

Київський національний торговельно-економічний університет  
Кафедра публічного управління та адміністрування

## ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

### «ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»

Студентки 5 курсу, 3 групи,  
спеціальності 281 «Публічне  
управління та адміністрування»  
спеціалізації «Публічне  
управління та адміністрування»

Інякіної  
Вікторії  
Андріївни

\_\_\_\_\_ (підпис студента)

Науковий керівник  
канд. екон. наук

Дьяченко  
Ольга  
Володимирівна

\_\_\_\_\_ (підпис керівника)

Гарант освітньої програми  
канд. екон. наук,  
доцент

Головня  
Юлія  
Ігорівна

\_\_\_\_\_ (підпис гаранта)

Київ 2022

**Київський національний торговельно-економічний університет**

Факультет економіки, менеджменту та психології

Кафедра публічного управління та адміністрування

Освітній ступінь: бакалавр

Спеціальність: публічне управління та адміністрування

Спеціалізація: публічне управління та адміністрування

**Затверджую**

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

«11» грудня 2021 р.

**Завдання**

**на випускн кваліфікаційну роботу (проект) студентів**

**Інякіній Вікторії Андріївні**

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи (проекту): **«Державне регулювання системи охорони здоров'я в Україні»**

Затверджена наказом ректора від «10» грудня 2021 р. № 4082

2. Строк здачі студентом закінченого проекту (роботи)

24.01.2022 р.

3. Цільова установка та вихідні дані до роботи (проекту)

*Метою роботи (проекту) є обґрунтування напрямів удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.*

*Об'єктом дослідження є процес державного регулювання системи охорони здоров'я.*

*Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.*

4. Зміст випускного кваліфікаційного проекту (роботи) (перелік питань

за кожним розділом):

**ВСТУП**

**РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

1.1. Стан та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні

1.2. Оцінка ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні

## РОЗДІЛ 2. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Проблеми державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні

2.2. Напрями удосконалення системи охорони здоров'я в Україні

### ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДОДАТКИ

#### 5. Календарний план виконання роботи (проекту)

№ пор	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи	
		за планом	фактично
1	2	3	4
1	Визначення напрямку дослідження та затвердження теми випускної кваліфікаційної роботи	До 10.12.2021	10.12.2021
2	Складання плану та підготовка індивідуального завдання для виконання випускної кваліфікаційної роботи	До 20.12.2021	20.12.2021
3	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису першого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 10.01.2022	10.01.2022
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису другого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 20.01.2022	20.01.2022
5	Представлення закінченої випускної кваліфікаційної роботи на кафедрі	До 21.01.2022	21.01.2022
6	Підготовка письмового відгуку на випускну кваліфікаційну роботу	До 22.01.2022	22.01.2022
7	Зовнішнє рецензування ВКР	До 22.01.2022	22.01.2022
8	Проведення попереднього захисту випускних кваліфікаційних робіт	21-23.01.2022	21-23.01.2022
9	Вирішення питання про допуск випускної кваліфікаційної роботи до захисту	До 25.01.2022	До 25.01.2022
10	Направлення випускної кваліфікаційної роботи із зовнішньою рецензією у ЕК для захисту	За графіком	За графіком

6. Дата видачі завдання «11» грудня 2021р.

7. Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

Дьяченко О.В.

8. Гарант освітньої програми Головня Ю.І.

9. Завдання прийняв до виконання студент Інякіна В.А.

10. Відгук наукового керівника випускної кваліфікаційної роботи (проекту):

Випускна кваліфікаційна робота Інякіної Вікторії Андріївни, яку подано на рецензування, складається зі вступу, двох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, додатків.

Актуальність дослідження обумовлена тим, що забезпечення ефективної системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням державного регулювання. Саме через систему охорони здоров'я держава забезпечує виконання основних конституційних прав населення.

У випускній кваліфікаційній роботі автор зробив спробу проаналізувати ефективність ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні та визначити його проблеми та обґрунтувати напрями його удосконалення.

Проте, робота містить ряд недоліків: недостатньо досліджено стан та охарактеризовано пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні, пропозиції носять декларативний характер і є недостатньо обґрунтованими.

Загалом, представлена на рецензування випускна кваліфікаційна робота Інякіної Вікторії Андріївни може бути допущена до захисту.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)

*(підпис, дата)*

Відмітка про попередній захист Головня Юлія Ігорівна

11. Висновок про випускну кваліфікаційну роботу (проект):

Випускна кваліфікаційна робота (проект) студента Інякіна В.А. може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Гарант освітньої програми: Головня Юлія Ігорівна

Завідувач кафедри: Новікова Наталія Леонідівна

«25» січня 2022 р.

## ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	9
1.1. Стан та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні	9
1.2. Оцінка ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні	13
РОЗДІЛ 2. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	20
2.1. Проблеми державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні	20
2.2. Напрями удосконалення системи охорони здоров'я в Україні	27
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	34
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	36
ДОДАТКИ	42

## ВСТУП

**Актуальність теми** дослідження обумовлена тим, що зі становленням ринкових відносин проблема реформування медичної галузі та системи охорони здоров'я, що відповідає новим реаліям, вельми актуальна в Україні. Існуюча в радянській командній системі монополізація всіх сторін життєдіяльності суспільства породила залишковий принцип фінансування охорони здоров'я, що призвело до хронічної нестачі коштів для вирішення нагальних проблем населення, в тому числі надання йому медичної допомоги. Крім того, колишня система охорони здоров'я знижувала мотивацію до праці у медичних працівників, що часто справляло негативний вплив на якість медичного обслуговування, на втрату інтересу до споживача медичної допомоги.

Перехідний період супроводжувався посиленням економічних і бюджетних обмежень та призвів до погіршення діяльності системи охорони здоров'я, стану здоров'я населення, до зниження раніше досягнутого рівня надання медичної допомоги та її доступності. Таким чином, реформування вітчизняної системи охорони здоров'я стало нагальним і невідкладним завданням, яке слід вирішувати комплексно з іншими соціальними і економічними проблемами. В даний час, коли охорона здоров'я країни все більше переходить на платні види послуг, медичне страхування стає одним з найважливіших компонентів соціального захисту населення, так як більше третини його залишається за межею бідності і не в змозі фінансувати свої витрати на медичні послуги.

Таким чином, актуальність теми дослідження обумовлена: по-перше, станом охорони здоров'я населення країни; по-друге, новизною розв'язуваних завдань з організації системи медичного страхування; по-третє, необхідністю наукового обґрунтування і пояснення принципів нової системи організації охорони здоров'я в країні.

За останнє десятиліття науковий інтерес до даної проблеми в Україні значно зріс. Причиною цього став початок процесу реформування охорони здоров'я та пошук оптимальної моделі, що зажадало теоретичних розробок на заснованому досвіді економічно розвинених країн.

**Метою дослідження** є обґрунтування напрямів удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

Мета сформулировала ряд завдань:

- дослідити стан та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні;
- оцінити ефективність державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити проблеми державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні;
- обґрунтувати напрями удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

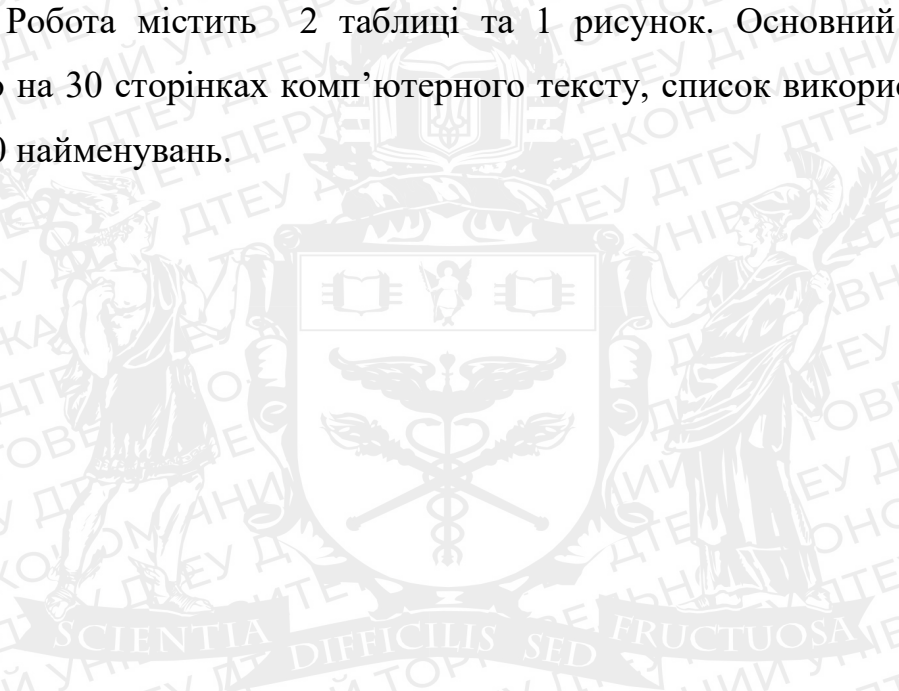
**Об'єкт дослідження** – процес державного регулювання системи охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** є теоретичні та практичні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

**Методи дослідження.** Методологічну основу дослідження складають сукупність загальнонаукових методів, а саме: методи діалектичного пізнання, метод соціологічної теорії, метод узагальнення та системного аналізу. За допомогою методу діалектичного пізнання були відображені загальні властивості, відношення і зв'язки, які існують в об'єктивній реальності в галузі охорони здоров'я в Україні. Завдяки використанню методу соціологічної теорії були розглянуті соціальні процеси, що відбувалися в процесі проведення медичної реформи. При застосуванні методу системного аналізу було з'ясовано причинно-наслідкові зв'язки з початку реформування системи охорони здоров'я

через прийняття відповідного законодавства з безпосередніми змінними процесами, що почали відбуватись. Метод узагальнення дав можливість проаналізувати всю інформацію та зробити обґрунтовані висновки з питань державного регулювання системи охорони здоров'я населення в Україні.

**Структура роботи.** Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 2 таблиці та 1 рисунок. Основний зміст роботи викладено на 30 сторінках комп'ютерного тексту, список використаних джерел містить 50 найменувань.





## РОЗДІЛ 1

# АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Стан та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні

Стратегію реформування галузі багато в чому визначає Концепція розвитку електронної охорони здоров'я [38] і медичної галузі, яка схвалена постановою Кабінету Міністрів України.

В останні роки стає очевидним, що проблеми оновлення галузі неможливо вирішити на основі однієї наукової дисципліни. Успішне реформування можливе тільки при використанні сучасних методів стратегічного менеджменту, заснованих на системному і ситуаційному підходах [2, с.134]. Охорона здоров'я є відкритою системою, діяльність якої залежить не стільки від внутрішніх чинників, скільки від зовнішнього оточення. У цих умовах необхідно чітко бачити взаємозв'язок між соціально-економічними процесами в суспільстві і системою охорони здоров'я населення.

Реформування відбувається на макрорівні (держава) і мікрорівні (органи місцевого самоврядування) [8]. Кожному рівню притаманні свої специфічні завдання і проблеми. На макрорівні визначається стратегія розвитку охорони здоров'я, розглядаються загальні питання реформування, макроекономічні показники діяльності галузі. На мікрорівні вирішуються проблеми практичної реалізації стратегії реформування охорони здоров'я з урахуванням місцевих особливостей. Тут на перший план виходять крім економічних питань, питання соціально-психологічного забезпечення. Саме від первинної ланки охорони здоров'я залежить в кінцевому підсумку успіх проведених перетворень [8].

Отже, першим показником в здоров'ї населення є дані щодо народжуваності та смертності. За ними можна встановити динаміку поповнення

чи зменшення нації. На прикладі розглянемо сформовані показники з 1980 по 2020 рр. (табл.1) [3; 49]

Таблиця 1.1

### Соціодемографічні показники в Україні, 1980–2020

Показник	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019	2020
Загальна чисельність населення млн. осіб	49.97	51.83	49.42	47.11	45.96	42.92	42.58	42.39	42.15	41.90
Населення, жінки (% від загальної кількості)	54.07	53.49	53.45	53.62	53.84	53.74	53.70	53.52	53.38	53.19
Приріст населення (середньорічний %)	0.44	0.23	-7.6	-7.6	-4.4	-4.26	-4.39	-5.8	-6.6	-8.1
Рівень народжуваності (на 1000 осіб)	15.15	12.60	7.80	9.00	10.80	10.70	9.40	8.7	8.1	7.8
Коефіцієнт фертильності (народжень на одну жінку)	1.95	1.84	1.11	1.21	1.44	1.51	1.37	1.23	1.19	1.12
Рівень смертності (на 1000 осіб)	11.43	12.10	15.40	16.60	15.20	14.90	14.50	14.8	14.7	15.9

Джерело: [авторська розробка]

Відповідно до Звіту про сталий розвиток за 2019 рік, Україна має значний прогрес в досягненні Цілей сталого розвитку (далі – ЦСР). У 2019 році Україна мала загальний показник індексу ЦСР 72,8%, що на 3,4% перевищує середній показник по регіону, та посіла 41 місце зі 162 країн у світовому рейтингу ЦСР. Однак оцінка, що дається в цьому звіті, показує, що, хоча у ЦСР 3 та деяких інших областях і відбуваються поліпшення, цього прогресу недостатньо для досягнення поставлених цілей до 2030 року [18].

Отже, Національний план дій щодо реалізації стратегії Україна-2020 [44] містить величезний перелік завдань та індикаторів для просування економічного зростання, управління, верховенства права, безпеки, оборони та інших цілей розвитку. Разом з вісьмома іншими напрямками реформа системи охорони здоров'я є пріоритетною для Уряду, включаючи реформи судової влади, державного управління, правоохоронних органів, системи національної

безпеки та оборони, децентралізацію, антикорупційну та податкову реформи, дерегуляцію та розвиток підприємництва.

Якщо говорити про пріоритетні напрямки реформування охорони здоров'я, варто розглянути питання щодо впровадження електронної системи охорони здоров'я. Впровадження медичної електронної системи має передусім полегшити життя громадянам, оскільки вона передбачає запис на прийом до лікаря без багатогодинного очікування черги – в режимі он-лайн. Різні соціологічні опитування показують такі тренди в охороні здоров'я: стабільно високу довіру до свого лікаря, поступову відмову від практики хабарів, позитивну оцінку програм забезпечення лікарями.

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямами [28]:

- медична реформа;
- громадське здоров'я;
- спеціалізована медицина;
- доступні та якісні лікарські засоби.

За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на [28]:

- забезпечення фінансування системи охорони здоров'я;
- підвищення заробітної плати медичних працівників;
- створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги;
- розробку та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування;
- впровадження державної оцінки медичних технологій;
- створення конкурентного середовища для медичних закладів;
- розвиток добровільного медичного страхування;
- розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я;
- залучення приватного капіталу;

- пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток;
- розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я;
- розвиток телемедицини, eHealth;
- розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації;
- системи екстреної медичної допомоги;
- забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями [17];
- впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями;
- визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні;
- враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19 спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»;
- удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку [27];
- забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

## **1.2. Оцінка ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні**

Головною метою медичної реформи, яка розпочалася ще з 2017 року, є підвищення якості в наданні послуг та значне скорочення видатків на медицину [26]. Спробуємо з'ясувати, в чому все ж таки полягає сутність цієї реформи. Усі запропоновані та зазначені зміни містяться у Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 13.07.17 р. [37]

Відтак її значущість міститься в передачі більших повноважень щодо здійснення організації медицини на місцях [6]. А це означає, що завідуючий

медичного закладу матиме змогу запропонувати своїм колегам схему розподілу коштів. Під першою схемою мається на увазі пропорційна система, тобто кошти лікар буде отримувати в залежності від кількості обслуговуваних ним пацієнтів, а друга схема являю собою пряму систему, яка означає, що розподіл грошей лікарям буде проводитися порівну.

Виходячи з цього, можна сказати, що лікар та пацієнт стали ніби партнерами, адже наша держава в першу чергу виділяє кошти на ефективність лікування, і, таким чином, лікарю стало не вигідно лікувати хворого із запущеними стадіями, саме для цього покладається більше зусиль та відповідальності [7].

Отже, державні кошти будуть надходити саме в той заклад, котрий обирають для себе самі пацієнти [33]. Тобто громадянин по суті стає основним роботодавцем лікаря. Є ще одна особливість реформи, а саме – автономізація лікарень. Це характеризується наявністю власного бюджету і можливістю витрачати кошти так, як лікарні вважають за потрібне. Ціни на ті чи інші медичні послуги будуть надаватися на місцях. Вся інформація про попереднє лікування пацієнта буде міститися в єдиному електронному реєстрі.

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями, або особам, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням:

- 1) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) медичної реабілітації;

- 6) паліативної медичної допомоги;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) екстреної медичної допомоги.

Також медична реформа передбачає створення нового органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я [11].

Сьогодні всі вікові групи населення: діти, молодь, працездатні і пенсіонери відносяться до груп ризику за станом здоров'я [5]. Сформований рівень здоров'я населення пред'являє серйозні виклики не тільки системі охорони здоров'я, а й усій соціальній політиці країни [34]. Проте, в структурі соціальних витрат Україні охорона здоров'я протягом багатьох десятиліть, ще з часів СРСР, має тенденцію зниження фінансування.

Індекс людського розвитку в Україні становив 0,750 у 2018 році, що ставило країну на 88 місце із 189 країн та територій, а з валовим внутрішнім продуктом (ВВП) на душу населення у 907 доларів США (паритет купівельної спроможності 2011 року) у 2018 році Україна вважалася однією з двох країн з найнижчим рівнем доходу в Європейському регіоні ВООЗ поряд з Республікою Молдова [46]. Проте, економічні, медичні та екологічні показники, показники соціального захисту та інші показники соціального та індивідуального добробуту протягом останніх п'яти років, в основному, мали тенденцію до покращення.

Київський міжнародний інститут соціології відслідковує динаміку самооцінки стану здоров'я населенням України, починаючи з 1995 року. Як свідчать дані опитувань, протягом останніх кількох років спостерігалась тенденція до поступового зростання частки здорових (за самооцінкою) жителів України: якщо в 2013-2015 роках близько 40% українців вважали себе здоровими, то, починаючи з 2016 року, цей показник зростав і у 2019-2020 роках складав близько 50% .

Особливе занепокоєння викликає кількість психічних розладів та захворювань раку, особливо молочної залози [48-49]. Проте, півтора року в умовах пандемії, ймовірно, наклали відбиток на здоров'я та самопочуття українців: згідно з даними дослідження 2021 року, 40% опитаних оцінюють стан власного здоров'я як добрий, а 14% – як поганий (Рис.1.1) [32].

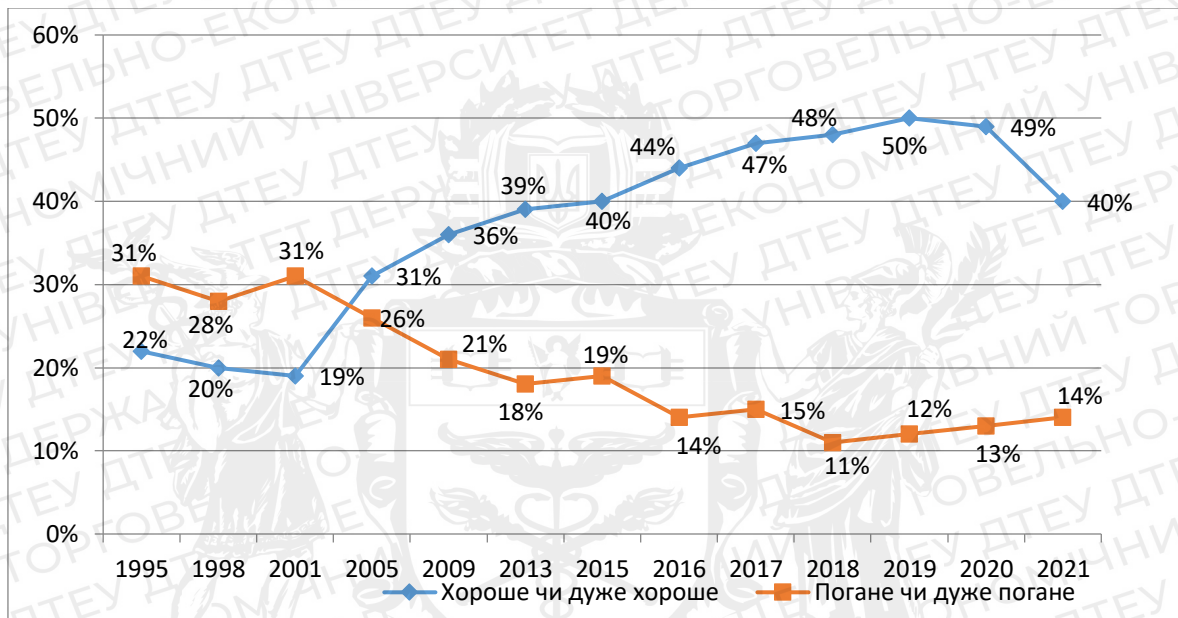


Рис.1.1 Динаміка самооцінки стану здоров'я українців, 1995-2021 рр.

Між витратами на охорону здоров'я і рівнем соціально-економічного розвитку держави проглядається чіткий зв'язок: чим вище рівень економічного розвитку країни, тим системи охорони здоров'я в їх структурі соціальних витрат стають все більш витратними. Так, в країнах Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) зростання витрат на охорону здоров'я відбувається темпами, що випереджають економічне зростання. Але це не просто тенденція, що відображає високий рівень розвитку цих країн, це об'єктивна потреба, це важливий фактор зростання тривалості життя населення, ефективності трудової діяльності дорослого населення [24].

На тлі загальносвітових тенденцій фінансування систем охорони здоров'я в Україні ми спостерігаємо не просто відставання фінансування, а відсутність

концепції власної соціальної політики охорони здоров'я, концепції, в якій були б обґрунтовані потреби системи і масштаб економічних втрат держави внаслідок недофінансування і яка ставила б в тому числі і завдання впливати на коридор можливостей, що виділяються охорони здоров'я в структурі соціальних витрат держави [16].

Уряд проголосив метою модернізації охорони здоров'я створення моделі з пріоритетом первинної медичної допомоги з розвиненими профілактичними послугами. Це означає, що в первинній ланці населенню надаватиметься основний обсяг медичних послуг (до 80%), відповідно туди будуть направлятися і основні потоки фінансування.

У попередні періоди розвитку радянської, а потім української охорони здоров'я було навпаки: основний обсяг послуг і фінансування був в стаціонарній допомозі. Там концентрувалося найкраще сучасне обладнання і рівень кваліфікації лікарів стаціонарів був найвищим. А поліклініки через бідність обладнання мали в очах населення низький статус, кваліфікація лікарів поліклінік оцінювалася відповідно [19, с.162].

Однак в прийнятих урядом концептуальних програмах, наслідки модернізації стосовно населення не відстежувалися. Не було проаналізовано, як саме населення оцінює реалізовані заходи в контексті доступності та якості медичної допомоги, наскільки воно, як споживач медичних послуг, задоволене вжитими з боку держави заходами. Але головне упущення полягає в тому, що немає аналізу готовності населення брати участь в модернізаційному процесі, з точки зору його культурних і матеріальних ресурсів. Але ж в охороні здоров'я, що існує, не можна модернізувати один компонент системи, не зачіпаючи інший і навіть не з огляду на його параметри [23].

Доступність послуг знижена практично у всіх соціально-економічних і демографічних групах населення. По-перше, можна констатувати низький рівень доступності для зайнятого (працюючого або того, хто навчається)



населення: через велику втрату часу в умовах сформованої організації надання послуг. По-друге, доступність знижена для соціально незахищених груп населення через розгалужену структуру платних послуг на діагностику, лікування, реабілітацію та дорогі ліки. По-третє, доступність послуг знижується з віком пацієнтів і через зростання тарифів і через погану організацію надання послуг. Нарешті, для сільського населення з ґрунтовими дорогами, нерегулярним і дорогим транспортним сполученням, територіальною віддаленістю поліклінік проблема доступності носить характер вилучення зі сфери медичного обслуговування [42].

Таким чином, найбільші труднощі в отриманні доступу до послуг первинної допомоги концентруються в низькодохідних групах літніх людей, які проживають в сільській місцевості [41]. Не менш важливою проблемою для сучасної поліклінічної допомоги залишається низька якість послуг через недостатнє і застаріле діагностичне обладнання, брак витратних матеріалів. А лікарі поліклінік, працюючи в таких умовах, не в змозі підтримувати на належному рівні свої професійні навички.

В якості першої ланки системи охорони здоров'я поліклініки працюють автономно: пацієнти відзначають труднощі отримання направлень на поглиблену діагностику і спеціалізоване лікування навіть на інформаційному рівні. Інформаційні функції з координації діагностики і лікування за допомогою інших медичних установ замість поліклінік виконують неформалізовані соціальні мережі: родичі, знайомі, колеги, віртуальні соціальні мережі інтернету. Але і всередині самих установ координація між загальним і спеціалізованим лікуванням не працює, що не дозволяє здійснювати комплексне і цілісне лікування пацієнта [47].

Платні послуги в поліклініках покликані розширювати структуру додаткових діагностичних і лікувальних послуг. Але найчастіше платні послуги покривають дефіцити поліклінік в діагностичних і лікувальних матеріалах. У

поліклініках поширилася практика оплати прийому лікаря або на діагностичне обстеження без черги. Насправді це створює по дві черги (платну і безкоштовну) на прийомі до лікарів і діагностику [4].

Лікарі в свою чергу змушені надавати послуги не за медичними показаннями, а по платоспроможності пацієнтів, особливо при підборі ліків, що призводить до неефективного лікування і створює для лікарів певні моральні труднощі. Це в кінцевому підсумку державі обходиться дорожче на наступних етапах розвитку хвороб [13].

Проблема нерівності в отриманні медичних послуг залишається і буде наростати слідом за зростанням нерівності доходів серед населення. Населення, особливо низькодохідне, вже вичерпало свої можливості в оплаті медичної допомоги державою і реагує відмовою від її послуг. Запропонований реформаторами механізм конкуренції лікарів, а також самих установ, спрямований на підвищення якості послуг, що надаються і професійного рівня, фактично не працює. Багаті групи населення будуть мати інституційні переваги, що дозволить їм перетягувати ефекти економічного зростання на себе [25].

Страхова медицина гарантує тільки отримання медичних послуг, але не результат лікування. Крім інфраструктурних і організаційних обмежень, як показують дослідження, пацієнти незадоволені формальним ставленням з боку лікарів, їх слабкою зацікавленістю в комунікації. Пацієнти роздратовані небажанням лікарів обговорювати з ними стратегії лікування, принципи підбору ліків. Більшість лікарів не цікавлять умови і особливості життя пацієнтів, що дає основну інформацію при діагностиці та лікуванні хронічних захворювань.

Сьогодні, коли пацієнт платить за послуги, він починає проявляти більшу зацікавленість в інформації про варіанти лікування і його наслідки, але наштовхується на опір лікарів, які не бажають обговорювати такі теми або часом не мають для цього часу. Але головних перешкод з боку лікарів для поглибленого спілкування з пацієнтами два: відсутність у них економічної мотивації на надання будь-якої додаткової інформації і відсутність

психологічної підготовки до комунікації з представниками різних соціальних груп пацієнтів, а також профілактичних знань [43, с.58].

Платні послуги в тому вигляді, як вони існують сьогодні, не призводять до персоніфікації відносин лікаря і пацієнта, не сприяють мотивації лікаря ні до підвищення якості послуг, ні до профілактичної діяльності по відношенню до пацієнтів. Правда, в останній редакції концепції час на прийом пацієнта у лікаря збільшено до 20 хвилин, а норми чисельності населення, що обслуговується лікарями, знижені. Це безсумнівно наблизить відносини лікаря і пацієнта до нової моделі, але чи розвантажить чергу не зрозуміло [45].

До сих пір вжиті заходи відчутних позитивних результатів не принесли. Сама система первинної медичної допомоги практично виявилася не готова до суттєвих змін всередині неї. Зі звітів експертів ВООЗ з оцінками функціонування систем охорони здоров'я відомо, що будь-яка ефективна система завжди має незадовільні оцінки з боку населення. Сама система первинної медичної допомоги практично виявилася не готова до суттєвих змін всередині неї. Тому що поки не створена модель ідеальної системи, вона завжди буде відчувати певні обмеження з боку держави.

## РОЗДІЛ 2

# УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 2.1. Проблеми державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні

Медична галузь, як і будь-яка інша галузь народного господарства, відноситься до систем економічного типу. Відомі кілька класифікацій економічних систем, наприклад, по масштабах (макро-, мезо-, мікро- і нано-економічні системи), за місцем розташування, внутрішньою будовою, розподілом власності, іманентними методами регулювання і т.д. В умовах далеко зайшла фрагментація економічної теорії запропонована і універсальна типологія економічних систем, яка спирається на ключові особливості взаємин систем з простором і часом, як базовими сутностями навколишнього світу.

Доцільність такого підходу визначається тим, що в цьому випадку список типових економічних систем вичерпується об'єктами (підприємствами), середовищами (інститутами), процесами (інноваціями) і проектами (заходами). Кожен тип систем характеризується обмеженим і / або необмеженим поширеннями в часі і/або в просторі [10].

Основними системоутворюючими факторами є вдосконалення організаційної системи, розвиток інфраструктури та ресурсного забезпечення, наявність достатньої кількості підготовлених кадрів. Перш за все необхідно аргументувати висновок про те, що охорона здоров'я – це особлива підсистема соціальної сфери, яка є організаційно-функціональним виразом відповідного соціального інституту [14].

Даний висновок підтверджується експертними оцінками процесу реформування охорони здоров'я. По-перше, реформування охорони здоров'я пов'язане з децентралізацією управління цією системою, багатоканальністю її

фінансування, демонополізацією лікувально-профілактичних установ, освоєнням ринкових механізмів, введенням медичного страхування. По-друге, модернізація системи охорони здоров'я представляє складний процес, в якому переломлюються інституційні та економічні зміни, а також трансформація відносин між соціальними інститутами і індивідами. По-третє, охорона здоров'я є однією з підсистем управління соціумом, яка займається тим, щоб здоров'я громадян досяглося правильним способом життя і відповідними умовами. Для більшої частини населення країни ситуація в сфері охорони здоров'я є досить проблематичною і вимагає модернізації сформованої системи [15, с.10].

Що стосується сучасного стану охорони здоров'я в Україні, то вона тісно пов'язана з нинішньої демографічної ситуацією, показниками здоров'я, програмою, держгарантій, системою організацій медичної допомоги, первинної медико-санітарної та стаціонарної допомоги, інноваційним і кадровим забезпеченням, лікарським забезпеченням, інформатизацією охорони здоров'я. На підставі цих даних можливо уявити прогнозовані демографічні та медико-статистичні показники, визначити цілі у вигляді формування здорового способу життя та підвищення якості та доступності медичної допомоги, гарантованої населенню України [12].

З позицій загальної теорії інституційних трансформацій, система державних установ охорони здоров'я, що розвивалася в умовах адміністративно-командної системи як її продовження, існуюча в нинішньому вигляді тільки в Україні і країнах СНД, пройшла всі фази інституційного зростання і виконала поставлені перед нею завдання попередніх етапів соціально-демографічного розвитку. По суті цивілітарна, «консенсусна» модель соціально-орієнтованої модернізації єдино відповідає формальним вимогам правового закону і перерахованим вище ознаками системності заявленої індустріальної трансформації.

Пропонований механізм «партикуляризації без приватизації» дозволяє

неоліберальними інструментами та процедурами змінити «профіль» системи з державно-корпоративного «режиму добробуту» на соціал-демократичний, найбільш відповідний соціокультурним установкам українця, включаючи рядових працівників охорони здоров'я. Відсутність попередньої масової приватизації об'єктів охорони здоров'я (номенклатурної, грошової, ваучерної), дозволяє обговорювати цей варіант системоутворення з великим ресурсом і перспективою розвитку. Раціональним механізмом, основою переходу в новий інституційний цикл (ароморфоз) є юридичне відділення суб'єктів (колективів) від об'єктів (нерухомості та особливо цінного майна) з подальшим регулюванням майнових відносин шляхом оптимізації орендних та лізингових ставок, особливо на рівні місцевих закладів охорони здоров'я (фондування, зменшення), як важливої частини інноваційного механізму [9].

Безприватизаційна партикуляризація установ охорони здоров'я досягає двох основних цілей: створення ринку рівновіддалених від держави товаровиробників; створення мережі об'єктів як елемента майнової системи управління охороною здоров'я (що і потрібно). Економіка отримує: поліморфізм виробників, ринкове ціноутворення, товарообмін, кон'юнктуру цін, конкуренцію, концентрацію платіжних капіталів, одноканальне фінансування, економічну соціалізацію охорони здоров'я.

Відповідно передбачається відокремлення потоків фінансування на користь держави (органи управління) – в казначействі і на користь суспільства (засобів оплати послуг) – в банку медико-соціального розвитку. Природно, держава в цьому випадку в якості платника виступає на стороні вигодонабувача (фізичної особи), а не фінансує утримання установ.

До речі, згідно з Конституцією України держава бере на себе зобов'язання з фінансування медичної допомоги в рамках цільових програм, а не змістом установ за залишковим принципом. Поки ж держава в особі своїх центральних органів виконавчої влади хоче мати «власну» охорону здоров'я, але не хоче за

неї платити в повному обсязі, розраховується підзаконним делегуванням права користування майном в умовах невизначеності відносин.

Існує певне табу на публічне обговорення цих питань. Концепція також на ці питання не відповідає, ігноруючи сформовані протиріччя в механізмі функціонування галузі, про які вже написані десятки монографій, сотні дисертацій, тисячі наукових статей. Центральне питання – майнова інституціоналізація лікаря загальної практики, приватного за своїм змістом і походженням, має право працювати в якості суб'єкта цивільного права, в своєму власному (в інституціональному сенсі) кабінеті, як майже у всіх країнах світу, що розвиваються [20].

В умовах розширення самоврядування, створення стійких «мережевих моделей», відповідних практиці конституційних держав, лікарі, далеко не найгірша частина населення – продовжують залишатися «гвинтиками» системи, перебуваючи в нерозривному кріпосному зв'язку зі своїм робочим місцем, надлишковим профілюванням лікарських спеціальностей та стаціонарних відділень. Крім того, досвід організації системи надання медичної допомоги на сучасній основі показує, що без залучення самих медпрацівників в якості офіційних суб'єктів майнових відносин, перетворення в галузі неможливі.

Людей же дратує не підприємницький механізм організації медичної діяльності, а необхідність оплати у випадках, коли людина обґрунтовано розраховує на державну оплату отриманих ним послуг. Власне набуття цією ясністю – основна потреба суспільства, яка стикається з системою охорони здоров'я в її нинішньому вигляді в повсякденному, а не «канцелярській» реальності. Також необхідно переглянути розвиток медико-санітарної та позалікарняної лікувальної допомоги, патронажу та реабілітації. Їх шукана «персоналізація» також можлива тільки при реалізації вищевикладених принципів інституційної трансформації галузі відповідно нинішньому етапу соціально-економічного розвитку суспільства і держави [21].

Бюджетне ж майбутнє, з урахуванням кризових тенденцій, майбутньої знижувальної фази економічний аналізу, поява величезного медичного обслуговування та фінансової кількості нових лікарських засобів і розвиток медичних технологій роблять рішення цих задач особливо актуальними. До теперішнього часу обмежені ресурси української охорони здоров'я витрачаються на неефективні методи діагностики і лікування, а також організаційні технології надання медичної допомоги [28-30].

Серйозну стурбованість викликає стрімке поширення ВІЛ-інфекції. За даними міжнародних експертів, загальне число інфікованих в державах СНД становить понад 250 тис. чоловік. На частку Росії, України і Білорусії припадає майже 98%. До 2020 р. число ВІЛ-інфікованих може сягнути 2 млн. осіб. Причому 80% всіх ВІЛ-інфікованих – люди у віці від 15 до 25 років.

Інша серйозна загроза здоров'ю насамперед молодого населення – наркоманія. За даними соціологічних досліджень, майже 4 млн. жителів України пробували наркотики. Молодь до 30 років складає 76% від загального числа які споживають наркотики. Триває алкоголізація населення. Рівень споживання алкоголю на душу населення в Україні майже в 2 рази перевищив рубіж [31].

Особливу тривогу викликає стійка негативна динаміка показників здоров'я дітей та підлітків за всіма основними класами хвороб, які формують хронічні захворювання. Більш ніж у 50% дітей у віці до 9 років і більш ніж у 60% старшокласників діагностуються хронічні захворювання, багато з яких в подальшому можуть призвести до інвалідності. З цього випливає, що в працездатному і репродуктивному віці зараз вступає хворе покоління.

Слід зазначити, що на стан громадського здоров'я, сумну медико-демографічну ситуацію і депопуляцію безсумнівний вплив надають: наростаюче погіршення економічних умов життя населення, стреси, зубожіння громадян, локальні війни, складні міграційні процеси, збільшення числа біженців та вимушених переселенців, зростання злочинності і проституції, нівелювання



певних норм поведінки і моральних цінностей, зниження загальної культури і розумова деградація, відсутність у всіх верств суспільства і у держави цілomu жорсткої позиції щодо необхідності зміцнення здоров'я, культивування хибних цінностей і орієнтирів, мода на куріння, випивку і наркотики, що підкріплюється вкрай несприятливим впливом засобів масової інформації (включаючи рекламу) на формування зневажливого ставлення людей до свого здоров'я, загально визнаними моральним цінностям і людського життя.

Складнощі медико-демографічного стану населення обумовлюють зростання навантаження на систему охорони здоров'я, яка приймає на себе весь тягар впливу безпосередньо на населення соціально-економічної політики, що проводиться в нашій країні протягом більше десяти років. Система надання громадянам медичної допомоги набуває в сучасних умовах значення життєво важливою для збереження суспільства і забезпечення національної безпеки.

Разом з тим, аналіз організаційно-економічної ситуації в охороні здоров'я і стан громадського здоров'я свідчать, що неухильно знижується ефективність управління та функціонування всіх її ланок, про відсутність наступності в прийнятті рішень, узгодженої в тому числі між державним центром і територіями, стратегічно вивіреної концепції медико-організаційних, економічних перетворень, спрямованих на вирішення все складніших завдань з охорони здоров'я нації, оперативного реагування та неординарних підходів як до фінансового забезпечення повсякденної діяльності, так і до перспективного розвитку медичної служби країни.

Високі соціальні очікування і вимоги населення до доступності медичного обслуговування і якості послуг, що надаються, викликані насамперед несприятливими демографічними процесами і тотальним погіршенням здоров'я громадян, неконтрольоване зростання платності можуть вже незабаром спричинити виникнення соціальної та суспільно-політичної напруженості.

Загалом, система охорони здоров'я України продовжує стикатися з

п'ятьма основними проблемами, які переслідують її з часів незалежності. Попри те, що покращення відбулись (особливо з 2015 року), зазначені виклики все ще потребують чітких рішень, якщо Україна хоче рухатись далі у виконанні своїх цілей Порядку денного 2030.

– Високі витрати на охорону здоров'я «з кишені». Стабільно високі витрати «з кишені» та відсутність запобіжних заходів проти катастрофічних витрат на охорону здоров'я найбільше впливають на тих, хто має гострі або серйозні потреби в охороні здоров'я.

– Неузгоджена політика охорони здоров'я, розподіл ресурсів та управління. Бюджетування та розподіл на основі ресурсів, а також децентралізоване управління охороною здоров'я призвели до збереження структур та персоналу, які не відповідають медичним потребам місцевого населення, та призвели до фрагментованої реалізації політики охорони здоров'я.

– Зниження показників здоров'я, пов'язане з конфліктом. Громадянські заворушення та наслідки конфліктів, що негативно вплинули на систему охорони здоров'я та економіку, завадили досягнути такого ж рівня покращення стану здоров'я в Україні, якого досягнули інші країни регіону. Поліпшення доступу до медичних послуг в межах та поза лініями фронту для українців, які проживають у районах, що постраждали від конфлікту, має надзвичайно важливе значення.

– Чиста зовнішня міграція медичних працівників. Переміщення медичних працівників з України, головним чином, в сусідні країни залишило значні прогалини в системі медичних кадрів. Ситуація погіршилася внаслідок початку конфлікту, що також суттєво обмежувало можливості Уряду для задоволення законодавчо встановлених норм щодо обслуговуючого персоналу в певних районах обслуговування.

– Погано скоординовані міжгалузеві та міжвідомчі дії в секторі охорони здоров'я. Для усунення першопричини великого тягаря захворювань,

як інфекційних, так і НІЗ, а також захворюваності та смертності, пов'язаних з травмами, потрібні зусилля всього Уряду та всього суспільства. Первинна профілактика захворюваності та смертності від найбільш поширених причин, яким можна запобігти, вимагає глибокого розуміння того, як соціальні детермінанти здоров'я призводять до прийняття поведінкових факторів ризику, таких як неправильне харчування, неправильний спосіб життя та зловживання наркотичними речовинами, що надалі призводить до патологічних проявів.

Щоб справді усунути корінні причини цього необхідно між секторами та міністерствами розробити та потім впроваджувати програми для всього населення. Прийняття Національного плану дій щодо запобігання неінфекційним захворюванням, контролю та зміцненню здоров'я на 2018 рік стало кроком у правильному напрямку, але для поліпшення стану здоров'я ці стратегії потребують поширення на національному рівні.

## **2.2. Напрями удосконалення системи охорони здоров'я в Україні**

На жаль, в даний час документи органів управління охорони здоров'я ці питання ігнорують, віддаючи перевагу розширеним планам заходів щодо поточної діяльності. Тим часом логічно розділяти завдання «модернізації» та «розвитку». Для вирішення сформульованих цілей і завдань необхідне проведення заходів за наступними напрямками; формування здорового способу життя, включаючи санітарно-епідеміологічне благополуччя населення, здорове безпечне харчування, гарантоване забезпечення якісною медичною допомогою.

Крім того, визначені не тільки заходи щодо забезпечення гарантій (проведена їх конкретизація по фінансуванню і за якістю медичної допомоги), але і критерії якості, включаючи задоволеність населення і терміни очікування медичної допомоги. Першочерговими заходами в слід зайнятись прийняттям законів «Про державні гарантії...», «Про обов'язкове медичне страхування». Необхідна наявність єдиних для України порядків і стандартів медичної

допомоги в розрахунку реальної вартості медичних послуг.

В етапах реалізації (2020-2025 рр.) слід здійснити звернення до порядку ліцензування, який потребує корекції не тільки в бік посилювання вимог до відкриття і продовження медичного бізнесу шляхом штучного нарощування адміністративних бар'єрів (система «допусків»). Наприклад, одним з останніх новацій є вимога, при ліцензуванні високотехнологічних видів допомоги додатково до диплома, фундаментальну наукову освіту (ординатура, аспірантура) і сертифіката спеціаліста, вчених ступенів і звань представляти ще і атестацію по кваліфікаційній категорії, що підтверджується кожні 5 років.

При цьому право на заняття медичною діяльністю такого документа про кваліфікаційну категорію законодавство не передбачає. Нічого не говорить про нього і закон «Про ліцензування» окремих видів діяльності. До речі, отримання кваліфікаційної категорії закон відносить до числа прав, а не обов'язків. Крім того, традиційно лікарі – співробітники вищої школи, приватної системи охорони здоров'я таким правом, історично більше пов'язаним з оплатою праці в установах практичної охорони здоров'я, в масі своїй ніколи не користувалися. На практиці це «тонке» держрегулювання порушує цивільні права лікарів-фахівців, посилює «надспеціалізацію», збільшує адміністративну залежність.

Сьогодні відкликання ліцензії або відмову в її видачі і так можна застосовувати лише до приватного сектору. Ліцензії державним установам, що входять до державної системи охорони здоров'я, які засновані на не власному майні, з відповідальністю засновника за економічні наслідки їх діяльності, видаються незалежно від стану основних фондів, за фактом «соціальної значущості».

Що стосується проблеми організації медичної допомоги, то тут необхідне вдосконалення традиційних напрямків діяльності, адекватні економічним і юридичним реаліям. Навіть ставиться революційне завдання: створення правових і економічних умов для формування саморегулятивної системи

надання медичної допомоги населенню. Говориться про розширення господарської самостійності закладів охорони здоров'я (господарська самостійність або є, або немає), але не пояснюється, як це можливо сформованої невизначеності публічно-правових та цивільно-правових відносинах, відсутність товарообігу в рамках державної системи охорони здоров'я.

Згадується про зміну організаційно-правових форм на основі єдиних системи критеріїв, правда, не пояснюється, яких. Ці заходи чомусь відкладаються на третій етап – 2020-2025 рр. Тим часом дані критерії добре відомі, підтримуються багатьма експертами, науковцями та організаторами охорони здоров'я, стосуються «вичерпаності» інституту державних установ, ставши практично непереборною перешкодою для інституціональних (об'єктно-середовищних) перетворень в системі організації надання медичної допомоги. Необхідна і історично неминуча масштабна системна трансформація інституту установ в інститут некомерційних автономних організацій, інших організаційно-правових форм.

Виклики, які пред'являються системам охорони здоров'я для всіх країн, сьогодні одні і ті ж: забезпечити доступність медичних послуг для широких верств населення і контроль якості медичних послуг. Доступність останніх досягається за рахунок надання малозабезпеченим верствам населення гарантованого обсягу безкоштовних послуг. А якість медичних послуг досягається за допомогою постійних вливань коштів у підготовку лікарів та підвищення кваліфікації вже підготовлених фахівців, до медичного обладнання та використання сучасних ліків.

Зазначені цілі в Україні спостерігаються не просто у відставанні фінансування, а у відсутності концепції соціальної політики охорони здоров'я. Модернізація охорони здоров'я вимагає знаходження балансу між витратами, з одного боку, і загальним доступом медичних послуг, з іншого. Хронічні захворювання як державі, так і пацієнту простіше і дешевше попередити, ніж

лікувати. Разом з тим ця модель може заробити і стати ефективною при виконанні ряду вимог. По-перше, установи первинної допомоги повинні бути максимально доступні по ряду критеріїв. До них відносяться:

- принцип територіальної доступності;
- безкоштовні послуги в поєднанні з невисокими тарифами додаткових платних послуг;
- забезпеченість достатнім і сучасним набором устаткування, що дозволяє проводити всі види діагностики;
- це така організація надання послуг, в якій передбачена координація терапевтичної та спеціалізованої допомоги, що забезпечує комплексний підхід до лікування (маршрут пацієнта), і в якій мінімізовані втрати часу.

По-друге, попередження хронічних захворювань вимагає, щоб первинні установи (поліклініки) поряд з лікувальними послугами надавали профілактичні. Для цього потрібні стандарти профілактичних послуг, до надання яких підготовлені і економічно мотивовані лікарі, з одного боку. З іншого боку, не менш важлива культура самозбереження населення, в якій на основі високої цінності здоров'я сформована профілактична активність і своєчасне звернення за медичними послугами.

Нарешті, по-третє, при сучасному типі патологій необхідна зміна патерналістської моделі відносин лікаря і пацієнта на так звану модель «інформованої згоди». В рамках таких відносин можливе формування у населення високої цінності здоров'я, підвищення грамотності та обізнаності в сфері підтримки здоров'я, що в результаті і формує профілактичну активність. В рамках цієї моделі існує рівний баланс відповідальності за результат лікування у лікаря і пацієнта, підтриманий правовими нормами. Коли всі ці вимоги дотримані, як показують огляди експертів ВООЗ по країнам, рівень задоволеності населення послугами охорони здоров'я зазвичай зростає.

Для того, щоб в профілактичній діяльності поліклінік були зацікавлені і

лікарі і пацієнти, потрібно створити стандарти первинних і вторинних профілактичних послуг і оплачувати їх надання (як це робиться в європейських країнах). Нехай в умовах дефіциту коштів це будуть невеликі доплати, але мотивація медичних працівників вже почне створюватися. І, звичайно, в підготовку лікарів і медсестер потрібно включити дисципліни: «профілактична медицина» і «основи психології спілкування», «соціальна профілактика». Це дійсно створить умови для формування цінності здоров'я, поліпшить грамотність пацієнтів, показники попередження смертності. В цілому це створить передумови для здорового способу життя в тій мірі, в якій воно залежить від самого населення.

У відповідь на нові виклики та загрози країни Європейського регіону ВООЗ розробили та прийняли Основи європейської політики «Здоров'я-2020» [36] як стратегічну платформу, засновану на цінностях, орієнтовану на конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій. У новій європейській політиці викладено сучасні стратегії та шляхи вирішення існуючих проблем охорони здоров'я. Цей документ вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, вдосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику: підвищений артеріальний тиск, тютюнокуріння, зловживання алкоголем, високий вміст холестерину у крові, ожиріння, недостатня фізична активність, небезпечний секс [1].

Основні цінності нової європейської політики: визнання права кожної людини на здоров'я, солідарність, справедливість, стійкість, загальна доступність, якість, право на участь у прийнятті рішень, захист людської гідності, автономність, відсутність дискримінації, прозорість, підзвітність. У заяві Ради ЄС відносно загальних цінностей і принципів систем охорони здоров'я задекларовано такі: повне охоплення населення медичним

обслуговуванням, солідарність у фінансуванні, рівність доступу, висока якість медичного обслуговування .

На сьогоднішній день не вирішена одна з основних проблем сучасної охорони здоров'я – на тлі значного дефіциту фінансових ресурсів зберігаються елементи екстенсивного розвитку системи, нераціонального використання коштів, зниження доступності медичної допомоги для населення і як результат – поява диспропорцій у фінансуванні галузі [40].

У зв'язку з цим на сучасному етапі реформування необхідні суттєві доповнення та зміни у системі діючого законодавства, а також організації механізму регулювання закладів охорони здоров'я за наступними напрямками:

- впровадження безперервного моніторингу та контролю за виконанням дій уповноважених інстанцій на всіх рівнях;
- організація дослідження економічної ефективності медичної діяльності;
- оптимізація кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;
- створення функціонального механізму поточної диференціації ресурсного забезпечення серед закладів охорони здоров'я;
- нормативне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я у сучасних ринкових умовах;
- забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг;
- контроль та підвищення якості медичної допомоги;
- формування та розвиток «медико-економічного» потенціалу країни [40].

Практичне вирішення означених проблем в короткостроковому періоді можливо за умови наявності наукових досліджень за напрямками пріоритетного розвитку охорони здоров'я і пріоритетного використання фінансових коштів.



## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

У випускній кваліфікаційній роботі досліджено механізми впровадження державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні. Охарактеризовано стан та нормативно-правове забезпечення впровадження державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні, визначено процес розвитку організаційного механізму державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні, обґрунтовано ключові напрями та розроблено пропозиції щодо напрямів удосконалення механізмів впровадження державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні

Результати проведеного дослідження державного регулювання сфери здоров'я в Україні та розробка пропозицій щодо напрямів удосконалення механізмів впровадження державного регулювання сфери здоров'я в Україні дозволили відповідно до мети та завдань зробити такі висновки та узагальнення.

В процесі аналізу стану та нормативно-правового забезпечення впровадження в сфері державного регулювання сфери здоров'я в Україні були розкриті такі проблеми як

-Високі витрати на охорону здоров'я «з кишені». Стабільно високі витрати «з кишені» та відсутність запобіжних заходів проти катастрофічних витрат на охорону здоров'я найбільше впливають на тих, хто має гострі або серйозні потреби в охороні здоров'я.

– Неузгоджена політика охорони здоров'я, розподіл ресурсів та управління. Бюджетування та розподіл на основі ресурсів, а також децентралізоване управління охороною здоров'я призвели до збереження структур та персоналу, які не відповідають медичним потребам місцевого населення, та призвели до фрагментованої реалізації політики охорони здоров'я.

– Зниження показників здоров'я, пов'язане з конфліктом. Громадянські заворушення та наслідки конфліктів, що негативно вплинули на систему

охорони здоров'я та економіку, завадили досягнути такого ж рівня покращення стану здоров'я в Україні, якого досягнули інші країни регіону. Поліпшення доступу до медичних послуг в межах та поза лініями фронту для українців, які проживають у районах, що постраждали від конфлікту, має надзвичайно важливе значення.

– Чиста зовнішня міграція медичних працівників. Переміщення медичних працівників з України, головним чином, в сусідні країни залишило значні прогалини в системі медичних кадрів. Ситуація погіршилася внаслідок початку конфлікту, що також суттєво обмежувало можливості Уряду для задоволення законодавчо встановлених норм щодо обслуговуючого персоналу в певних районах обслуговування.

– Погано скоординовані міжгалузеві та міжвідомчі дії в секторі охорони здоров'я. Для усунення першопричини великого тягаря захворювань, як інфекційних, так і НІЗ, а також захворюваності та смертності, пов'язаних з травмами, потрібні зусилля всього Уряду та всього суспільства. Первинна профілактика захворюваності та смертності від найбільш поширених причин, яким можна запобігти, вимагає глибокого розуміння того, як соціальні детермінанти здоров'я призводять до прийняття поведінкових факторів ризику, таких як неправильне харчування, неправильний спосіб життя та зловживання наркотичними речовинами, що надалі призводить до патофізіологічних проявів.

Щоб справді усунути корінні причини цього необхідно між секторами та міністерствами розробити та потім впроваджувати програми для всього населення. Прийняття Національного плану дій щодо запобігання неінфекційним захворюванням, контролю та зміцненню здоров'я на 2018 рік стало кроком у правильному напрямку, але для поліпшення стану здоров'я ці стратегії потребують поширення на національному рівні.

На основі виявлених ключових проблем державного РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ розроблено пропозиції щодо

напрямів удосконалення, – впровадження безперервного моніторингу та контролю за виконанням дій уповноважених інстанцій на всіх рівнях;

– організація дослідження економічної ефективності медичної діяльності;

– оптимізація кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;

– створення функціонального механізму поточної диференціації ресурсного забезпечення серед закладів охорони здоров'я;

– нормативне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я у сучасних ринкових умовах;

– забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг;

– контроль та підвищення якості медичної допомоги;

– формування та розвиток «медико-економічного» потенціалу країни

Практичне вирішення означених проблем в короткостроковому періоді можливо за умови наявності наукових досліджень за напрямками пріоритетного розвитку охорони здоров'я і пріоритетного використання фінансових коштів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті.  
URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>
2. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>.
3. Барська Ю., Степурко Т., Семигіна Т., Тимошевська В. Здоров'я та нездорова поведінка Українського населення: результати національного репрезентованого дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Вісник Академії праці, соціальних відносин і туризму, № 2. 2018. С. 77-92. URL: [https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk\\_2\\_2018-77-92.pdf](https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_2_2018-77-92.pdf).
4. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операції не керівництво. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна». Київ, 2018. URL: [http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc\\_operational\\_manual\\_apr\\_2018\\_fin\\_web1.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf).
5. Белікова І. В., Костріков А. В. Показники здоров'я населення та сучасні погляди на методику їх розрахунку. Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», № 1 (57). 2017. С.18-20.
6. Боровець С. Критична ситуація з фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я: цілеспрямований обман або глибокий прорахунок? Профспілковій вісті. 2020 р. № 25 (1059). URL: <http://psv.org.ua/arts/region/view-4428.html>
7. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління. 2020. Том 19. Вип. 1 (44). с. 140.

8. Вовк С. М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я / Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 «Механізми державного управління». Донецькій державний університет управління, Маріуполь, 2019. 510 с.

9. Говорко О. В. Демографічні процеси в системі охорони здоров'я населення. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство. 2017. 230 Вип. 13(1). С. 60-63.

10. Голубчиков М. В., Орлова, Н. М. Міжнародний досвід використання інтегральних показників для моніторингу та оцінки стану здоров'я населення (лекція). Україна. Здоров'я нації, №3 (44). 2017. С. 89-94.

11. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? Право на охорону здоров'я від 10.01.2017. URL: <http://khrpg.org/index.php?id=1484060362>

12. Гребняк М. П., Таранов В. В., Федорченко Р. А. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі. Довкілля та здоров'я, № 3 (88), 2018. С. 27-33.

13. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт.: упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтєєвої. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

14. 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. Київ; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

15. Дзюба О. М., Пазинич Л. М., Ситенко О. Р., Кривенко Є. М. Щодо питання глобального тягаря хвороб в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. №72 (2). 2017. С.8-14.

16. Долгіх М.В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я. Дис. на здобуття наук. ступ. доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021. 255 С.
17. Задворная О. Л., Борисов К. Н. Развитие стратегий профилактики неинфекционных заболеваний. Управление здравоохранением, №1, С. 43-49. 2019.
18. Индекс здоров'я. Україна - 2019. Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. URL:[http://healthindex.com.ua/HI\\_Report\\_2019\\_Preview.pdf](http://healthindex.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf).
19. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 1. С. 161-164.
20. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризики реформування. Економічний вісник НТУУ «КПІ»: збірник наукових праць. 2018. № 15. С. 18–27.
21. Комаровський Є.О. Думки щодо реформи охорони здоров'я 2016 р. URL: <http://articles.komarovskiy.net/dumki-shhodo-reformi-oxoroni-zdorov-ya.html>.
22. Корнійчук О. П. Стан первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні // Український медичний часопис. 2012. № 2. С. 146-150.
23. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. Укр. мед. часопис, 2013, №4(96), с.20–26.
24. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 39-43.

25. Лашкул З. В. Вплив моделі надання первинної медико-санітарної допомоги: проблеми та шляхи їх вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2-3. С. 224-228.
26. Лехан В. М., Крячкова Л. В. Система заходів поліпшення здоров'я населення України на основі аналізу глобального тягаря хвороб та факторів його ризику. Соціальна медицина, №24 (3). 2019. С. 113-122.
27. Маличенко В. С. Международно-правовые механизмы обеспечения безопасности обращения лекарственных средств: дис. док. юрид. наук: 12.00.10 Международное право, Европейское право. Москва, 2015. 196 с.
28. Медична реформа / Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
29. Медреформа: що зміниться в медицині для українців, 2017 р. Електронний сайт Прямого каналу: Новини України і Світу. URL: <https://prm.ua/medreforma-shho-zminitsya-v-galuzi-meditsini-dlya-ukrayintsiv/>.
30. Напрямки медичної реформи в Україні 2017 р. // Науковий журнал «Сильна Україна». URL: <http://sylnaukraina.com.ua/novini/napryamki-medichnoï-reforma-v-ukraïni-2017.html>.
31. Наумова М. А. Огляд сучасних методичних засад вимірювання якості життя. Економіка і організація управління, № 3 (23), 2016. С. 252-261.
32. Новікова Л. Самооцінка стану здоров'я населення України. 2021. URL: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=1042&page=1&t=7>.
33. Пашинська А. Медична реформа. За що доведеться платити українцям? Електронний сайт ЕСПРЕСО URL: <https://espresso.tv/article/2017/06/12/medreforma>.
34. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я // Український медичний часопис. 2017. № 2. С. 1-6.

35. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою: Рішення Ради РНБО від 30.08.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>.

36. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020» український вимір: Розпорядження КМУ 2011 р. № 1164-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80>.

37. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016. № 1013-р. URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%25D1%2580>.

38. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я: Розпорядження КМУ від 28 грудня 2020 р. № 1671-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text/>

39. Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf>.

40. Сафронов Ю.М. Перспективні напрями удосконалення механізмів регулювання закладами охорони здоров'я / Ефективна економіка. №12. 2016. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=5623>

41. Сердюк А. М., Карташова С. С. Втрачені роки потенційного життя серед населення України як індикатор визначення пріоритетних завдань охорони здоров'я. Довкілля та здоров'я, №3 (92). 2019. С.4-10.

42. Слабкий Г. Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню у період реформування охорони здоров'я // Управління закладом охорони здоров'я. 2012. № 5. С 25-36.

43. Стеценко В. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення // Публічне право. 2013. № 2 (10). С. 57–63.



44. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020»: схвалена Указом Президента України № 5/2015 від 12.01.2015 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

45. Україна: огляд реформування фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 рр. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf).

46. Устінов О.В. Звіт ВООЗ та Світового банку щодо ефективності трансформації охорони здоров'я / Пресс-лужба «Українського медичного часопису». URL: <https://www.umj.com.ua/article/170478/zvit-vooz-ta-svitovogo-banku-shhodo-efektivnosti-transformatsiyi-ohoroni-zdorov-ya>.

47. Ціборовський О. М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури). Україна. Здоров'я нації, №2 (34). 2015. С. 13-19.

48. Черниченко І. О., Баленко Н. В., Литвиченко О. М., Бабій В. Ф., Главачек Д. О., Кондратенко О. Є. Захворюваність на рак молочної залози і роль стійких хлороорганічних забруднювачів навколишнього середовища (аналіз даних літератури). Довкілля та здоров'я, №2 (91), 2019. С. 53-59.

49. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. Україна. Здоров'я нації, №3 (39), 2016. С. 12-18.

50. Шерстюк Н. С., Соколов А. В. Здоров'я населення України та його вплив на демографічну ситуацію. Економіка і суспільство. Мукачівський державний університет, №5. 2016. С. 316-319.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Таблиця А1

**Порівняння національних та глобальних показників  
в рамках ЦСР 3 в Україні та статус глобальних завдань**

Національний індикатор	Глобальне завдання ЦСР	Статус
Зменшення материнської смертності (3.1)	3.1 До 2030 зменшити загальний коефіцієнт материнської смертності до менш ніж 70 на 100 000 живонароджених	Висока можливість досягнення цілі до 2030 року
Мінімізувати смертність, якої можна запобігти, серед дітей до 5 років (3.2)	3.2 До 2030 покласти край смертності, якої можна запобігти, новонароджених та дітей віком до 5 років, де всі країни прагнуть зменшити неонатальну смертність як мінімум до 12 на 1000 живонароджених та смертність дітей у віці до 5 років як мінімум до 25 на 1000 живонароджених	Висока можливість досягнення цілі до 2030 року
Припинити епідемії ВІЛ/СНІДу і туберкульозу (3.3)	3.3 До 2030 року припинити епідемію СНІДу, ТБ, малярії та забутих тропічних хвороб та боротися з гепатитами, хворобами, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Зменшити передчасну смертність від НІЗ (3.4)  Зменшити на чверть передчасну смертність, у тому числі шляхом впровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань (3.5)	3.4 До 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від НІЗ за допомогою профілактики, лікування та зміцнення психічного здоров'я та добробут	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Не зазначена як національна ціль	3.5 До 2030 року посилити профілактику та лікування зловживання психоактивними речовинами, включаючи зловживання наркотичними засобами та алкоголем	Висока можливість досягнення цілі до 2030 року
Зменшити серйозні травми та смертність від дорожньо-транспортних пригод, в тому числі за допомогою інноваційних практик реанімації, лікування та реабілітації після дорожньо-транспортних пригод (3.6)	3.6 До 2030 року зменшити удвічі кількість смертей та травм внаслідок дорожньо-транспортних пригод	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі

Національний індикатор	Глобальне завдання ЦСР	Статус
Забезпечення всеохоплюючого доступу до послуг охорони здоров'я, якісної імунізації інноваційними вакцинами (3.7)	3.8. Забезпечити всеохоплюючий доступ до послуг охорони здоров'я, включно із захистом від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг та доступ до безпечних, ефективних, якісних та доступних для всіх основних ліків та вакцин	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Не зазначена як національна ціль	3.9 До 2030 року значно зменшити кількість смертей та захворювань від небезпечних хімічних речовин та забруднення повітря, води та ґрунту	Для досягнення цілі потрібні суттєві зусилля
Зменшити поширеність куріння серед населення за допомогою інноваційних засобів масової інформації для інформування про негативні наслідки куріння (3.8)	3.a Посилити імплементацію Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну у всіх країнах, де необхідно	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Не зазначена як національна ціль	3.b Підтримувати дослідження та розробку вакцин та ліків від інфекційних та неінфекційних хвороб, які в першу чергу вражають країни, що розвиваються, забезпечити доступ до доступних основних ліків та вакцин відповідно до Дохійської декларації про Угоду ТРІПС та громадське здоров'я, яка підтверджує право країн, що розвиваються, використовувати в повному обсязі положення Угоди про торговельні аспекти прав інтелектуальної власності щодо гнучкості захисту громадського здоров'я, і, зокрема, забезпечити доступ до ліків для всіх	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Реформувати фінансування охорони здоров'я	3.c Суттєво збільшити фінансування охорони здоров'я та найм, розвиток, навчання та утримання працівників охорони здоров'я у країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах та малих острівних державах, що розвиваються	Потреба у подальшому прискоренні зусиль для досягнення цілі
Не зазначена як національна ціль	3.d Посилити спроможність усіх країн, зокрема країн, що розвиваються, щодо раннього попередження, зменшення ризиків та управління національними та глобальними ризиками для здоров'я [38]	Для досягнення цілі потрібні суттєві зусилля

Джерело: “Авторська розробка”

Київський національний торговельно-економічний університет  
Кафедра публічного управління та адміністрування

## РЕФЕРАТ ВИПУСКНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

на тему:

### «ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ»

Студентки 5 курсу, 3 групи,  
спеціальності 074 «Публічне  
управління та адміністрування»  
спеціалізації «Публічне  
управління та адміністрування»

Інякіної  
Вікторії  
Андріївни

\_\_\_\_\_ (підпис студента)

Науковий керівник  
канд. екон. наук

Дьяченко  
Ольга  
Володимирівна

\_\_\_\_\_ (підпис керівника)

Гарант освітньої програми  
канд. екон. наук,  
доцент

Головня  
Юлія  
Ігорівна

\_\_\_\_\_ (підпис гаранта)

Київ 2022

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків і пропозицій, списку використаних джерел (50 найменувань), додатків. Основний зміст роботи викладено на 30 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 2 таблиці і 1 рисунок.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні напрямів удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких дослідницьких завдань :

- дослідити стан та пріоритетні напрями розвитку системи охорони здоров'я в Україні;
- оцінити ефективність державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні;
- визначити проблеми державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні;
- обґрунтувати напрями удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

Об'єктом дослідження є процес державного регулювання системи охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні.

Для вирішення визначених завдань, у процесі дослідження використано загальнонаукові методи, а саме методи діалектичного пізнання, метод соціологічної теорії, метод узагальнення та системного аналізу. За допомогою методу діалектичного пізнання були відображені загальні властивості, відношення і зв'язки, які існують в об'єктивній реальності в галузі охорони здоров'я в Україні. Завдяки використанню методу соціологічної теорії були розглянуті соціальні процеси, що відбувалися в процесі проведення медичної реформи. При застосуванні методу системного аналізу було з'ясовано

причинно-наслідкові зв'язки з початку реформування системи охорони здоров'я через прийняття відповідного законодавства з безпосередніми змінними процесами, що почали відбуватись. Метод узагальнення дав можливість проаналізувати всю інформацію та зробити обґрунтовані висновки з питань державного регулювання системи охорони здоров'я населення в Україні.

У першому розділі здійснюється аналіз державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні. Для цього досліджувались стан та пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я населення в Україні, здійснюється оцінка ефективності державного регулювання сфери охорони здоров'я населення в Україні.

У другому розділі досліджується удосконалення державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні. Для цього виокремлено проблеми державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні та запропоновано напрями удосконалення державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні.

## Анотація

У випускній кваліфікаційній роботі висвітлені проблеми державного регулювання сфери охорони здоров'я населення в Україні, стан та пріоритетні напрями розвитку сфери охорони здоров'я населення в Україні, проаналізована динаміка самооцінки стану здоров'я українців, запропоновані напрями удосконалення державного регулювання сфери охорони здоров'я населення в Україні.

Ключові слова: державне регулювання, охорона здоров'я, удосконалення, медична допомога, ефективність.

## Summary

The final qualifying work highlights the problems of state regulation of public health in Ukraine, the state and priority areas of development of public health in Ukraine, analyzed the dynamics of self-assessment of health of Ukrainians, proposed areas for improving state regulation of health population in Ukraine.

Key words: regulation, health care, improvement, medical care, efficiency

## РЕЦЕНЗІЯ

на випускну кваліфікаційну роботу  
студента Інякиной Вікторії Андріївни  
5 курсу 3 групи заочної форми навчання  
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»  
на тему «**Державне регулювання сфери охорони  
здоров'я населення України**»  
(за матеріалами Міністерства охорони здоров'я України, м.Київ.)

Випускна кваліфікаційна робота виконана на тему, яка є актуальною для сфери публічного управління в сучасних умовах розвитку державного регулювання сфери охорони здоров'я населення в Україні, передбачає дослідження широкого спектру проблем, пов'язаних із процедурою реалізації політики у сфері розроблені економічного профілю сфери охорони. Виконана робота за змістом відповідає завданню в повному обсязі. Студент продемонстрував достатній рівень володіння теоретичним матеріалом щодо обґрунтування теоретичних особливостей державного управління та вміння застосовувати цей матеріал у процесі реального дослідження.

Робота розкриває сучасний стан управління у сфері діяльності економічного профілю сфери охорони здоров'я населення в Україні. В роботі проаналізовано стан, систему та аналіз реалізації політики у сфері діяльності сфери охорони здоров'я населення в Україні, охарактеризовано її особливості та окреслено нормативно-правове регулювання. Визначено проблеми та розроблено рекомендації щодо удосконалення економічного профілю сфери охорони України.

Якість оформлення випускної кваліфікаційної роботи можна вважати задовільною. Основні вимоги щодо оформлення матеріалу враховані. Слід відзначити деякі несуттєві порушення стилю викладення матеріалу, котрий в окремих місцях роботи є ненауковим. В цілому матеріал роботи викладено послідовно і логічно.

Випускна кваліфікаційна робота рекомендується до захисту.

Рецензент  
Голова РДА



Кондрашова Н.М



Завідувачу кафедри публічного  
управління та адміністрування  
Новіковій Н.Л.



Заява

Я, Інякіна Вікторія Андріївна, повідомляю, що за результатами проведення самостійної перевірки з використанням програмно-технічних засобів у наданій випускній кваліфікаційній роботі на тему: «ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ» не міститься елементів академічного плагіату. У випадках використання прямих запозичень з друкованих та електронних джерел, вказані відповідні посилання.

Робота для перевірки надається у друкованому та електронному варіантах. Електронна версія моєї роботи ідентична з друкованою.

«24» січня 2022 року



(підпис)

### Згода

Я, Інякіна Вікторія Андріївна, цим засвідчую, що є автором випускної кваліфікаційної роботи на тему: “ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ” несу повну відповідальність за достовірність, точність та повноту поданої у роботі інформації, жодна частина роботи не була скопійована, за винятком випадків, коли робиться належне підтвердження в присвоснні. Я підтверджую, що у роботі не міститься державної таємниці або інформації для службового користування.

Цим засвідчую, що жодна частина цієї роботи не була опублікована мною раніше.

Я даю дозвіл на те, що моя робота буде направлена в інституційний депозитарій Київського національного торговельно-економічного університету і збережена в базі даних для майбутньої перевірки плагіату.

« 24 » січня 2022 року

  
Підпис

(Інякіна В. А.)

Прізвище, ініціали