують держзамовлення та бюджетного фінансування; яким чином передбачається фінансувати таку важливу соціальну функцію, як реабілітаційно-лікувальні цикли осіб похилого віку; за рахунок якого бюджету фінансуватиметься відстеження та боротьба з епідеміями, проведення кампаній зі щеплення, особливо дітей, паліативна допомога невиліковно хворим і т. ін. Вирішення зазначених питань на регіональному й місцевому рівнях є важливою складовою реалізації медичної реформи на територіальному рівні.

Надзвичайно важливою складовою реалізації зазначеної реформи є створення в масштабах країни розподіленої за територією мережі медичних закладів. Проголошене реформування передбачає створення цілісної системи охорони здоров'я, що складається із трьох ланок (первинна допомога, вторинна і третинна), але при розподіленні мережі медичних закладів цих ланок за територіями виходить не з адміністративно-територіального поділу і сформованих

об'єднаних територіальних громад, а прив'язується до створюваних госпітальних округів і покладається на госпітальні ради[10, с. 3].

Наступною складовою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я є створення єдиного центру управління реформуванням і налагодження плідної взаємодії між головними суб'єктами цього процесу. Введення в дію будь-якої реформи здійснюється шляхом прийняття відповідних законів і їх подальшою реалізацією виконавчою владою.

Отже, в умовах України для успішної реалізації реформи системи охорони здоров'я необхідно, перш за все, налагодити співпрацю і взаєморозуміння між законодавчою (в особі Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України) й виконавчою (в особі Міністерства охорони здоров'я України) гілками влади. Безперечно, умовою успішності реформування медичної галузі є також її узгодження з діяльністю держави на інших напрямках[11,с.3].

Успішності реформування сприятиме врахування сучасних тенденцій у медичній сфері країн ЄС. Як зазначають дослідники О. Вашев, А. Вашева та Л. Іванова, нині у більшості європейських країн все більше уваги приділяється профілактиці й санітарно гігієнічній освіті населення, а не самому процесу лікування як такому. Хоча наголошують, що, як і раніше, у країнах ЄС на фінансування лікарень спрямовується більше половини всіх витрат на охорону здоров'я – від 50 до 75 % [12, с. 16].

Окрім того, виходячи із сучасного вітчизняного й зарубіжного досвіду, перетворення зазначених систем можна вважати органічно пов'язаним із розвитком форм і методів їх взаємодії з неурядовими організаціями та громадянами в процесах управління.

Необхідно все ж таки наголосити, що однією з найважливіших умов успішності реформування будь-якої галузі є розробка послідовного плану проведення реформування в державі, кореляції реформаторської діяльності між окремими її складовими, узгодження цього плану з усіма причетними сторонами і постійний моніторинг його здійснення.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Реалізація державної політики реформування сфери охорони здоров'я

передбачає наявність певних умов, що є підґрунтям і невід'ємною складовою її здійснення, зокрема:

-розробка на загальнонаціональному рівні послідовного плану здійснення реформ суспільного життя, кореляція реформаторської діяльності між її складовими;

-узгодження перетворень медичної сфери з логікою сучасного політичного процесу, а також змін у інших державно-владних інститутах, напрямках діяльності держави;

-налагодження співпраці і взаєморозуміння між законодавчою (в особі Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України) й виконавчою (в особі Міністерства охорони здоров'я України) гілками влади;

-врахування сучасних тенденцій у медичній сфері країн ЄС тощо.

Подальшого дослідження заслуговують визначення напрямів реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я, а також реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я на регіональному рівні[13,с. 32].

Реалізуючи повноваження у сфері охорони здоров'я, виконавчі органи сільських, селищних та міських рад наділені власними (самоврядними) повноваженнями, а саме, управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення; організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; та делегованими повноваженнями:

1) забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

2) забезпечення відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [14,с.64] розвитку всіх видів медичного

обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів;

3) забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

4) реєстрація відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [15, ст. 32].

Таким чином, державна політика у сфері охорони здоров'я повинна спрямовуватися на зміцнення здоров'я всіх верств населення, збільшення тривалості активного життя, поліпшення демографічної ситуації, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, удосконалення фінансування та управління галуззю. Погіршення стану здоров'я зумовлене насамперед комплексом не тільки медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників, недосконалим способом життя населення.

При цьому важливими складовими запровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками тощо в усіх аспектах реформування, у т.ч. фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектору розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства щодо напрямів і шляхів реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Розділ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

2.1 . Аналіз державного управління охороною здоров'я України.

Витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП).

Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишається дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

МОЗ України почало здійснювати централізовані закупівлі ліків за державний кошт через міжнародні організації. Завдяки державним закупівлям через міжнародні організації, в Україні з'явилося 76 нових препаратів, які зареєстровані та доступні для громадян. Також державні закупівлі через міжнародні організації дозволили закуповувати ті самі ліки значно дешевше. Наприклад, 90% препаратів за напрямком дорослої онкології сьогодні закуповують дешевше, ніж 2014 року[16,с.4].

У 2020 році розпочинається наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні – запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допомагає опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини.

До кінця 2020 року також буде автономізовано всі заклади охорони здоров'я, що будуть підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій. Це крок до формування єдиного медичного простору, коли всі лікарні, в тому числі і відомчі, стануть доступними для всіх українців[17,с.28].

Функціональність та результативність кожної моделі залежить від низки чинників, які можна поєднати в декілька груп:

1) чинники захворюваності або потреби в медичному обслуговуванні:

- демографічна ситуація (старіння, народжуваність, співвідношення вікових та статевих груп);
- рівень, структура та характер захворюваності населення і пов'язаний із цим рівень витрат на охорону здоров'я;
- рівень фізичної доступності медичних послуг (територіальна щільність закладів охорони здоров'я всіх видів або можливість телемедицини);
- стан системи профілактики захворюваності і травматизму, а також розповсюдження культури здорового образу життя (передусім, в частині харчування, спорту, режиму дня, відсутності шкідливих звичок);
- еколого-антропогенні чинники середовища, які впливають на ймовірність виникнення тих або інших хвороб, а також рівень хронічної захворюваності, травматизму;

2) чинники фінансового забезпечення:

- рівень економічного розвитку і добробуту в країні, який забезпечує можливість прямого, опосередкованого інститутами фінансового ринку або опосередкованого державою перерозподілу значної частини національного багатства на потреби охорони здоров'я;
- частка тіньової оплати праці та рівень податкового навантаження на оплату праці, пов'язаного із відрахуваннями на цілі охорони здоров'я, ліквідацію наслідків професійних захворювань та виробничого травматизму;
- рівень вкладень у фундаментальні та прикладні медичні дослідження та ін.;

3) чинники інфраструктурного забезпечення:

- рівень розвитку фінансового ринку, зокрема, в частині наявності інституційного забезпечення страхування життя і здоров'я, культури організованого обігу фінансових ресурсів (рівня фінансової інклюзії населення),

надійності фінансових інститутів, достатності регулювання економічних відносин в сфері діяльності фінансових інститутів та страхування життя і здоров'я;

- зміст медичних послуг (за видами медичної допомоги) та рівень розвитку медичних технологій;
- наявність власних потужностей із виробництва лікарських засобів та товарів медичного призначення, медичного обладнання;
- рівень патентного захисту лікарських засобів та виробів медичного призначення, медичних технологій тощо.

В сукупності дія цих чинників визначає можливість суспільства через ринковий або державний механізм (а реально – їх сполучення) забезпечити рівний доступ до такого рівня медичних послуг, який би реально сприяв зменшенню захворюваності або негативних її наслідків для працездатності, за умови, що для постачальників медичних послуг або товарів створено належну мотивацію до постійного удосконалення змісту (якості) та здешевлення останніх[с.5].

Як вказують Чорновіл О. [18,с.8] та Кравченко Ж. [18,с.8], всі існуючі економічні моделі систем охорони здоров'я зводять до трьох основних видів, а саме: платна (ринкова) медицина з використанням переважно приватного медичного страхування, а також суспільних програм медичної допомоги; державна (бюджетна) медицина з бюджетною системою фінансування; та система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування і регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування. Їх основні характеристики у систематизованому вигляді подано у табл. 2. 1.

Характеристика змісту основних економічних моделей організації системи охорони здоров'я .

Таблиця 2.1

Модель приватного забезпечення	Модель державного забезпечення	Модель змішаного забезпечення

<p>Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок самого споживача медичних послуг або через посередництво компаній з медичного страхування;</p> <p>Обсяг та зміст медичних послуг залежить від суми страховки або фінансової можливості пацієнта в момент надання медичних послуг;</p> <p>Відсутність єдиної системи державного медичного страхування;</p> <p>Співіснування приватних та публічних закладів охорони здоров'я;</p> <p>Держава може брати на себе фінансування медичних послуг для незабезпечених верств населення (однак, в обмеженому змісті та якості), осіб з особливими потребами (неповнолітні, вагітні, непрацездатні за віком, інваліди), або осіб зі спеціальним статусом (державні службовці, військові, співробітники органів внутрішніх справ, пожежні);</p> <p>Ринковий механізм діє в сферах встановлення цін медичних послуг, лікарських засобів і виробів медичного призначення, встановлення страхових тарифів, підготовки медичних кадрів, вироблення лікарських засобів та товарів медичного призначення;</p> <p>Переважна свобода вибору лікувального закладу</p>	<p>Фінансування охорони здоров'я здійснюється переважно бюджету або за рахунок обов'язкових платежів, при цьому держава є одночасно головним покупцем і постачальником медичних послуг;</p> <p>В разі бюджетної моделі фінансові ресурси для охорони здоров'я формуються одночасно за рахунок цільових платежів окремих осіб, роботодавців й бюджетного фінансування за рахунок інших, ніж зазначені, надходжень;</p> <p>В разі реалізації позабюджетного обов'язкового соціального страхування держава регламентує порядок створення і діяльності страхового фонду, контролює діяльність роботодавців з їх наповнення або прикріплення самозайнятих чи непрацездатних осіб до фонду і слідкує за зловживаннями, визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, приймає участь у формуванні цін на медичні послуги</p> <p>В структурі закладів охорони здоров'я домінують публічні заклади;</p> <p>Обсяг та зміст медичних послуг є стандартним і залежить від фінансових спроможностей держави;</p> <p>Держава бере на себе фінансування медичних послуг для всіх верств населення;</p> <p>У підготовці кадрів та забезпеченні лікарськими засобами та виробами медичного призначення можуть співіснувати ринковий та перерозподільчий механізми, однак вартість медичних послуг і товарів регулюється державою;</p> <p>Відсутня можливість вибору між закладами охорони здоров'я</p>	<p>Фінансування охорони здоров'я здійснюється з трьох джерел: цільових внесків до страхових фондів працедавців, безпосередньо найнятих робітників (підприємців-фізичних осіб, самозайнятих) і цільових надходжень з бюджету;</p> <p>Медичні установи можуть бути як у державній, так і в приватній власності;</p> <p>Ринок медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення поєднується із розвинутою системою державного регулювання і соціальних гарантій, стандартів доступності та якості медичної допомоги для всіх верств населення;</p> <p>За наявності певних стандартів доступності та якості ринок медичних послуг охоплює понадстандартні або спеціальні потреби, а також дозволяє реалізувати свободу вибору закладу охорони здоров'я в певних рамках, ширших ніж у моделі державного забезпечення, але вузких, ніж в моделі приватного</p>
---	---	---

Внутрішньою опцією механізму економічного забезпечення функціонування системи охорони здоров'я є вибір системи фінансування медичних послуг.

Перший варіант – це фінансування з бюджету без запровадження спеціальних соціальних зборів (обов'язкових платежів). Фінансування відповідної видаткової статті бюджету може здійснюватися за рахунок комбінування надходжень від різних податків та неподаткових платежів. Такий підхід є

виправданим в разі, якщо держава повністю бере на себе функцію охорони здоров'я. Його перевагами є:

- концентрація в рамках однієї державної структури функцій регулювання і фінансування надання медичної допомоги, що дозволяє досягти більшої узгодженості у стандартах надання медичної допомоги та нормативах фінансування;
- позитивний ефект масштабу, який характерний для діяльності такої урядової структури, що сприяє зменшенню середніх витрат;
- концентрація ресурсів у державному бюджеті сприяє зростанню персональної відповідальності уряду за страхування і, як правило, зменшенню ринкових зловживань;
- щільність зв'язку між фінансування сфери охорони здоров'я взагалі та фінансуванням галузевої науки, підвищення технологічного та кадрового рівня.

До недоліків такого варіанту належать: надмірна бюрократизація і негнучкість, необхідність забезпечення витрат на медичне обслуговування навіть за обмеженості дохідної бази бюджету, відсутність економічних стимулів до покращення обслуговування, підвищення якості та зниження витрат на медичні послуги, можливість бюрократичних зловживань й усталення корупційних схем.

Другим варіантом є обов'язкове медичне страхування через держбюджет (або позабюджетний фонд) шляхом запровадження спеціального обов'язкового збору (платежу) до бюджету (позабюджетного неприбуткового страхового фонду або фондів) і наступне фінансування з бюджету (з коштів фонду або фондів), яка унаслідувала т.зв. Бісмарковську модель соціального забезпечення.

Перевагами такого варіанту обов'язкового медичного страхування є:

- неприбутковість такої діяльності, через яку розпорядники бюджетних коштів або неприбутковий фонд меншу увагу приділяють мінімізації витрат на надання медичних послуг;
- гарантування з боку держави неможливості банкрутства такого фонду;
- гарантування рівності обсягів надання медичних послуг;
- можливість уникнути більш високих страхових премій, як це можливо в разі індивідуалізованого медичного страхування через приватні компанії;

- уникнення недосконалості ринку (обмежена відповідальність юридичних осіб, асиметрія інформації, зловживання ринковою владою тощо);
- До числа недоліків даного варіанту слід віднести:
- необхідність запровадження окремого фінансування для програм лікування хронічних захворювань, обслуговування екстреної та надзвичайної медичної допомоги, паліативної медицини, інвалідів, дітей, вагітних тощо;
 - наявність стимулів до ухилення від оподаткування та делегалізації зайнятості;
 - наявність обмежень, які накладає система загальнообов'язкового медичного страхування на вибір закладу охорони здоров'я, лікарських засобів та медичних технологій лікування;
 - необхідність укладати додаткові договори в разі, якщо мінімальний гарантований стандарт медичної допомоги не покриває конкретних ризиків для певної людини (подекуди і це неможливо);
 - необхідність нести тягар страхових премій не тільки за себе, а й за тих, хто не може через різні причини такі премії сплачувати, однак користується медичним обслуговуванням в повному обсязі.

Третій варіант – страхування через приватні страхові компанії (система Беверіджа): людина напряму або через роботодавця укладає контракт із страховою компанією; страхові платежі можуть здійснюватися самим страхувальником, роботодавцем з його коштів, роботодавцем з власних коштів, комбінований варіант (людина особисто, та/або роботодавець в межах передбачених трудовим договором сум, та/або роботодавець як певний бонус понад передбачені трудовим договором суми).

Перевагою такого підходу є можливість індивідуалізованого підходу до страхового контракту, і відповідно, формування страхової премії, хоча це за певних умов може перетворитися на недолік. Так, за умови, що людина веде здоровий образ життя, виявляє певний рівень культури піклування про власне здоров'я (регулярна діагностика, вакцинація тощо), то вона буде сплачувати менші страхові премії, ніж інша людина, яка не так відповідально ставиться до свого здоров'я, або людина, що має певні хронічні патології, а також менші

премії, ніж при загальнодержавному обов'язковому страхуванні, оскільки не сплачує тариф за представників незахищених верств. Іншими перевагами такої схеми є:

- страхувальник не обмежений у виборі лікувального закладу і лікаря, хоча можуть бути обмеження щодо схем та засобів лікування;
 - зменшується тягар держави на медичне забезпечення;
 - страхові компанії за певного рівня розвитку мають більший досвід в управлінні фондами, ніж політично залежні керівники урядових або квазіурядових організацій і фондів;
 - кошти, які акумульовані у вигляді страхових внесків на медичне обслуговування, можуть брати участь у відтворювальному процесі як інвестиції.
- До недоліків подібної моделі належать:

- нерівність доступу до медичного страхування для різних верств населення, що викликає соціальну напругу і змушує фінансувати частину витрат з бюджету;
- приватне страхування за власним механізмом не відповідає окремим видам медичної допомоги, зокрема, охороні здоров'я дітей, вагітних, непрацездатних за віком, людей з особливими потребами; а також медичній допомозі в особливих ситуаціях (екстрена або «швидка» допомога, допомога при настанні надзвичайних ситуацій);
- відносно більш висока вартість охорони здоров'я через ринкові ціни, явища монополізації тощо;
- потреба у розвиненому фінансовому ринку, який забезпечує ресурси, можливості для інвестицій, надійно регулюється (з урахуванням принципів обачності);
- наявність конкуренції між страховиками, яка може призвести до необґрунтованого зниження тарифів у цінових війнах;
- суперечність між принципами лікування та принципами раціонального використання ресурсів при визначенні обсягу страхових виплат.

Четвертий варіант, на сьогодні виключно теоретичний, — це повністю приватна оплата медичних послуг, однак не через страхування, тобто через диверсифікацію ризиків страхувальників, а за фактом настання випадку, в якому

необхідно нести витрати на медичне обслуговування. Його єдина перевага: окрема людина не несе солідарної (як в разі обов'язкового або добровільного медичного страхування) відповідальності за фінансування потреб в медичній допомозі іншим людям, тобто уникає страхових платежів в тому разі, якщо вона рідко хворіє, не потребує санаторного лікування або реабілітації, те ж саме стосується і держави – не потрібно фінансувати функцію охорони здоров'я. Недоліками такої моделі організації фінансування є:

- критична диференціація доступу до медичного обслуговування;
- вища вартість одноразової сплати медичних витрат, ніж регулярних страхових премій;
- відсутність у держави мотивації до фінансування розвитку медичної науки та технологій, підготовку та атестацію медичних кадрів.

Найбільш вдалою вважається модель, в якій поєднуються державне фінансування, обов'язкове медичне страхування та приватне страхування та/ або пряме приватне фінансування. Її структурно-змістові характеристики переваги і недоліки залежать від обраної схеми економічної підтримки функціонування галузі охорони здоров'я, способів адміністрування і регулювання платежів. У зв'язку з цим, слід навести результат досліджень Карамішева Д. та Шевченка В., які на основі аналізу літературних джерел і обґрунтування положення про принципову відмінність потреб у медичних послугах на різних рівнях їх надання обґрунтовують наступні пропорції для кожного рівня:

первинний рівень (амбулаторно-поліклінічна служба, сімейні лікарі): 70% – за рахунок страхових внесків, 20% – державних платежів, 10% – приватних платежів;

вторинний рівень (спеціалізована медична допомога): 20% за рахунок страхових внесків, 5% – державних платежів, 60% – приватних платежів;

третинний рівень (висококваліфікована вузькоспеціалізована медична допомога): 80% за рахунок державних платежів, 10% – страхових платежів, 20% – приватних платежів [19,с.17].

Разом з тим, запропонований підхід хоча і відображає певною мірою розподіл сум платежів у практиках оплати від пацієнта медперсоналу на першому

та другому рівня, однак є надмірно узагальненим, оскільки не враховує вартості основних фондів і варіації ціни медичних послуг, лікарських засобів та товарів медичного призначення на другому рівні медичної допомоги, через що ціна медичних послуг при 60% приватних платежів буде невідомою для пересічної людини.

В той же час слід погодитися, що у фінансуванні третього рівня держава має відігравати домінуючу роль, оскільки третій рівень – це як правило клінічні науково-дослідні установи, з експериментальним або унікальним обладнанням, високою фаховою підготовкою медичного персоналу.

В найбільш узагальненому вигляді, який не деталізує схеми фінансування, можна передбачити найбільш принципові переваги, вади і потенційні проблемні моменти змішаної системи економічного забезпечення[20,с.9]:

-нераціональність єдиної схеми або часткових схем фінансування надання медичної допомоги в розрізі рівнів (ургентна, надзвичайна, загальна, спеціалізована, вузькоспеціалізована або інноваційна), видів (санітарна, лікувальна, реабілітаційна, супровід вагітності і роди, педіатрія та доросла медицина, паліативна медицина), секторів (загальна, відомча), спеціалізацій (за соціально небезпечними хворобами типу туберкульозу, ВІЛ/СНІД тощо;

-або найбільш розповсюдженими хронічними – цукровий діабет, цереброваскулярні, онкологічні, кардіологічні – захворюваннями, які потребують спеціальних програм);

-невідповідність між рівнями бюджетного фінансування та нормованими або фактичними потребами в бюджетному фінансуванні за певної схеми;

-конфлікт інтересів медичного персоналу та держави в питаннях нормування і оплати праці;

-конфлікт інтересів при визначенні тарифів на надання медичних послуг і меж їхньої варіації у відповідності до принципів достатності допомоги та економічної раціональності.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що існує п'ять моделей економічного забезпечення функціонування системи охорони здоров'я: приватна позастрахова, приватна страхова, бюджетна, із загальнообов'язковим

публічним страхуванням та змішана, що поєднує ознаки окремих або всіх інших моделей.

Чинники функціональності та результативності певної моделі можна поділити на три групи: чинники захворюваності або потреби в медичному обслуговуванні, чинники фінансового забезпечення, чинники інфраструктурного забезпечення. Крім того, для виявлено, що у кожної з моделей, крім змішаної, є переваги та недоліки, прояв яких залежить від інституційного контексту, рівня добробуту та ін.

Переваги та вади змішаної моделі залежать від конкретних пропорцій участь кожного із суб'єктів фінансування у економічному забезпеченні функціонування системи охорони здоров'я, механізмів перерозподілу доходів в системі відносин окремих людей, роботодавців, держави, страховиків, лікувальних закладів та механізмів врегулювання конфліктів інтересів між ними, які також багато в чому залежать від інституційних, економічних, технологічних, інформаційних та інших передумов[21,с.13].

В перспективі слід виявити конкретні прояви рис того або іншого підходу до побудови економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я в Україні і обґрунтувати параметри найбільш раціонального з точки зору реалій сьогодення та потреб майбутнього підходу для здійснення медичної реформи.

2.2. Оцінювання ефективності управління в сфері охорони здоров'я в Рівненській області.

Здоров'я людини найвища цінність яка є у державі, тому саме вона повинна створювати умови для повного забезпечення суспільних проблем, виступати гарантом для рішення соціально-економічного розвитку, у тому числі й медичній допомозі.

Аналізуючи сучасний стан сфери охорони здоров'я, ми дійшли до висновку, що перетворення які розпочалися у медичній галузі гальмуються тому що є перепони, які чинять опір у розвитку системної взаємодії механізмів державного управління[22,с.9].

З моєї точки зору ключові проблеми це: з одного боку, патерналістична модель, яка притаманна медичній сфері і має низьку ризиків, а саме країна вкладає значні кошти у розвиток медичної допомоги, але, ці витрати не вирішують існуючі проблеми, а по деякі посилюють їх; з іншого – Україна має соціально-орієнтовану модель економіки, проте поступово ця модель змінюється на ліберальний економічний режим, без належного верховенства права [23,с.19].

Таким чином, механізми державного управління у сфері охорони здоров'я повинні виступати у ролі акумульованої дії між Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, інститутами соціального забезпечення і приватним сектором. Спочатку, визначимо різні наукові підходи до тлумачення механізмів державного управління та їх класифікацій, відокремлюючи складові цих механізмів.

На сучасному етапі у сфері охорони здоров'я спостерігається розбалансованість соціально-політичних, нормативно-правових, фінансовоекономічних, організаційних, мотиваційних, інформативно-комунікативних, освітніх, науково-методичних механізмів державного управління які ми згрупували їх у таблицю 2.2.

Система механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України

Таблиця 2.2

Механізми	Функції	Важелі державно-управлінського впливу
Соціально-політичні	Соціально-орієнтована	Визначені соціальні пріоритети держави у галузі охорони здоров'я. Реформа медичної галузі. Соціальні методи управління
Нормативно-правові	Організаційно-стабілізуюча	Законодавчо-правові (закони, постанови, укази), нормативно-адміністративні (накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, Ліцензування)інструменти регулювання. Адміністративні методи управління
Фінансово-економічні	Фінансово-економічна	Моделі фінансування, норми та нормативи витрат на послуги (медичні, освітні тощо). Механізми розподілу безоплатної медичної допомоги гарантованого обсягу і якості допомоги (послуг). Система Prozorro. Інструменти (налогові, кредитування, податкові), цінові механізми. Програми фінансової підтримки Економічні методи управління (макроекономічне планування, державний бюджет, податки, гроші, ціни, заробітна плата)
Організаційні	організаційна	Організаційно-правові норми і нормативи, стандарти, правила. Методи організаційного впливу, розпорядчі, дисциплінарного впливу
Мотиваційні	мотиваційна	Формальні процедури і правила щодо реалізації функцій, виконання видів діяльності, інструменти і способи впливу на персонал для забезпечення досягнення управлінських цілей Соціально-психологічні методи управління

Інформативно-комунікативні	інформаційна	Комунікативні стратегії, інформаційні технології, інформаційні бази даних. Інтернет, засоби масової інформації, соціологічні, моніторингові та статистичні дослідження
Освітні	Освітньо-наукова	Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Державні стандарти вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я». Резидентура. Технології безперервного професійного розвитку лікарів

У таблиці 2.2. я узагальнила функції (соціально-орієнтована, організаційно-стабілізує, фінансово-економічна, мотиваційна, інформаційна, освітньо-наукова) та важелі державно-управлінського впливу (засоби, інструменти, методи, процедури).

За 2018 рік чисельність населення України скоротилася на 233,2 тис. Осіб. Такі дані оприлюднила 20 лютого 2019 року Державна служба статистики.

Відзначається, що смертність значно перевищує народжуваність: на 100 померлих припадає лише 57 новонароджених таблиця 2.3.

Основні демографічні показники

Таблиця 2.3

	2018	Довідково 2017 роки
Чисельність наявного населення на кінець року (за оцінкою)	42153201	42386403
Середня чисельність наявного населення	42269802	42485473
Чисельність постійного населення (за оцінкою) на кінець року	41983564	42216766
Середня чисельність постійного населення	42100165	42315836
Загальний приріст, скорочення населення	-233202	-198139
Природний приріст, скорочення населення	-251791	-210136
Кількість померлих	587665	574123

Станом на початок 2017 року населення України становило понад 42,58 млн осіб, а на початок 2018 го скоротилося майже до 42,39 млн осіб.

Чисельність наявного населення в Україні, за оцінкою на 1 травня 2018 р. становило 42300,7 тис. осіб.

За таких умов у співпраці МОЗ з Мінфіном, Мінекономіки, Мінпраці, Мінюстиції та іншими зацікавленими сторонами за участі фахівців комітету ВРУ з охорони здоров'я, материнства і дитинства, Координаційної ради з охорони здоров'я КМУ та Національної ради з охорони здоров'я при Президентіві України стане можливим подальше (поетапне — за економічною «стратегією малих

кроків») удосконалення державноуправлінського механізму охорони здоров'я на виконання вимог як чинних законів, так і указів Президента України та підзаконних актів КМУ, які стосуються реалізації поособового фінансування «на мешканця», оплати праці «за обсягом і якістю роботи» (а не на утримання «наявної мережі»)[24,с.4].

Такими малими кроками, що не потребують значних ресурсів, буде:

- запровадження «віртуального фондотримання» лікаря загальної практики-сімейної медицини як первинного фондотримача і організатора охорони здоров'я, що не вимагає створення нового рівня юридичних осіб на базі структурних підрозділів ЦРЛ, міських лікарень і поліклінік в особі амбулаторій чи інших закладів сімейної медицини (що може радикально дезінтегрувати наявну мережу ЛПЗ різних рівнів і СОЗ України вцілому);

- створення «віртуального фонду охорони здоров'я населення регіону»,
- в межах якого інтегрувалась би інформація про консолідований бюджет з різних рівнів фінансування на охорону здоров'я населення певного регіону з віртуальним поділом коштів поособово — «на мешканця» в єдиній комп'ютеризованій інформаційно-аналітичній системі управління охороною здоров'я на базі мережі АРМів в лікувально-профілактичних закладах і органах управління;

- запровадження оплати праці медпрацівників «за обсягом роботи», що обліковується АРМ за класифікаторами медичних і інших послуг відповідними програмним забезпеченням, та з подальшим аналізом якості, результативності і ефективності цих лікувально-профілактичних заходів із залученням громадськості для ефективного прийняття УР.

- організація навчання користувачів вищезазначених технологій як в органах управління та закладах охорони здоров'я, так і громадських організаціях

Вищезазначені та інші необхідні заходи доречно скоординувати та відповідно спланувати для реалізації в системі виконавчої влади Координаційним комітетом з охорони здоров'я КМУ під егідою Національної ради з охорони здоров'я при Президентові України[25,с.11].

При реалізації реформаторських програм діяти необхідно, дотримуючись наступних основних принципів: децентралізація управління; соціально орієнтована доступність; економічна ефективність; профілактична спрямованість; наукове забезпечення; широка участь громадськості.

Система управління охороною здоров'я повинна базуватися на принципі децентралізації управління зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. І це викликано об'єктивною необхідністю[26,с.7].

Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»

Держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги (як відомо, цей варіант у нас працював, і не надто добре), до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі.

Держава більше не виділятиме грошей згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, державного чи комунального. Натомість медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу.

До початку 2019 року всі заклади надання первинної медичної допомоги мають перейти на нову систему фінансування шляхом укладання договорів із НСЗУ. А з 2020 року вже заклади всіх рівнів медичної допомоги перейдуть на фінансування через Нацслужбу[27,с.18].

Автономізація постачальників медичної допомоги

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребує принципової зміни характеру відносин між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – Нацслужбою здоров'я (замовником послуг).

В межах зазначених договорів Національна служба здоров'я України діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг.

До кінця 2018 року повинні були автономізуватися всі заклади первинної медичної допомоги, щоб з наступного року отримувати фінансування від Національної служби здоров'я. Це одне з завдань місцевої влади. Також необхідно закупити комп'ютери для лікарів, адже для повноцінної роботи лікаря комп'ютери є необхідною умовою[28,с.14].

Програма «Доступні ліки»

У квітні 2017 року Уряд запустив програму «Доступні ліки». Пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою. Для цього потрібно звернутися до лікаря за рецептом, а потім отримати препарати в аптеці, що долучилася до програми.

Результати програми

- програма “Доступні ліки” стала звичною для українців та першим маркером докорінних змін в системі охорони здоров'я. Вже понад 6,6 млн українців скористалися програмою та отримали ліки за понад 35 млн рецептами на суму понад 1,8 млрд грн. Нині у програмі бере участь більше 6000 аптек.

- за 2018 рік пацієнти отримали ліки за 18 млн рецептами на суму понад 1 млрд грн.

- пацієнти, які страждають на серцево-судинні захворювання, діабет 2 типу та бронхіальну астму нині можуть отримати за програмою 261 препарат, 59 з яких - повністю безоплатно.

- у жовтні 2018 року Всесвітня організація охорони здоров'я оцінила Урядову програму “Доступні ліки” в Україні. На їх чітке переконання, система реімбурсації в Україні була успішно реалізована. Всесвітня організація охорони здоров'я зазначила, що для багатьох пацієнтів програма була єдиною можливістю отримати доступ до лікування. Отже, Уряд досяг головної мети - дав доступ до якісного і ефективного лікування від найпоширеніших захворювань кожному українцю.

З 1 квітня 2019 року програму «Доступні ліки» почне адмініструвати Національна служба здоров'я України. З цього часу рецепти за програмою лікарі

зможуть виписувати виключно в електронній системі охорони здоров'я. Відтепер не має значення, де проживає пацієнт і де рецепт був виданий. Завдяки переходу програми реімбурсації «Доступні ліки» до НСЗУ пацієнти зможуть отримувати ліки за рецептом у будь-якій аптеці в Україні, яка бере участь у програмі. Це розширить можливості лікарів первинної допомоги виписувати ліки за програмою для усіх пацієнтів, які підписали з ними декларації. Це стосується усіх лікарів первинної ланки, які працюють у медзакладах-партнерах Національної служби здоров'я: комунальних, приватних та лікарів-ФОП[29,с.2].

Оформлювати рецепти за програмою лікарі будуть в електронній системі охорони здоров'я за допомогою медичної інформаційної системи, яка встановлена у медзакладі. Для цього в ній повинен бути відповідний модуль. Наразі за електронним рецептом відпускатимуться препарати за програмою «Доступні ліки». Виписати їх може лікар первинки — сімейний лікар, терапевт, педіатр для пацієнта, який підписав із ним декларацію.

Прозора та ефективна закупівля ліків

Україна забезпечена всіма вакцинами відповідно до Національного календаря щеплень

У 2018 році Україна вперше виходить на забезпечення 100% запитів лікарень за 12 напрямками, серед яких тести на ВІЛ, медикаменти при гемофілії у дітей та дорослих, медикаменти для дітей, хворих на нанізм різного походження та дітей з іншими орфанними захворюваннями, донорство крові, дитячий церебральний параліч, ліки для трансплантації. Це означає, що потреба у ліках, яку подавали лікарні, повністю забезпечена, і пацієнти можуть одержати визначені ліки безоплатно.

МОЗ України отримав найнижчу за всю історію державних закупівель ціну на інноваційне лікування вірусного гепатиту С. Курс лікування новітніми препаратами прямої дії коштуватиме 89 доларів. Завдяки цьому усі пацієнти з гепатитом С, які стоять у черзі на лікування, зможуть вилікуватись безоплатно. Це стало можливим завдяки ефективним державним закупівлям через міжнародні організації[30,с.6].

Реформа медичної освіти

Введення порогу 150 балів ЗНО з профільних предметів для вступу на спеціальності «Стоматологія», «Медицина» та «Педіатрія» і 130 балів - на спеціальність «Фармація, промислова фармація».

З 2019 року для атестації студентів-медиків запроваджується чотирьохкомпонентний єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ), що складається з іспиту КРОК, екзамену з англійської мови за професійним спрямуванням і міжнародним іспитом з основ медицини та ОСП(К)І (об'єктивний структурований практичний клінічний іспит). ЄДКІ сприятиме випуску з університетів справді кваліфікованих фахівців, знання та навички яких відповідають міжнародно визнаному рівню.

Запровадження системи безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я відповідно до постанови Кабміну №302 від 28 березня 2018 року. Безперервний професійний розвиток означає, що лікар повинен для підвищення кваліфікації набрати певну кількість балів щороку (а не раз на п'ять років, як це було раніше). Бали зараховуватимуться за різні форми підвищення кваліфікації. Це дозволяє лікарю підвищувати свою кваліфікацію не лише через навчання в академії післядипломної освіти, а й на конференціях, навчанні за кордоном, онлайн-курсах, тренінгах.

Створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я[31,с.10].

Згідно зі статтею 32 Закону України «Про місцеве самоврядування», до повноважень місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема – мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці й підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Органи місцевого самоврядування стикаються з низкою перешкод для ефективного здійснення зазначених повноважень. Виділення значних коштів із місцевих бюджетів на фінансування медицини вимушено спрямовується на

співоплату поточних видатків для надання базових медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу[32,с.6].

У межах запропонованого кластеру Проекту планується протягом п'яти років запровадити в Україні нову систему фінансування лікарень, яка базується на використанні класифікації пролікованих випадків стаціонарної допомоги з використанням системи DRG (діагностично споріднених груп — ДСГ), яка сприятиме адекватному визначенню місця надання медичної допомоги, підвищенню ефективності використання переданих лікарням фінансових, кадрових та матеріальнотехнічних ресурсів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів, підвищенню якості та доступності надання медичної допомоги, переходу до фінансування постачальників медичних послуг відносно до обсягу наданої медичної допомоги, її складності та якості. Крім Рівненської області, до кластеру проекту входять Закарпатська, Волинська, Львівська, Полтавська, Вінницька, Дніпропетровська та Запорізька області[33,с.14].

Однією зі значущих подій останніх років в управлінні медичним закладом є його участь у проекті Світового банку "Покращення охорони здоров'я на службі у людей". Зокрема, в рамках попередніх двох етапів реалізації проекту до обласної лікарні було поставлено ангиографічну операційну та кардіоваскулярний сканер.

Необхідність реалізації цього проекту в Україні і зокрема, за участю Рівненської обласної клінічної лікарні пов'язана з необхідністю модернізації фінансування охорони здоров'я за умов підвищення соціальних стандартів медичного забезпечення. Фінансування є однією з головних функцій системи охорони здоров'я, від ефективності організації якої прямо залежить успіх та стабільність виконання решти функцій цієї системи (управління, забезпечення ресурсами та надання послуг). Забезпечення адекватного своєчасного та раціонального фінансування системи дозволяє покращити рівність доступу населення до основних медичних послуг, і сприяє стимулюванню постачальників медичних послуг до надання медичних послуг при одночасному забезпеченні економічної ефективності [34,с.7].

Прикладом такої інституції є Світовий банк. Діяльність Світового банку в проєкті "Покращення охорони здоров'я на службі у людей" відповідає цілям діяльності цієї установи, зокрема його статутній меті — інвестування в розвиток людських ресурсів, зокрема шляхом удосконалювання систем охорони здоров'я; Рівненська область входить до складу учасників Проєкту з субпроєктом "Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки".

Основними цілями субпроєкту в Рівненській області визначені:

- покращення функціонування та взаємодії первинної, вторинної та третинної ланок надання допомоги хворим на ХСК (хвороби системи кровообігу).
- покращення обізнаності населення щодо профілактики хвороб системи кровообігу.

У рамках субпроєкту для досягнення поставлених цілей заплановано:

- провести капітальний ремонт та реконструкцію 105 закладів охорони здоров'я первинного рівня: фельдшерсько акушерських пунктів в лікарські амбулаторії.
- закупити медичне обладнання для серцево судинного центру Рівненської обласної клінічної лікарні, лікарських амбулаторій, центральних районних та міських лікарень.
- закупити вироби медичного призначення для серцево судинного центру РОКЛ.
- закупівлю 18 автомобілів швидкої медичної допомоги класу В для центральних районних та міських лікарень.
- розробка та запуск програмного забезпечення для супроводу електронного реєстру груп ризику з інтеграцією до державної системи eHealth.
- створення Центру обробки даних закладів охорони здоров'я.
- впровадження комплексної системи захисту інформації.
- розробка та підтримка інформаційного веб-порталу щодо хвороб системи кровообігу.
- розробка мультимедійного навчального курсу "Особливості роботи з групами ризику".
- проведення навчань медичного персоналу.

Таким чином, для підвищення соціальної ефективності управління галуззю і взагалі суспільної ефективності управління, що може бути визначена за допомогою співвідношення створених та спожитих суспільних благ, необхідно враховувати такі характеристики як продуктивність і якість, та впливати на них. Трансформація системи управління охороною здоров'я проводиться як на основі співпраці з відомими міжнародними організаціями, що працюють у сфері медичного забезпечення, вирішення гуманітарних та соціальних питань, так і шляхом співпраці з великими фінансовими інститутціями.

Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

3.1. Зарубіжний досвід державного управління в сфері охорони здоров'я.

Вивчення досвіду інших країн щодо моделей систем охорони здоров'я показало, що останніми роками всі країни Європи здійснюють реформування сфери охорони здоров'я.

Потреба змін викликана об'єктивними обставинами: зростанням рівня захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання, появою нових сучасних методів лікування і медичних технологій, а також зростанням очікувань населення.

Уряди країн європейського регіону переглядають свої системи охорони здоров'я, шукаючи альтернативні стратегії більш ефективного і справедливого фінансування галузі та надання якісних послуг населенню. Разом з тим реформа охорони здоров'я включає не тільки економічний, а також нормативний і організаційний види діяльності[35,с.8].

Міжнародні порівняння з країнами Євросоюзу таблиці 2.4.

Чисельність населення

Таблиця 2.4

	2017	2018		2017	2018
Україна	42,6	42,4	Польща	38,0	38,0
Австрія	8,8	8,8	Мальта	0,4	0,5
Болгарія	7,1	7,0	Люксембург	0,6	0,6
Велика Британія	65,8	66,02	Угорщина	9,8	9,8
Герція	10,8	10,7	Швеція	10,0	10,1
Іспанія	46,5	46,7			
Італія	60,6	60,5			
Кіпр	0,9	0,9			

Німеччина	82,8	82,8			
-----------	------	------	--	--	--

Вимоги щодо посилення контролю за витратами, підвищення продуктивності й ефективності пов'язуються із забезпеченням загальної доступності необхідної медико-санітарної допомоги, підвищенням ступеня рівності і справедливості отримання послуг різними прошарками суспільства

Заходи з реформування охорони здоров'я мають оцінюватися не тільки з позицій короткострокового заощадження державних бюджетних коштів, а й щодо їх вкладу в покращення здоров'я всього населення відповідно до стратегії ВООЗ “Здоров'я для всіх” [36,с.12].

Зростання вартості медичного обслуговування стало серйозною проблемою для реалізації сучасної політики в галузі охорони здоров'я в Європі.

З метою розв'язання цієї проблеми більшість європейських країн вживають низку заходів щодо стримування зростання витрат[37,с.9].

У країнах ЦСЄ і СНД на зміну централізованого виділення бюджетних коштів за “залишковим принципом” у перехідний економічний період прийшло розуміння необхідності збільшення асигнувань галузі, причому одночасно виникла стурбованість щодо неефективного використання наявних ресурсів. Крім того, економіка перехідного періоду не надавала можливості належного фінансування галузі відповідно потреб .

У зв'язку з таким підходом реформа системи охорони здоров'я включає визначення пріоритетів, удосконалення політики і реформування інститутів державного управління, через які ця політика здійснюється з гори до низу.

Оцінка процесу включає диференціацію того, що відбувається:

- структурні перетворення чи поетапні або еволюційні зміни;
- зміна цілей політики в галузі охорони здоров'я з подальшими інституційними змінами чи лише постановка нових завдань;
- цілеспрямовані чи випадкові зміни;
- чи послідовні й довгострокові зміни;
- чи це політичний процес з низу в гору під керівництвом національних, регіональних і місцевих органів державної влади.

Можна зробити висновок, що документами ВООЗ реформа визначається як процес, який включає послідовні й глибокі інституційні та структурні зміни, що запроваджуються урядом і що мають завданням досягнення низки чітко визначених політичних цілей[38,с.4].

Важливу роль у реформуванні сектора охорони здоров'я відіграє держава, а також добровільні, саморегульовані організації та громадськість у цілому. У таких європейських країнах, як Велика Британія, Німеччина, Нідерланди держава традиційно відігравала головну роль у розвитку сектора охорони здоров'я[39,с.3].

У країнах Європи значною є соціальна роль системи охорони здоров'я.

На сферу охорони здоров'я покладаються: етична, професійна, юридична, політична і фінансова відповідальність перед суспільством, що також визначає спрямування і здійснення реформ охорони здоров'я.

Тому реформа систем охорони здоров'я не може зводитися до чисто механічних дій, що полягають у реалізації раціонального плану щодо ефективнішого використання ресурсів. Стабільність такої важливої соціальної системи, як охорона здоров'я є результатом комплексу цінностей суспільства і соціальної структури інститутів, що забезпечують охорону здоров'я. Ця структура складається з процесів, законів і нормуючих актів, що визначають розподіл ресурсів і владних повноважень у секторі охорони здоров'я[40,с.8].

Відповідно до “Загальної програми роботи ВООЗ” ПМСД визначена як основна лікувальна допомога першого контакту людини із системою національної організації охорони здоров'я і має виконувати такі функції[41,с.2]:

- вживати основних санітарно-гігієнічних заходів;
- забезпечувати охорону здоров'я матері та дитини, включаючи планування сім'ї;
- здійснювати вакцинацію проти основних інфекційних захворювань;
- забезпечувати профілактику місцевих епідемічних захворювань і боротьбу з ними;
- здійснювати санітарну просвіту з актуальних питань охорони здоров'я і способів їх вирішення, включаючи профілактику;
- здійснювати лікування поширених захворювань і травм .

Принципи змін та політика у сфері охорони здоров'я європейських країн проголошені ВООЗ у програмних документах “Здоров'я для всіх”, “Здоров'я XXI”, Здоров'я-2020 :

- відданість етичним концепціям справедливості, солідарності та соціальної справедливості;
- важливість зменшення соціальної та економічної нерівності з метою поліпшення здоров'я всього населення;
- необхідність урахувувати у справі зміцнення здоров'я основні детермінанти й умови забезпечення здоров'я;
- необхідність проведення відповідних регіональних та національних політик та стратегій.

Таким чином, проведений аналіз принципів реформування в різних країнах показав, що погляди європейських політиків і урядів на основні цілі охорони здоров'я близькі. Їх можна визначити наступним чином: загальнодоступність охорони здоров'я, ефективність і висока якість медичної допомоги, раціональне використання засобів і чуйне ставлення до потреб хворого[42,с.7].

Визначені цілі підтримують не тільки політики різних країн, а й політики різних партій у країнах. Проте подібна однотайність відмічена лише на теоретичному рівні. На практиці загальні принципи здійснюються різними підходами, особливо у фінансуванні та визначенні права власності.

3.2.Перспективна модель управління охороною здоров'я на регіональному рівні.

Обсяг функцій охорони здоров'я визначається нормативно-правовими підставами, соціально-економічним потенціалом адміністративних одиниць держави, складністю обслуговування інформаційних каналів, що потребує концентрації зусиль на підвищенні результативності управління.

В цьому контексті діяльність органів влади з питань охорони здоров'я потребує вдосконалення і пошуку нових підходів до підвищення якості надання управлінських і медичних послуг. Досвід великих міст України, де впродовж останніх років цілеспрямовано реалізовувалася концепція інформатизації, показує, що підвищення якості надання послуг населенню значною мірою

залежить від оперативності впровадження й широти застосування новітніх інформаційних технологій[43,с.20] .

Тому головною метою держави, сформульованою у Національній програмі інформатизації, є створення необхідних умов для забезпечення окремих громадян та суспільства своєчасною, достовірною та повною інформацією шляхом широкого використання інформаційних технологій, забезпечення інформаційної безпеки держави.

Постійним завданням влади є створення належної системи доступу громадян до інформації щодо забезпечення потреб суспільства в послугах охорони здоров'я шляхом запровадження різних форм та засобів[44,с.9].

Інформаційний стенд є оптимальним засобом надання інформації з можливістю оперативного оновлення. Він повинен містити актуальну й вичерпну інформацію, необхідну для споживача, зокрема:

- законодавче забезпечення охорони здоров'я громадян, права та обов'язки лікаря і пацієнта; інформацію про структуру управління, графіки індивідуального прийому;
- режим роботи лікувально-профілактичного закладу та графіки прийому лікарів, профілактику захворювань тощо.

Законом визначено, що пріоритетність науково-технічного та інноваційного розвитку України потребує, зокрема:

- впровадження інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) в усі сфери життєдіяльності суспільства та держави; і узгодженості загальнодержавних, галузевих, регіональних програм та бізнес-проектів у сфері розвитку і використання ІКТ;
- удосконалення координації діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування щодо створення елементів інформаційної інфраструктури, зокрема при побудові корпоративних інформаційно-аналітичних систем;
- створення електронних інформаційних ресурсів, які повинні використовуватися в інформаційному обміні;
- впровадження механізмів надання органами державної влади та органами

місцевого самоврядування юридичним та фізичним особам інформаційних послуг з використанням мережі Інтернет.

Веб-сайт є основним і найбільш важливим елементом електронного урядування в системі охорони здоров'я, оскільки вміщує в собі переважну кількість інформації. Він надає багато принципів можливостей для споживачів:

- інформування стосовно діяльності органів влади, управлінь охорони здоров'я, закладів охорони здоров'я стосовно особливостей надання послуг;
- збереження інформації для споживачів;
- можливість електронним засобом звернутися за інформацією чи послугою, не витрачаючи особистого часу;
- налагодження зворотного зв'язку зі споживачами послуг (опитування пацієнтів та їхніх родичів щодо якості надання послуг, можливість висловити скарги та пропозиції)[45,с.4].

Для реалізації місії системи охорони здоров'я регіонального рівня необхідним є повідомлення потенційних споживачів про специфіку роботи галузі, перелік і види послуг. Здійснення необхідної для цього просвітницької кампанії можливе лише із залученням широкого кола засобів масової інформації. В цьому контексті надзвичайно актуальним є питання забезпечення органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування ефективних інформаційних зв'язків між рівнями управління системи охорони здоров'я, лікувально-профілактичними закладами (внутрішня комунікація), а також іншими галузями господарства і громадськістю (зовнішня комунікація). Саме участь такого широкого представництва в розробленні та реалізації програм розвитку системи галузі дасть можливість забезпечити достатній рівень доступності та якості медичних послуг[46,с.11].

Найбільш суттєвими складовими даної наукової концепції є:

децентралізація – розглядається як основний елемент реформування сектору охорони здоров'я в багатьох країнах.

розгляд системи і як цілого, і як сукупності окремих частин; 1 мета – передбачає відповідальність за вибір мети.

Такий підхід до управління системою охорони здоров'я вважається ефективним способом покращення медичного обслуговування, сприяє забезпеченню більш оптимального розподілу ресурсів з урахуванням потреб, залучає населення в процес визначення пріоритетів, а також усуває наявні нерівності в доступі до послуг у галузі охорони здоров'я.

Децентралізація визначається як розподіл чи передавання владних повноважень у галузі управління, планування та прийняття рішень з вищого на нижчий рівень управління[47,с.7].

Наприклад, децентралізоване управління лікувально-профілактичними закладами регіонального рівня має низку переваг. Основними з багатьох є наступні:

- ефективніша діяльність, оскільки їх адміністрація здатна оперативніше визначати проблеми та можливості й заходи їх вирішення;
- гнучке та швидше реагування на змінні обставини та потреби системи охорони здоров'я;
- використання інноваційного підходу для вирішення проблем розвитку системи охорони здоров'я відповідного територіального рівня; -
- забезпечення високої продуктивності праці медичних працівників на місцях.

Особливість системного підходу в організації логістичної діяльності системи охорони здоров'я регіональному рівні полягає в оптимізації функціонування не окремих елементів, а системи охорони здоров'я в цілому, в якій інформаційні процеси знаходять своє відображення у вигляді потоків інформації, що застосовується при прийнятті управлінських рішень .

Системний підхід показує, що головні властивості та результати функціонування логістичної системи залежать від складу та властивостей її елементів і базуються на таких принципах:

- єдність – передбачає паралельний розгляд системи і як цілого, і як сукупності окремих частин;
- мета – передбачає відповідальність за вибір мети;
- розвиток – ґрунтується на врахуванні змінюваності системи, її здатності

розвиватися, накопичувати інформацію з урахуванням динаміки середовища;

- ієрархія – відображає супідрядність;
- невизначеність – враховує ймовірність сукупності подій;
- організованість – відображає ступінь виконання рішень;
- стратегічне управління – пов'язане із значною кількістю проблем в охороні здоров'я, вирішення яких потребує ефективного стратегічного управління.

Основні завдання поліпшення демографічної ситуації: підвищення рівня народжуваності та розвиток сім'ї; поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та збільшення тривалості життя населення; регулювання міграційних процесів; подолання негативних наслідків старіння населення; демографічний розвиток регіонів[48,с.9].

Підвищення рівня народжуваності та розвиток сім'ї. У роботі з підвищення рівня народжуваності та розвитку сім'ї пріоритетними напрямками є:

- формування сприятливого соціально-психологічного клімату в суспільстві
- для створення сім'ї та позитивного налаштування громадян на сімейні цінності;
- зміцнення шлюбу, запобігання його розірванню, зниження рівня розлучень;
- збереження традицій багатодітності там, де вони ще існують, і формування серед батьків настанов на дводітну родину;
- активна пропаганда через засоби масової інформації сімейних цінностей, свідомого ставлення до сімейних обов'язків;
- створення економічних передумов для задоволення потреби сім'ї в дітях, поліпшення якості життя сімей;
- сприяння та підтримка виховної функції сім'ї;
- сприяння формуванню в суспільстві середнього класу як основи матеріального благополуччя сім'ї, зокрема, шляхом розвитку малого підприємництва, та удосконалення системи оплати праці;
- оптимізація мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, удосконалення їх діяльності шляхом запровадження нових ефективних форм роботи;
- удосконалення мережі культурних і консультаційних закладів із метою

створення умов для спілкування самотніх людей, які мають намір створити сім'ю;

- збільшення розміру одноразової допомоги при народженні кожної наступної дитини;
- удосконалення механізму надання адресної допомоги малозабезпеченим сім'ям із дітьми;
- упорядкування мережі дошкільних навчальних закладів, запровадження новітніх форм організації навчального процесу, підвищення якості освітніх послуг;
- посилення соціального захисту бездоглядних і безпритульних дітей, створення умов для повноцінного їх розвитку[49,с.13].

Поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та подовження середньої тривалості життя населення. Для подовження СОТЖ необхідно:

- створити умови для забезпечення доступу широких верств населення до засобів збереження та поліпшення здоров'я, якісного медичного та санаторно-курортного обслуговування;
- сформувати суспільне налаштування на ЗСЖ, особистісну мотивацію до збереження та поліпшення здоров'я;
- сформувати серед населення світоглядні принципи свідомого самозбереження як суспільно бажаної етичної норми;
- створити безпечне для життя і здоров'я довкілля;
- посилити боротьбу з наркоманією та проституцією;
- реформувати систему охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності та поетапного збільшення обсягу фінансування;
- розробити та забезпечити виконання програм ранньої діагностики та якісного лікування найпоширеніших небезпечних захворювань;
- розвивати перинатальні центри з відділеннями перинатальної діагностики, реанімації та інтенсивної терапії.

Подолання негативних наслідків старіння населення Для адаптації українського суспільства до процесу демографічного старіння населення, забезпечення гармонізації соціальних відносин між представниками різних поколінь необхідні:

- формування громадської усвідомленості невідворотності демографічного старіння населення та сприяння його адаптації до цього процесу;
- забезпечення економічного благополуччя осіб похилого віку;
- створення умов для реалізації творчого і трудового потенціалу осіб похилого віку;
- забезпечення рівного доступу осіб похилого віку до засобів збереження здоров'я та активного дозвілля; – удосконалення системи соціального забезпечення осіб похилого віку;
- створення умов для реалізації економічної активності осіб похилого віку;
- поліпшення координації діяльності міністерств та інших центральних органів виконавчої влади у вирішенні проблем, пов'язаних із життєдіяльністю осіб похилого віку[50,с.16].

Отже, в процесі вивчення структури управління охороною здоров'я на регіональному рівні в Україні та основних принципів які розглядаються як такі, що на даному етапі розвитку медичної галузі мають покращити її роботу, ми дійшли висновку, що така структура управління та повноваження окремих її ланок не можуть забезпечити вимоги часу.

Запропонований варіант структури управління охороною здоров'я на регіональному рівні відповідає усім принципам і підходам у реформуванні з урахуванням сучасного стану галузі, а також економічного та політичного стану у державі.

Вирішення вищенаведених завдань реформування сфери охорони здоров'я неможливе без подальшого вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність з нормами і принципами міжнародного права, чіткої і скоординованої взаємодії усіх гілок влади.

ВИСНОВКИ

Охорона здоров'я будь-якої держави являє собою комплекс державних, соціальних, економічних, медичних та інших заходів, до яких вдається товариство для охорони і поліпшення здоров'я членів цього товариства.

У процесі дослідження були розглянуто основні категорії, поняття, класифікації охорони здоров'я та медичного обслуговування населення країни, питання формування системи статистичних показників, розглянуто статистичні методи, які дозволяють здійснити комплексне дослідження динаміки та структури охорони здоров'я та його складових, виявлено тенденцію розвитку охорони здоров'я в Україні та країнах Європи. Здійснено статистичне оцінювання динаміки та структурних зрушень захворюваності населення України та країнах Європи, побудовано систему економіко-статистичних показників охорони здоров'я, виявлено та охарактеризовано основну тенденцію розвитку сучасної системи охорони здоров'я.

Для запровадження успішної реалізації реформ у системі охорони здоров'я в Україні необхідна чітка, збалансована програма, формулювання усіх напрямів з урахуванням необхідності приведення низки законодавчих актів до вимог часу.

Засвоєння сучасних моделей управління реформами слугує імпульсом для запровадження реформ та переходу системи охорони здоров'я на нові механізми функціонування. Мінімальні результати позитивних зрушень дадуть можливість зрозуміти, що зміни наступають тоді, коли організаційна система еволюціонує від існуючого стану до запланованого майбутнього стану. Це є процес упровадження нововведень з метою переходу від ідеальної моделі нововведень до моделі реальної.

Доведено, що в Україні державно-приватне партнерство сьогодні – це найбільш імовірний механізм залучення коштів у державну систему охорони здоров'я для її модернізації та реформування.

Основними технологіями залучення громадських організацій до процесів реформування сфери охорони здоров'я можуть бути такі:

- розробка та впровадження ефективної науково та юридично обґрунтованої методології створення й діяльності відповідних громадських структур;
- стимулювання громадських організацій до участі у процесах прийняття рішень суб'єктами управління галуззю з метою забезпечення їх прозорості;
- підвищення компетентності усіх зацікавлених сторін у питаннях консолідованого прийняття рішень;

Отже, попереду на країну чекає болючий процес одужання вітчизняної системи охорони здоров'я. І, враховуючи, що глобальною проблемою в Україні й надалі залишається відсутність єдиної політичної волі та бачення вектора шляху розвитку нашої держави як органами центральної законодавчої і виконавчої влади, так і органами місцевого самоврядування (що унеможливорює ефективне здійснення будь-якої реформи в державі), а сама підготовка до здійснення викладених у стратегії реформувань є надзвичайно трудомісткою, наразі стає зрозумілим: для позитивних зрушень нам будуть потрібні час і терпіння.

За ознаками формування джерел покриття фінансових витрат на лікування для населення і відповідальності лікарів за результати своєї професійної діяльності нинішня система охорони здоров'я подібна до притаманних найбільш розвинутих країнам натуральних моделей організації охорони здоров'я, в яких доступ до медичної допомоги обмежується фінансовою спроможністю хворих, а стосунки між лікарями та пацієнтами не підлягають повній правовій впорядкованості.

Реформа системи охорони здоров'я, що нині впроваджується в Україні, відповідає головним тенденціям розвитку цієї галузі в розвинутих країнах: забезпечення загального охоплення населення найбільш необхідними видами медичної допомоги, збільшення фінансової автономності лікарняних закладів, диверсифікація джерел фінансування галузі, підвищення рівня її адаптивності.

Разом з тим, усунення потенційних ризиків, які може нести в собі впроваджувана реформа, потребує реалізації низки заходів соціальної політики, спрямованих на збереження доступності медичних послуг для найменш захищених верств населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз сфер політичної діяльності, актуальних українських та європейських політик : метод. рек. / Г. П. Ситник, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло, А. В. Дацюк. – К. : НАДУ, 2009. – 32 с.

2. Волинкін І. І. Аналіз та перспективи кадрового забезпечення галузі в умовах її реформування / І. І. Волинкін // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік. – Київ, 2012. – С. 62–71
3. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості : аналіт.-стат. посіб. / [упоряд. : Т. С. Манойленко, А. Г. Кириченко, І. Л. Ревенько ; ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацький]. – К : ННЦ “Ін-т кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска”, 2012. – 211 с. 7. Про внутрішнє та зовнішнє становище України у сфері національної безпеки : аналіт. доп. Нац. ін-ту стратег. досліджень до позачергового Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2014. – 148 с.
4. Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
5. Хід реформування системи охорони здоров'я у м. Києві за перше півріччя 2013 року. – Режим доступу: <http://kievcity.gov.ua/news/9080>
6. Інформація про соціально-економічну інформацію в галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/informacija-pro-socialno-ekonomichnu-informaciju-v-galuzi-okhoroni-zdorovja/>
7. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості : аналіт.-стат. посіб. / [упоряд. : Т. С. Манойленко, А. Г. Кириченко, І. Л. Ревенько ; ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацький]. – К : ННЦ “Ін-т кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска”, 2012. – 211 с. 7. Про внутрішнє та зовнішнє становище України у сфері національної безпеки : аналіт. доп. Нац. ін-ту стратег. досліджень до позачергового Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2014. – 148 с.
8. Попченко Т. П. Побудова української моделі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / Т. П. Попченко // Стратег. пріоритети. – 2011. – № 2 (19). – С.

9. До шляхів покращення медичної допомоги працівникам вищих навчальних закладів / І. М. Рогач, Г. О. Слабкий, Р. Ю. Погоріляк, Д. Я. Шип // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2016. – № 1 (26). – С. 108–109.
10. Кучеренко Н. Т. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я // Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щорічної Всеукр. наук.-практ. конференції за міжнародною участю. – Київ, 2016. – С. 99– 100.
11. Оцінка знань медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу та визначення рівня їх толерантності до ВІЛпозитивних людей в умовах реформування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. Й. Білак–Лук'янчук, Ю. В. Веклинець, О. О. Зеленко // Депресія: давай поговоримо : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. до Всесвітнього дня здоров'я 2017 р., м. Київ, 06–07 квітня 2017 р. – Київ, 2017. – С. 167–169
12. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні навч.-наук. вид. / авт. кол. М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. М. М. Білинської. – К.; Львів: НАДУ, 2012 – 240 с.
13. Баєва О. Formuvannia derzhavnykh vymoh do orhanizatsiinoi kompetentnosti menedzheriv pidpriemstv i orhanizatsii u menedzheriv pidpriemstv i orhanizatsii u haluzi okhorony zdorovia [Формування державних вимог до організаційної компетентності менеджерів підприємств і організацій у менеджерів підприємств і організацій у галузі охорони здоров'я] [Електронний ресурс]. – Available at: <http://koha.tntu.edu.ua/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=41267>[Accessed: February 11, 2018].
14. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій / Є. Іваненко // Світ фінансів. – 2015. – № 3. – С. 71–81.
15. Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2012 році : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К. : НІСД, 2012. – 256 .
16. Європейська база «Здоров'я для всіх», 2008

17. Попченко Т. П. Побудова української моделі охорони здоров'я в умовах ринкової економіки / Т. П. Попченко // Стратег. пріоритети. – 2011. – № 2 (19). – С. 115–120.
18. Солоненко І. М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: монографія. – К.: Фенікс, 2008. – 275 с.
19. Наукова діяльність ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» / П. С. Мельник, О. М. Дзюба, М. В. Кудренко, В. А. Русняк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (40). – С. 7–11.
20. Сазонець І.Л., Зима І.Я. Соціальні інститути в трансформації державної системи управління охороною здоров'я / І.Л. Сазонець, І.Я. Зима. — Рівне: Волин. обереги, 2018. — 168 с.
21. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / М. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
22. Поживілова О. Науковий супровід реформування системи охорони здоров'я України: стан і тенденції розвитку : монографія / О. Поживілова. – [Б. м.] : ТОВ “ДКС-Центр”, 2012. – 272 с
23. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 — 2020 роки [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://moz.gov.ua/strategija>
24. Удосконалення організаційно-правових засад місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я : метод. рек. / за ред. І. М. Солоненка. - К. : НАДУ, 2008. - 40 с.
25. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід / О. Ю. Оболенський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло та ін. — К. : Асоціація міст України та громад, 2007. – 191 с.
26. Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (наук.-аналіт. доп.) / [за ред. акад. С. І. Пирожкова]. - К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. - 72 с.

27. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях // Становлення і розвиток української державності. – К. : ДП “Видавн. дім “Персонал”, 2009. – Вип. 3. – С. 63–70.
28. Прокопчук О. Л., Павленко О. І. Єдина державна політика суспільного здоров'я України: концепція, стратегія, тактика, критерії успішності реалізації. *Новости медицины и фармации.* 2015. № 15 (558). URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/41903> (дата звернення: 17.10.2017).
29. Прокопчук О. Л., Павленко О. І. Шляхи подолання демографічної та медичної кризи в Україні через систему сучасного реформування. *Новости медицины и фармации.* 2015. № 9 (542). С. 26–30. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/41023> (дата звернення: 17.10.2017).
30. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page> (дата звернення: 17.10.2017).
31. Закон України “Про затвердження Загальнодержавної програми “Здоров'я – 2020: український вимір”. Електронний ресурс. Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?pf3516=3748&skl=8.
32. Рівненська обласна державна адміністрація [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.rv.gov.ua/sitenew>.
33. Світовий банк [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://uk.wikipedia.org/wiki>.
34. Офіційний сайт Комунального підприємства "Рівненська обласна клінічна лікарня" Рівненської обласної ради [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://rokl.rv.ua/>.
35. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб // Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. пр. НАДУ. - К., 2005. - С. 424-431.
36. Дані Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.moz.gov.ua/ua/portal>.

37. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/topics/ru/>.
38. Авраменко Т. П. Дотримання державних гарантій на охорону здоров'я як основа державного управління змінами сфери охорони здоров'я в Україні / Т. П. Авраменко // Вісн. НАДУ. – 2015. – № 2. – С. 43–50.
39. Українська База Медико-Статистичної Інформації «Здоров'я для всіх» за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України . – Режим доступу: <http://www.medstat.gov.ua/ukr/normdoc/vooz.html>.
40. Устинов О. Актуальні проблеми охорони здоров'я у III тисячолітті / О. Устинов // Український медичний часопис. – 2013. – № 3(95). – С. 28–31.
41. Стародубов В.И. Оценка эффективности деятельности региональных систем здравоохранения / В.И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 3. – С. 15–25.
42. Жидкова О. И. Медицинская статистика [Текст] : Конспект лекций / О. И. Жидкова. — М. : Эксмо, 2009. — 160 с
43. А. Малагардіс, В. Рудий та ін.. Реформування системи охорони здоров'я: досвід Проекту Європейського Союзу "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", Київ, 2009.
44. Пашков В.М. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я Спеціалізований медичинський сайт. Щотижневик «Аптека» № 26 (547) от 3.7.2010.
45. «Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века» - [Електронний ресурс] Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1 -
46. Концепція розвитку системи громадського здоров'я [Електронний ресурс] - Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250214112>.

47. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія] / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.] – К., 2014. – 312 с. – С. 53.
48. Пітюлич М.І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я України: [Електронний ресурс] / М.І. Пітюлич // Ефективна економіка [Електронне наукове фахове видання ДДДАЕУ]. – 2015. – № 3. – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua>.
49. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.
50. Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку [Текст]: Колективна монографія [Безтелесна Л.І., Сазонець І.Л. та ін.] : За наук. ред. д.е.н., проф. Безтелесної Л.І.. – Рівне: Волин. обереги, 2016. – 184 с.