

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління і адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему:
**РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В
МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ**

Студентки 4 курсу 12 групи,
Спеціальності 074 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

Мацвейко
Анна
Сергіївна

Науковий керівник
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Сонько
Юлія
Анатоліївна

Гарант освітньої програми
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Головня
Юлія
Ігорівна

Київ 2020

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 _____

« 17 » червня 2020р.

**Завдання
на випускню кваліфікаційну роботу (проект)
студентові
Мацвейко Анни Сергіївни**

1. Тема випускної кваліфікаційної роботи (проекту):
**«РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ»**

Затверджена наказом ректора від «27» лютого 2020 р. № 757

2. Строк здачі студентом закінченого роботи (проекту): 15.05.2020

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

Мета роботи (проекту): полягає в ефективності реформування системи публічного в системі охорони здоров'я в Україні та відповідність реформи досвіду держав-учасниць Європейського Союзу, а також сформувати науково обґрунтовані рекомендації щодо його удосконалення.

Об'єкт дослідження: процес реформування публічного управління в медичній галузі.

Предмет дослідження: теоретичні засади та практичні рекомендації щодо удосконалення системи публічного управління в медичній галузі України.

4. Зміст випускної кваліфікаційної роботи (проекту)
(перелік питань за кожним розділом):

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ	5
1.1. Особливості публічного управління в системі охорони здоров'я....	5
1.2. Об'єктивна необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі.....	8
РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	18
2.1. Проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я....	18
2.2. Застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.....	31
ВИСНОВКИ.....	36
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39
ДОДАТКИ.....	44

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 27.02.2020	27.02.2020
2	Складання плану та підготовка індивідуального завдання для виконання випускної кваліфікаційної роботи	До 10.03.2020	10.03.2020
3	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису першого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 01.04.2020	01-05.04. 2020
4	Представлення на рецензування науковому керівнику рукопису другого розділу випускної кваліфікаційної роботи	До 15.04.2020	20.04.2020
5	Представлення закінченої випускної кваліфікаційної роботи на кафедру	До 15.05.2020	15-20. 05.2020
6	Підготовка письмового відгуку на випускну кваліфікаційну роботу	До 25.05.2020	25.05.2020
7	Зовнішнє рецензування ВКР	До 01.06.2020	01-05. 06.2020
8	Проведення попереднього захисту випускних кваліфікаційних робіт	05-10. 06.2020	05-10. 06.2020
10	Вирішення питання про допуск випускної	До 15.06.2020	До 15.06.2020

	кваліфікаційної роботи до захисту		
11	Направлення випускної кваліфікаційної роботи із зовнішньою рецензією у ЕК для захисту	За графіком	За графіком

6. Дата видачі завдання «02» березня 2020 р.
7. Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)
Сонько Ю.А.

(прізвище, ініціали, підпис)
8. Керівник проектної групи
(гарант освітньої програми) Головня Ю.І.

(прізвище, ініціали, підпис)
9. Завдання прийняв до виконання студент Мацвейко А.С.
(прізвище, ініціали, підпис)
10. Відгук наукового керівника випускної кваліфікаційної роботи (проекту):

Тема випускної кваліфікаційної роботи «Реформування системи публічного управління в медичній галузі». Актуальність обраної теми визначається тим, що сфера охорони здоров'я в Україні сьогодні перетворилася на авангард протистояння прибічників старої системи організації охорони здоров'я та лобістів впровадження нової моделі, що базується на медичному страхуванні. Підвищений інтерес суспільства до медичної сфери, яка традиційно мала дотаційний і бюджетний характер фінансування спричинений, серед іншого, такими обставинами: а) повна трансформація галузі, що передбачає створення якісно нової управлінської конструкції (моделі); б) зміна системи фінансування галузі та механізму закупівлі лікарських засобів; в) перегляд мережі закладів охорони здоров'я на всіх рівнях; г) зміна та впорядкування правовідносин «лікар – пацієнт»; г) оновлення клінічних протоколів в медичній практиці; д) впровадження електронного документообігу та телекомунікаційних засобів зв'язку тощо. Вагома кількість питань щодо поліпшення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я пов'язана зі значними фінансовими витратами на впровадження відповідних змін. Все це викликає занепокоєння громадян, представників влади, бізнесу, фахівців-практиків та науковців щодо співвідношення витрат та очікувань фактичним результатам реформи.

Об'єктом дослідження є процес реформування публічного управління в медичній галузі.

Предметом дослідження є теоретичні засади та практичні рекомендації щодо удосконалення системи публічного управління в медичній галузі України.

Мета дослідження полягає в дослідженні ефективності реформування системи публічного в системі охорони здоров'я в Україні та відповідність реформи досвіду держав-учасниць Європейського Союзу, а також сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо його удосконалення.

Серед позитивних аспектів роботи: визначено особливості публічного управління в системі охорони здоров'я; з'ясовано об'єктивну необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі; проаналізовано проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я; виявлено доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

До недоліків можна віднести: таблиці 2.1-2.2 та рис. 2.1-2.2 не несуть достатньо змістовної інформації, пп.1.1 носить незавершений характер, часом втрачається перехід між розділами. Перераховані роботи не применшують її практичну значимість і загалом не впливають на загальне позитивне враження від роботи.

Робота виконана відповідно до вимог. Оброблено достатню кількість наукової літератури. Відповідно до довідки, наданої студентом, робота має достатній рівень унікальності. Загалом випускна кваліфікаційна робота Мацвейко А.С. відповідає встановленим вимогам та може бути допущена до захисту.

Науковий керівник випускної кваліфікаційної роботи (проекту)
(підпис, дата)

Відмітка про попередній захист Головня Юлія Ігорівна
(ПІБ, підпис, дата)

11. Висновок про випускну кваліфікаційну роботу (проект):
Випускна кваліфікаційна робота (проект) студента Мацвейко А.С.
може бути допущена до захисту екзаменаційній комісії.

Керівник проектної групи (гарант освітньої програми): Головня Юлія Ігорівна

(прізвище, ініціали, підпис)

Завідувач кафедри: Новікова Наталія Леонідівна

(підпис, прізвище, ініціали)

« 17 » червня 2020 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ.....	7
1.1. Особливості публічного управління в системі охорони здоров'я.....	7
1.2. Об'єктивна необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі.....	10
РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	20
2.1. Проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я.....	20
2.2. Застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі	32
ВИСНОВКИ.....	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	40
ДОДАТКИ.....	45

ВСТУП

Сфера охорони здоров'я в Україні сьогодні перетворилася на авангард протистояння прибічників старої системи організації охорони здоров'я та лобістів впровадження нової моделі, що базується на медичному страхуванні. Підвищений інтерес суспільства до медичної сфери, яка традиційно мала дотаційний і бюджетний характер фінансування спричинений, серед іншого, такими обставинами: а) повна трансформація галузі, що передбачає створення якісно нової управлінської конструкції (моделі); б) зміна системи фінансування галузі та механізму закупівлі лікарських засобів; в) перегляд мережі закладів охорони здоров'я на всіх рівнях; г) зміна та впорядкування правовідносин «лікар – пацієнт»; ґ) оновлення клінічних протоколів в медичній практиці; д) впровадження електронного документообігу та телекомунікаційних засобів зв'язку тощо.

Вагома кількість питань щодо поліпшення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я пов'язана зі значними фінансовими витратами на впровадження відповідних змін. Все це викликає занепокоєння громадян, представників влади, бізнесу, фахівців-практиків та науковців щодо співвідношення витрат та очікувань фактичним результатам реформи.

Питання вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні не є новим. Різні аспекти цієї проблематики були предметом наукових досліджень значної кількості науковців і практиків з правових та медичних спеціальностей. Йдеться про наукові здобутки Н. Б. Болотіної, І. О. Буряка, В. О. Галай, З. С. Гладуна, Р. Ю. Гревцової, Л. М. Дешко, Б. О. Логвиненка, Р. А. Майданика, В. І. Олефіра, В. М. Пашкова, О. М. Піщити, Я. Ф. Радиша, Л. О. Самілик, І. Я. Сенюти, В. Ю. Стеценко, С. Г. Стеценка, В. . Теремецького, М. І. Хвисюка, Я. М. Шатковського та інших вчених.

Об'єктом дослідження є процес реформування публічного управління в медичній галузі.

Предметом дослідження є теоретичні засади та практичні рекомендації щодо удосконалення системи публічного управління в медичній галузі України.

Мета дослідження полягає в дослідженні ефективності реформування системи публічного в системі охорони здоров'я в Україні та відповідність реформи досвіду держав-учасниць Європейського Союзу, а також сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо його удосконалення.

Згідно мети були поставлені наступні **завдання**:

- визначити особливості публічного управління в системі охорони здоров'я;
- з'ясувати об'єктивну необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі;
- проаналізувати проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я;
- виявити доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

Методи дослідження. Загальнонаукові методи, аналіз і синтез, дедуктивний метод та індуктивний метод; методи порівняльного, проблемно-ситуаційного аналізу; логічний метод. Вони використані для визначення сутності досліджуваних питань та повноти їх розкриття.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів основної частини роботи, висновків та пропозицій, списку використаних джерел – 42 позиції та одного додатку. Обсяг роботи становить 47 сторінок, включаючи список використаних джерел, титульний аркуш та додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

1.1. Особливості публічного управління в системі охорони здоров'я

Система суб'єктів публічного управління в сфері охорони здоров'я закріплюється в ст. 15 Основ законодавства України про охорону здоров'я [1, с. 15].

До таких органів відносяться:

1) МОЗ України як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

2) інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах, що пов'язані із забезпеченням охорони здоров'я (наприклад, Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, Національна служба здоров'я України, тощо). Слід підкреслити, що система центральних органів виконавчої влади сьогодні знаходиться у стані оптимізації, а тому державні служби, інспекції і агентства, в тому числі у сфері охорони здоров'я, постійно ліквідуються, реорганізуються або створюються нові органи. Наприклад, в 2014 році Державну ветеринарну та фітосанітарну службу було реорганізовано у Державну службу України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів, до якої були також приєднані Державна інспекція з питань захисту прав споживачів і Державна санітарно-епідеміологічна служба [4]. Це свідчить про нестабільність існуючої системи органів публічного управління в сфері охорони здоров'я;

3) органи публічного управління регіонального рівня (Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації).

Багаторівневість системи органів публічного управління в сфері охорони здоров'я дозволяє виявляти не тільки ефективність всієї системи органів публічного управління, а й окремих елементів цієї системи, зокрема, ефективність

діяльності центральних органів виконавчої влади та органів публічного управління на регіональному рівні. На прикладі характеристики повноважень МОЗ України як центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, можна показати та розкрити одну із методик визначення ефективності такого елементу системи публічного управління в сфері охорони здоров'я як МОЗ України. Пункт 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 року передбачає перелік повноважень і функцій МОЗ України, які цей суб'єкт управління реалізує у сфері: 1) охорони здоров'я; 2) протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; 3) створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів; 4) обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу; 5) санітарного та епідемічного благополуччя населення і ін.[5]. Хочемо звернути увагу на недоліки законодавчої техніки, яка використовувалась при розробці Положення про МОЗ України. Суб'єкт правотворчої діяльності так і не визначився з тим, що він закріплює в пункті 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 року, – повноваження міністерства (про що йде мова в підпункті 17 пункту 4 Положення) чи функції міністерства (про що йде мова в підпункті 15 пункту 4 Положення). Отже, не дивлячись на те, що термін «функція» використовується сьогодні у змісті нормативно-правових актів України при визначенні напрямів діяльності держави та правового статусу органів державної влади, установ і організацій, він так і не отримав чіткого змістовного наповнення, особливо, коли необхідно розмежувати між собою цілі, завдання, повноваження і функції органу публічного управління.

Пошук нових підходів до визначення функцій органів державної влади чи функцій суб'єктів публічного управління обумовлений тим, що, по-перше, термін «функція» не має сьогодні чіткого змістовного наповнення в рамках юридичної науки, а тому може набувати різного значення в залежності від специфіки тієї сфери, де використовується, по-друге, при дослідженні правових явищ категорія «функція» може набути методологічного значення тільки в рамках системного

підходу, який вимагає розкриття внутрішньої взаємодії елементів в будь-якій системі, у тому числі системі публічного управління, а також взаємодії елементів системи між собою. У зв'язку з цим, в межах роботи пропонуємо використати три методологічні підходи, які суттєво змінюють традиційні уявлення про зміст, види та систему функцій органів публічного управління в сфері охорони здоров'я: 1) дослідження публічного управління в сфері охорони здоров'я дозволяє простежити специфіку впливу об'єкту публічного управління (мова йде про суспільні відносини в сфері охорони здоров'я) на перелік функцій суб'єкта публічного управління, адже кожен елемент системи публічного управління в сфері охорони здоров'я окрім загальних функцій, які притаманні всій системі (наприклад, функція координації, контрольна функція і ін.), реалізує свої особисті функції у сфері охорони здоров'я (наприклад, Національна служба здоров'я України забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я); 2) використання системного підходу дозволяє визначитись з місцем кожного органу державної влади в загальній системі публічного управління в сфері охорони здоров'я, а також дослідити функціональні зв'язки, які виникають між цими суб'єктами; 3) зміст функцій органів публічного управління слід розкривати не через термін «напрями впливу» (як це традиційно робиться в науковій літературі [6, с. 166]), а через єдність трьох понять – «цілі створення та діяльності суб'єкта публічного управління», «засоби досягнення цих цілей, які закріплені законодавством за суб'єктом публічного управління» та «результат, який був отриманий і який повинен відповідати поставленим цілям» [7, с. 3].

Доцільно виокремлювати зовнішню та внутрішню організаційні складові в загальній структурі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я. Зовнішня – щодо комунікацій, які необхідно забезпечувати суб'єктам публічного адміністрування із структурами, котрі не входять до системи охорони здоров'я. Внутрішня організаційна складова публічного адміністрування сферою охорони здоров'я полягає у використанні організаційних механізмів, спрямованих щодо підпорядкованих органів та структур охорони здоров'я.

Фактично госпітальний округ – це впорядкована на певній території мережа медичних закладів оптимальної кількості та складу, з раціональним розподілом навантаження на лікарів і максимально ефективним використанням медичного обладнання, яка відповідає практичним потребам і спроможності місцевої громади. Факторами виділення меж ГО є чисельність населення, що проживає на території округу, яке не має перевищувати 120 тис. осіб та відстань доїзду до центру округу, яка не має перевищувати однієї години. Остаточний перелік округів та їх склад затверджує уряд. Адміністративним центром госпітального округу визначається населений пункт, як правило, місто з населенням понад 40 тис. осіб, у якому розміщена багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Визначення меж госпітального округу здійснюється таким чином, щоб населення відповідної території мало доступ до вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги [9].

Наявна сьогодні методика формування госпітальних округів визначає загальні принципи функціонування багатoproфільної лікарні, проте не вказано, які функції відтепер вона має виконувати, які відділення функціонуватимуть в її межах тощо. Досі не затверджено обсягу надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що має забезпечуватися багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівнів [8]. Істотний вплив на формування мережі госпітальних округів має міжрегіональна нерівномірність у забезпеченні регіонів лікарнями та ліжко – місцями в медичних закладах [10].

1.2. Об'єктивна необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі

Від моменту здобуття незалежності Україною, державною владою неодноразово робилися спроби вирішити проблему невідповідності успадкованої від СРСР системи охорони здоров'я шляхом її приведення у відповідність до ринкових умов сьогодення. Більшість із прогнозованих заходів не знайшло практичної реалізації через брак фінансування та відсутність послідовної

державної політики у сфері охорони здоров'я. Ще у 2003 р. автори навчального посібника «Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я» відзначали, що «...загальні напрямки реформування вітчизняної системи охорони здоров'я населення України передбачають десять напрямків реформування, зокрема, створення двох секторів медичної допомоги і поетапне впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування» [11, с. 28].

Отже, сьогодні й досі не завершено процес запровадження державного медичного страхування, яке вже майже 15 років не знайшло практичної реалізації. Водночас інтенсифікація процесу реформування медичної сфери наразі несе в собі потенційну загрозу впровадження недостатньо ефективних технологій та методик у публічне управління досліджуваною сферою і може мати наслідком погіршення рівня забезпечення прав людини та громадянина у сфері охорони здоров'я.

Наголосимо, що першим і найголовнішим принципом у реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я має бути послідовність, без якої не можна вести мову про належність публічного управління цією сферою.

У переважній більшості наукових праць система публічного управління сферою охорони здоров'я та необхідність її реформування розкривається крізь призму джерел фінансування медичної галузі. Так, автори підручника з медичного права України вважають недосяжною мрією безоплатність всіх видів та обсягів медичної допомоги для всіх громадян, які звертаються за медичною допомогою. Фахівці наводять приклад високорозвинених чи природно багатих країн (США, Німеччина, Японія, Саудівська Аравія, ОАЕ), що не можуть дозволити собі таку розкіш, як повністю безкоштовну медицину. Згадуючи радянські часи зазначається, що за певні види медичних послуг (наприклад, в стоматології, косметології, санаторнокурортній справі) громадяни здійснювали плату особисто. Тому сьогоденний стан розвитку охорони здоров'я в Україні свідчить про необхідність чіткого визначення переліку тих обсягів медичної допомоги, які надаються пацієнтам безкоштовно, а також людям, які не мають фізичної можливості працювати та забезпечити власне лікування. Основний критерій, який може вважатись ключовим з точки зору державного регулювання – безоплатність такого

мінімуму медичних послуг для пацієнта. Доцільно закріпити вказаний перелік видів медичної допомоги на рівні Постанови Кабінету Міністрів України [12, с. 245–246].

Маючи в основі класифікацію управлінських систем за типом фінансування, можна вести мову про те, що на відміну від держав-учасниць Європейського Союзу, які успішно реалізували перехід від бюджетної системи охорони здоров'я до системи державного медичного страхування (Латвія, Литва, Естонія), в Україні досі немає концептуального бачення системи, що має бути утворена замість діючої сьогодні. Впровадження окремих елементів страхової медицини в сукупності зі змішаним фінансуванням закладів охорони здоров'я негативно впливає на загальну ефективність адміністративного впливу суб'єктів владних повноважень, зокрема Міністерства охорони здоров'я. До того ж замість державного медичного фонду, який міг би стати інституцією на кшталт Пенсійного фонду України, утворено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ), що фактично виконує функції посередника між державою та закладами охорони здоров'я. НСЗУ є одним із головних методів впливу населення до держави. Головними завданнями НСЗУ є реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів, внесення на розгляд Міністерства охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Інший підхід наводить Б.О. Логвиненко, пропонуючи виокремити три основні моделі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень: 1) імперативну модель, що характеризується винятковою роллю держави в адмініструванні сферою охорони здоров'я; 2) державну модель – представлену домінуючим положенням держави, як ключового суб'єкта владних повноважень та 3) конкурентну модель, яка заснована на діяльності держави в ролі «рефері», який встановлює правила гри, проте сама не бере в ній участі. Тобто держава надає правове забезпечення сфери охорони здоров'я, формує та реалізовує окремі державні програми в цій сфері [13, с. 32].

Такий підхід також є раціональним, адже управління сферою охорони здоров'я не може зводитися виключно до фінансування галузі, а має представляти модель владного управлінського впливу на вказану складову суспільного життя.

Погоджуючись з тим, що для вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я має бути враховано як критерій фінансування галузі, так і обсяг владних повноважень керівних суб'єктів, пропонуємо відійти від «традиційного» аналізу наукових позицій і думок та зосередити увагу на перевагах і недоліках системи охорони здоров'я України в умовах реформування. Проведений аналіз Інтернет-джерел дозволяє умовно визначити такі складові реформи системи охорони здоров'я в Україні, що викликають найбільший резонанс: 1) аналіз основних здобутків першого етапу реформи; 2) перспективи реформування на майбутнє; 3) протидія корупції у сфері охорони здоров'я; 4) основні переваги реформи для населення та медичних працівників. Щодо до першого напрямку – наведемо дані дослідження «Індекс здоров'я. Україна». Так, у 2018 р. загальноукраїнське значення Індексу здоров'я склало 62,2 бали (2017 р. – 62, 2016 – 55). До його параметрів, окрім задоволеності медичною допомогою, звернення до лікаря та попередження хвороб, витрат на ліки та відмови від звернення до лікаря через відсутність коштів, входять також: вакцинація дітей, знання симптомів інсульту, самооцінка стану здоров'я, наявність надлишкової ваги або ожиріння [14].

Опитуванням було охоплено більше 10 000 респондентів, що є достатньо вагомих показником. Позитивна динаміка, як випливає з результатів дослідження, є доволі млявою. Це може свідчити про складність триваючої трансформації або про неефективність пропонованих заходів.

Прийняття у жовтні 2017 року Верховною Радою України рішення про початок медичної реформи – Закон України (ЗУ) «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [30] – визначило новий етап розвитку сфери охорони здоров'я. Розвиток медичної реформи, питання, які запропоновані для вирішення на рівні країни, подано на рисунку 1.1.



Джерело:30

Рис.1.1 Розвиток медичної реформи згідно із Законом України

Публікація про успіх реформи медичної допомоги на первинному рівні демонструє долучення майже всіх комунальних закладів первинного рівня, а також 200 приватних клінік та лікарів, що мають власну практику. У 2019 р. на потреби первинного рівня у бюджеті закладено понад 15 млрд. гривень. Ці гроші розподілятиме НСЗУ відповідно до укладених угод. Без угоди з НСЗУ гроші надаватися не будуть, адже медична субвенція для закладів первинного рівня в поточному році не передбачена [15].

Коментуючи наведене зауважимо, що у медичних закладах державної або комунальної власності, на відміну від приватних, фактично немає свободи вибору щодо підписання або не підписання угоди з НСЗУ. Остання ж фактично отримує фінансовий важіль щодо надання або ненадання коштів медичному закладу. Це певним чином ставить медичні заклади у залежність від політики НСЗУ та позбавляє фактичної автономії в управлінських справах.

Ю. В. Тимошенко зазначає, що в Україні потрібно застосовувати європейську модель медицини, а це – страхова медицина. Вона також додала, що у результаті непрофесійних дій керівництва лікарі первинної ланки перевантажені, люди не

можуть вчасно потрапити до терапевта на прийом, на фінансування лікарів вторинної ланки не вистачає державних коштів, а оплату послуг вузькопрофесійних лікарів планується забезпечити за рахунок власних коштів пацієнтів [16].

Поряд із очевидною тезою про необхідність запровадження страхової системи охорони здоров'я не можна не погодитись з тим, що неефективний контроль за реформуванням медичної допомоги на першому рівні призвів до низки проблем, серед яких штучне збільшення кількості прикріплених пацієнтів для покращення грошового забезпечення лікарями, відсутність фізичної можливості обслуговування закріпленої кількості пацієнтів (приміром у гострий епідемічний період), дисбаланс у оплаті праці середнього медичного персоналу та лікарів, а також лікарів загальної практики на первинному рівні та вузькоспеціалізованих фахівців другого і третього рівнів.

В. Б. Гройсман, підтримуючи зміни, наголошує: «...якщо 3-5 років робити те, що передбачено планом реформи медицини, протягом цього часу українці будуть бачити позитивні зміни в системі охорони здоров'я, відчують підвищення якості надання медичної допомоги. Важливо діяти системно і послідовно. В результаті українці отримають кваліфікованих лікарів, нормальні умови отримання допомоги, а лікар отримає нормальну, достойну заробітну плату» [17].

Великим недоліком попередніх спроб реформування медичної галузі була непослідовність у реалізації реформи, відсутність реальних заходів. Сьогодні ми можемо спостерігати окремі позитивні зрушення, однак у випадку «консервації» реформи громадяни можуть опинитися у ситуації, коли і стара, і нова система не працюють на належному рівні, що викличе погіршення публічного управління галуззю та знизить ефективність медичного обслуговування населення. Розпочинаючи нову систему реформування, населенню важко дуже швидко перелаштуватися, враховуючи те, що більшу частину свого життя та за зразком свої предків діяли за старою системою. Багато реформ бути неефективними і обслуговування медичної сфери спричиняло значний вплив на бюджет країни і на свідомість населення.

Коментуючи представлену складову загалом, відзначимо, що відповідність реформи часу має оцінюватись її кінцевими результатами, а отже говорити про успіх проекту, маючи лише його підґрунтя, – завчасно. Європейські практики можуть стати у нагоді, але для цього потрібно ґрунтовно вивчати досвід та залучати фахівців із вже зазначених вище країн Латвії, Литви, Естонії, а також Польщі й Румунії, які пройшли шлях трансформації національних систем охорони здоров'я, зорганізованих за бюджетним (імперативним) типом.

Розглядаючи перспективи реформування системи охорони здоров'я на майбутнє, наведемо слова заступника Міністра охорони здоров'я П. А. Ковтонюка, який наголошує, що попереду – реформування швидкої допомоги, робота спеціалізованої й високоспеціалізованої медицини. Також у 2019 р. МОЗ України запустить нові електронні інструменти: електронний рецепт, картку пацієнта і направлення [18]. У теорії все виглядає доволі оптимістично, але критично аналізуючи можливості громадян зазначимо, що у сільській місцевості отримати електронний рецепт або літній людині заповнити форму для електронного направлення складно, тому варто погодитись із тим, що наведене не буде працювати принаймні у вказані строки. В деяких Європейських державах, зокрема в Латвії, для літніх людей проводяться безкоштовні курси з підвищення комп'ютерної грамотності у міських бібліотеках. Середньостатистичний вітчизняний пенсіонер не матиме змогу ефективно реалізувати власні медичні права через низький рівень володіння комп'ютером та через відсутність доступу до мережі Інтернет в окремих місцевостях.

Ще однією суттєвою новацією, яка має поліпшити ефективність правовідносин між лікарем і пацієнтом, має стати направлення на безоплатну діагностику. Ті медичні заклади, що беруть участь у відповідній програмі, мають отримувати адекватну компенсацію від НСЗУ за проведення діагностики та направленого до них хворого. Чим більше послуг буде надано пацієнтам, тим більшою має стати сума компенсації. Це може обернутися тим, що лікарі будуть направляти пацієнтів не туди, де обладнання є сучаснішим, або якіснішим, а туди, де у них є знайомі або куди вказує головний лікар. Що стосується безоплатності,

то якщо особа бажає додаткове дослідження або перевірити дані вже проведеного дослідження – вона має сплати за цю послугу кошти. Наведемо приклад із направленням на аналіз крові, який можна зробити безоплатно за направленням лікаря у державному (комунальному) закладі охорони здоров'я, або сплатити за послугу у сучасній лабораторії, де пацієнт буде впевнений у якості та швидкості результату.

В Європейському Союзі ефективно впроваджено систему «E-Health», що передбачає електронний документообіг у сфері охорони здоров'я за багатьма векторами, що значно спрощує загальне управління сферою. Але впровадження телекомунікаційних технологій потребує значних фінансових витрат та побудови захищеної мережі між медичними закладами для забезпечення безпеки персональних даних пацієнтів. А отже, у вітчизняних реаліях вести про це мову завчасно.

Переходячи до протидії корупції у сфері охорони здоров'я зауважимо, що рівень корумпованості багато в чому залежить від рівня матеріального забезпечення самих медичних працівників. Належне грошове забезпечення в сукупності з підвищеною юридичною відповідальністю створюють суттєве запобігання вчиненню корупційних правопорушень. Утім вимагати прозорості та чесності у роботі там, де фінансування не відповідає вимогам до складності отриманого фаху, є некоректним. Медична реформа спрямована на виправлення ситуації в такому напрямі, зокрема за рахунок поліпшення умов роботи медичних працівників.

За інформацією МОЗ України, головне завдання на сьогодні – забезпечити якісну медичну допомогу на усіх рівнях і достойну зарплату медикам., особливо з останніми подіями які відбувалися навіть на міжнародному рівні. Медики, не зважаючи на загрозу власному життю, рятувати велику кількість людей від вірусу. Саме тому МОЗ України впроваджує системні зміни у охороні здоров'я. Передусім йдеться про реформу фінансування: у 2018 р. заклади первинної медичної допомоги, які автономізуються і увійдуть у реформу, зможуть отримувати пряме фінансування від держави через НСЗУ за кожного пацієнта і вільно

розпоряджатись коштами. Це означає, що тарифні сітки заробітної плати для медиків будуть скасовані: заклади отримують можливість самостійно визначати розмір виплат і достойно мотивувати лікарів. Реформування моделі фінансування медичних установ спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги розпочнеться у 2019 р. [19]. Така позиція є правильною, проте завчасною. Вже сьогодні лікарі первинного рівня медичної допомоги отримують можливість фальсифікувати кількість укладених із ними декларацій. З іншого боку, діяльність НСЗУ як розпорядника коштів, що може отримати медичний заклад, має бути підконтрольна і підзвітна для мінімізації корупційних ризиків.

Процедура закупівлі лікарських засобів так само супроводжується значними корупційними скандалами та лобіюється представниками фармацевтичних компаній. Як зазначає О. Школярська, міжнародні закупівлі (ті самі, які повинні перемогти фармацевтичну мафію) заощадили 40% державних коштів. Насправді для пацієнтів, які приймають лікарські препарати, важливою є не стільки кількість, скільки якість, а також безперебійне постачання. Внаслідок непрофесіоналізму МОЗ України брак одних лікарських засобів «компенсувався» надлишком інших зі строком придатності, що спливає [20]. Наводимо ситуацію, коли за програмою реімбурсації закуплено один препарат, на який у низки пацієнтів алергічна реакція або інша побічна дія. Оскільки саме ця позиція внесена у перелік, її можна отримати зі знижкою або безкоштовно, тоді як більш ефективний препарат хворому доведеться придбати за повну ціну. Формування відповідного списку лікарських засобів має бути максимально прозорим для унеможливлення корупційного впливу великих фармакологічних корпорацій.

Європейський досвід у протидії корупції у сфері медицини полягає в адекватній оцінці роботи медичного працівника, який отримує належний рівень грошового забезпечення. І коли вітчизняні лікарі їдуть до Польщі для працевлаштування в якості середнього медичного персоналу, польські колеги можуть працювати у більш розвинутих державах-учасницях ЄС.

Розкриваючи основні переваги реформи для населення та медичних працівників, зазначимо, що головним критерієм ефективності медичної реформи

має слугувати рівень забезпечення медичних прав людини в Україні. Якщо тривалість життя в сукупності зі станом задоволення системою охорони здоров'я в Україні будуть зростати, можна буде зробити висновок про успішність медичної реформи.

Щодо поточного стану справ, наведемо приклад із епідеміологічною загрозою в Україні. На сьогодні рівень імунізації в Україні – катастрофічний і за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я – найнижчий в Європі. Тож епідемія може спалахнути будь-коли [21]. Стан справ із вакцинацією для запобігання захворюваності на кір в сукупності із поширенням цього захворювання в Україні говорить сам за себе. Можливо тут має місце недосконала організація закупівель вакцин, а можливо причина у завчасному знищенні санітарно-епідеміологічної служби в Україні.

З урахуванням викладеного можна вести мову про те, що провадження реформи системи охорони здоров'я в Україні здійснюється на теоретичному і практичному рівнях. Саме публічне управління сферою охорони здоров'я має кореспондувати їх між собою. Насправді складається ситуація, коли перспективи і очікування від реформи не відповідають дійсному стану речей. Відірваність від реалій та акцент на тимчасових складностях і незручностях є головною проблемою медичної реформи в Україні.

РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я

Розпочата медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутрішнього організаційного менеджменту закладів охорони здоров'я.

На рівні держави поставлені конкретні завдання щодо структурних змін у галузі охорони здоров'я України, які визначені пріоритетними в діяльності місцевих органів державної виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Серед цілей реформування медичної сфери визначено: створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами; підняття значущості та престижу професії лікаря; створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази медичних закладів; впровадження нової системи охорони здоров'я, зорієнтованої на створення центрів первинної медичної допомоги; підвищення процесу керованості та фінансового забезпечення розвитку первинної ланки медичної допомоги в адміністративно-територіальних утвореннях; проведення організаційних заходів щодо перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства, які в подальшому будуть працювати з Національною службою здоров'я України.[27]

Функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових

груп, формування ринку медичних послуг з врахуванням міжсекторного партнерства, дотримання державних фінансових гарантій надання медичної допомоги, диференціацію джерел фінансового забезпечення надання медичних послуг, необхідність дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг, потреба здійснення аудиту якості медичної допомоги та постійного моніторингу конкурентоспроможності медичних послуг, роботу над зростанням рівня задоволеності медичною допомогою населення, професіоналізацію кадрового забезпечення медичних закладів, інноватизацію інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health), яка покликана фіксувати статистичні дані про лікування пацієнтів та надані їм послуги, вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ.

За результатами дослідження встановлено, що у більшості закладів охорони здоров'я в недостатній мірі використовуються медико технологічні стандарти та регламенти надання медичних послуг, зокрема: у 88% закладів відсутні локальні протоколи надання медичної допомоги, 85% організаторів системи охорони здоров'я основним своїм функціональним обов'язком вбачають забезпечення закладів охорони здоров'я фінансовими та матеріально-технічними ресурсами, і лише 15% організаторів зазначають, що їх основною функцією є організація умов для надання якісної медичної допомоги. При цьому 87,42% лікарів не отримують доплати за якісну працю, а 97,6% вважають, що в закладах охорони здоров'я потрібне впровадження ефективної системи управління якістю медичних послуг.[21]

Одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Вироблення національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ з державного управління у цій сфері. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня. Реалізація

ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери.

Суттєвими недоліками кадрового забезпечення медичної галузі на сьогодні є: недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу; негативний кадровий баланс: старіння працівників; низька якість підготовки медичних кадрів; недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих фахівців; регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення; зниження рівня кваліфікації медичних кадрів; слабкість механізмів державного регулювання кадрової політики у сфері охорони здоров'я; відсутність державної концепції кадрової політики в галузі; недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів; недосконала система планування кадрового складу сфери охорони здоров'я; відсутність мотивації та зацікавленості у покращенні результатів діяльності медичних працівників; невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потребам медичної галузі та завданням реформування медичної сфери; непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.[22]

Із запровадженням страхової медицини і появою великої кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг та відповідно зросла увага до їхньої якості. Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ; посилення вимог до кваліфікаційного, морально-психологічного та етичного рівня персоналу, який дотримується норм лікарської етики та деонтології; дотримання відповідного рівня ресурсного, матеріально-технічного та фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є:

медична ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг, та адміністративна ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами. Менеджмент сучасного медичного закладу повинен працювати на забезпечення максимального синергетичного ефекту від його функціональної діяльності.

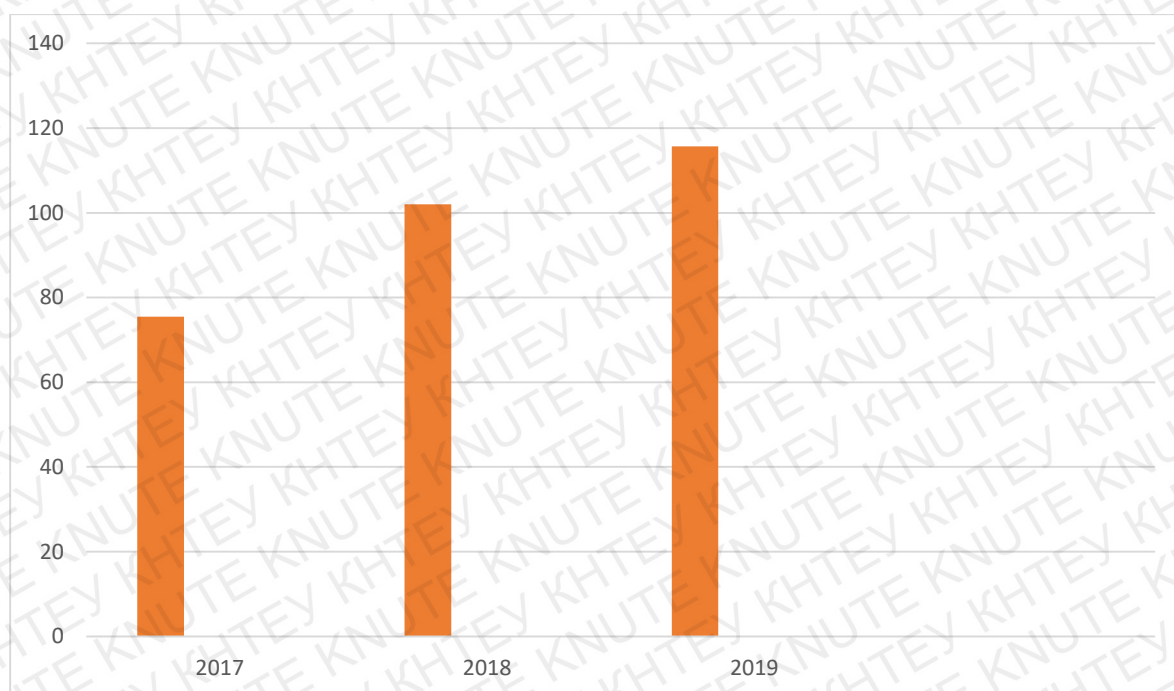
Системні проблеми інноватизації системи управління закладами охорони здоров'я пов'язуються з особливостями їх функціонування та специфікою процесів надання медичної допомоги. Це, передусім, – висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер; складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також вимірюваності результатів роботи; відсутність права на невпевненість і помилку; потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників; залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації; труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладів.[25]

Здоров'я нації – пріоритет уряду. Тому, розглядаючи бюджет на 2019 рік, уряд планує у наступному році загальні видатки на охорону здоров'я збільшувати на 13,7 млрд.грн. (на 13,4%) до 115,7 млрд.грн. Збільшується фінансування програми «Доступні ліки». В бюджеті-2019 на цю програму передбачено 1 млрд.грн., що на 300 млн.грн. більше, ніж минулого року. Зараз за цією програмою громадяни мають можливість отримати ліки від серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми безкоштовно або з незначною доплатою. Програма почала працювати 1 квітня 2018 року та довела свою ефективність. Майже 6 млрд.грн. було спрямовано на централізовану закупівлю ліків та вакцин, яка проводиться через міжнародні організації. Вперше було виділено кошти на розвиток в Україні послуг з трансплантації – 112 млн.грн. передбачено на

реалізацію пілотного проекту з трансплантації органів. На програму лікування громадян за кордоном передбачено 389,9 млн.грн.

Видатки у розмірі 1443,1 млн. грн передбачені на надання медичної допомоги у клініках науково-дослідних установ МОЗ. 431,6 млн. грн. виділяється на забезпечення безоплатним санаторно-курортним лікуванням дітей та підлітків з соматичними захворюваннями та хворих на туберкульоз у спеціалізованих санаторіях [29]. Нижче зображені видатки з бюджету на охорону здоров'я за останні роки (рис. 2.1)

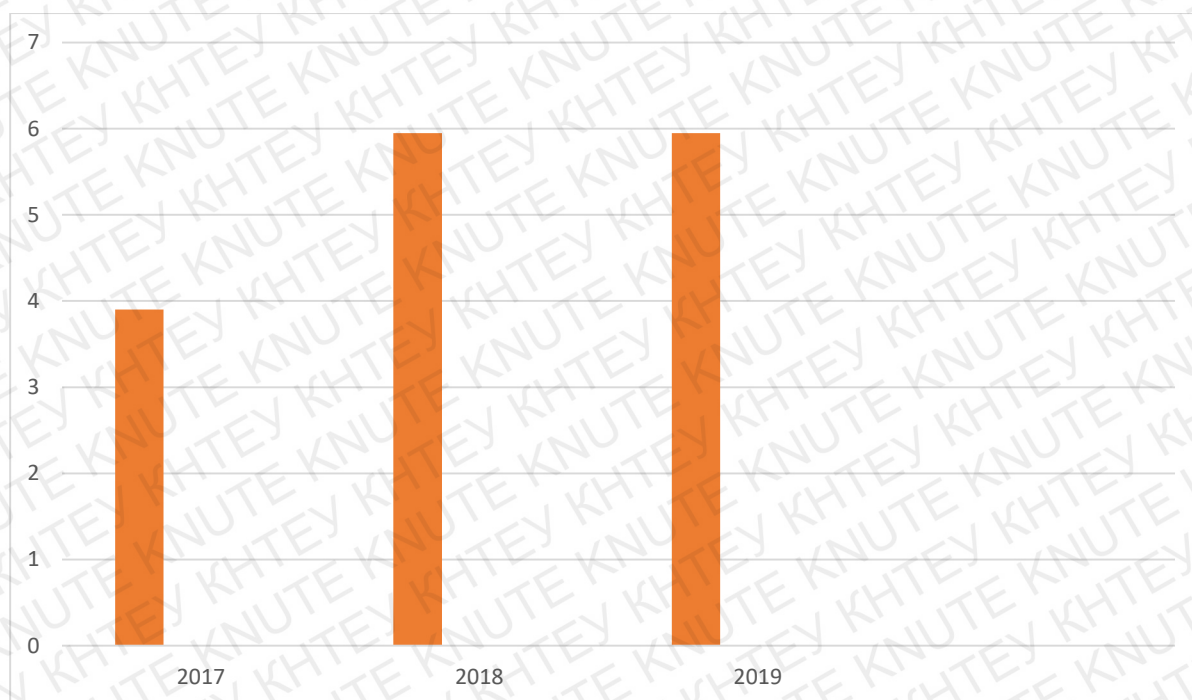
Зобразимо ці дані в графічному вигляді (рис.2.1).



Джерело:29

Рис. 2.1 Видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я у 2017-2019 роках (млрд. грн.)

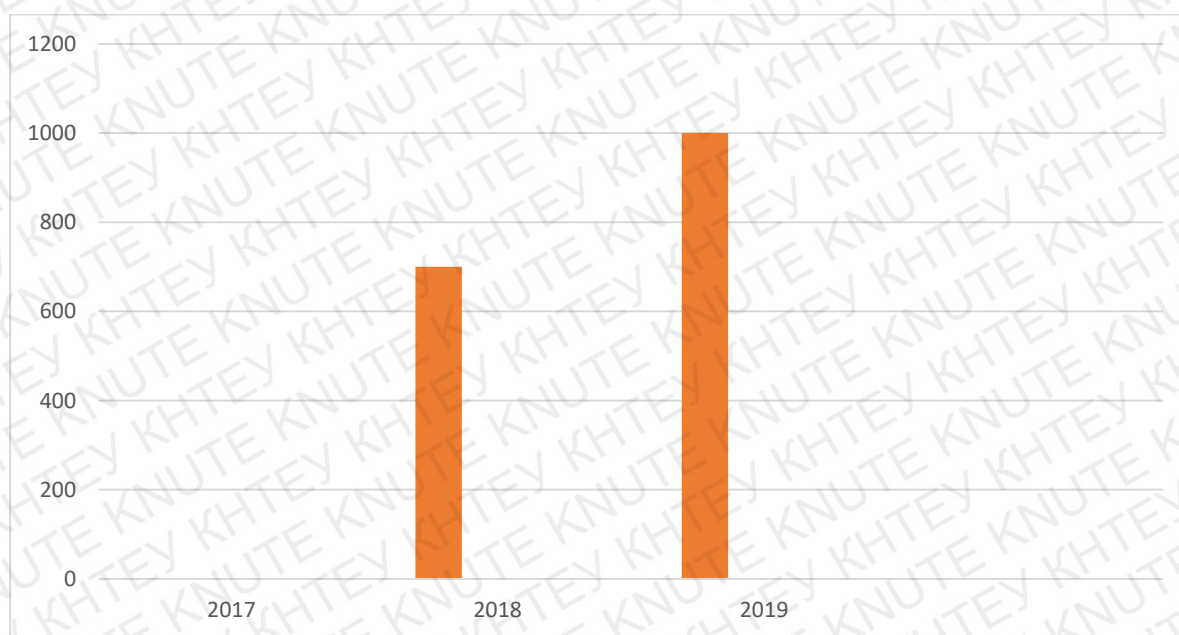
Окрім цього, покажемо скільки коштів було виділено за останні 3 роки на реалізацію централізованої закупівлі ліків в Україні (рис. 2.2.).



Джерело: 29

Рис. 2.2 Видатки зведеного бюджету на централізовану закупівлю ліків у 2017-2019 роках (млрд. грн.)

Наступні дані ілюструють які були за останні роки видатки із бюджету на реалізацію програми «Доступні ліки» (рис. 2.3).



Джерело: 29

Рис. 2.3 Видатки зведеного бюджету на програму «Доступні ліки» у 2017-2019 роках (млн. грн.)

Вищеописані показники дають змогу зрозуміти той факт, що в Україні існують значні видатки на реалізацію медичної реформи, проте дані ресурси потребують правильного розпорядження ними.

Одним з важливих напрямів реформування системи охорони здоров'я, наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування є створення госпітальних округів. Забезпечення їх ефективного функціонування та управління ними можливе на основі врахування таких відправних детермінант: 1) ефективність госпітальних округів визначається їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть; 2) широке коло учасників госпітальних округів зумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку; 3) управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами.[25]

Динамічний розвиток вітчизняного фармацевтичного ринку, значне розширення аптечних мереж суб'єктів фармацевтичної діяльності недержавної форми власності, розширення арсеналу інноваційних та генеричних лікарських засобів, багатоетапність «життєвого циклу» та загроза неякісних і фальсифікованих препаратів зумовлює важливість проблеми забезпечення якості та безпеки лікарських засобів в Україні та актуалізує необхідність створення у суб'єктах фармацевтичної діяльності ефективної системи якості. В сучасних умовах вітчизняні аптечні заклади, залишаються насамперед установами охорони здоров'я, які працюють в умовах зростаючої конкуренції, яка зумовлена кон'юнктурою аптечної мережі в Україні (збільшення кількості аптек та зменшення кількості аптечних кіосків), невисокою купівельною спроможністю населення,

зростанням вартості ліків, відсутністю медичного страхування, іншими соціальними та ринковими чинниками.

Серед рекомендації для покращення системи охорони здоров'я в Україні було запропоновано наступне[27]:

- реформування інституційного забезпечення управління охороною здоров'я має передбачати: формування сучасної моделі медичної допомоги дітям, яка забезпечуватиме підвищення ефективності та якості високоспеціалізованої медичної допомоги дітям, зниження рівня дитячої та підліткової захворюваності, зниження показників дитячої інвалідності та смертності і включатиме: формування підрозділів центрів первинної медико-санітарної допомоги дітям у регіонах на базі існуючих медичних закладів: лікарняних амбулаторій; амбулаторій загальної практики – сімейної медицини; медичних пунктів; фельдшерських пунктів; фельдшерсько-акушерських пунктів; сімейних лікарів; центрів реабілітації та медичної допомоги;

- удосконалення мережі закладів охорони здоров'я має йти в напрямку створення підрозділів сучасної екстреної медичної допомоги в складі існуючих медичних закладів, медичних об'єднань: станції екстреної медичної допомоги; пункти екстреної медичної допомоги постійного базування; пункти екстреної медичної допомоги тимчасового базування; а також створення консультативно-діагностичних центрів на базі існуючих районних поліклінік, існуючих лікувально-профілактичних закладів; організацію інтегрованого центру високоспеціалізованої медичної допомоги;

- з метою підвищення ролі сімейного лікаря та посилення мотивації залучення молоді до роботи в закладах охорони здоров'я сільської мережі доцільною є розробка та впровадження в практику регіональної програми «місцевих стимулів» для медичних працівників: пільгове кредитування на житло або забезпечення земельною ділянкою під його будівництво, отримання медичної освіти сільською молоддю на договірних умовах за рахунок коштів місцевих громад тощо. Для залучення висококваліфікованих медичних працівників до роботи в закладах з надання первинної медичної допомоги населенню у сільській

місцевості органам місцевого самоврядування слід поширити практику розробки «мотиваційного пакета щодо встановлення додаткових соціальних гарантій» медичним працівникам;

– для створення умов медико-соціальної реабілітації, яка є однією з ланок загальної системи реабілітації дітей-інвалідів, що реалізується органами охорони здоров'я, управліннями соціального захисту населення та органами виконавчої влади, необхідним є розроблення програми підтримки дітей, які хворіють на рідкісні захворювання. Це сприятиме усуненню або більш повній компенсації обмежень їх життєдіяльності, відновленню їх повноцінного соціального статусу, що сприятиме зменшенню соціальної напруженості у суспільстві та поліпшенню здоров'я. Метою програми є надання матеріальної допомоги батькам, діти яких хворіють на рідкісні захворювання, зокрема через забезпечення необхідними медичними препаратами, предмети догляду та вироби медичного призначення для покращення якості життя хворих дітей та їх соціальної адаптації. Реалізація програми дасть змогу підвищити рівень соціального захисту, сприятиме вирішенню соціально-побутових питань хворих з рідкісними захворюваннями, знизити рівень дитячої смертності, а також надавати психологічну та фінансову підтримку батькам, діти яких хворіють на орфанні (рідкісні) захворювання;

– в контексті підвищення ефективності управління фармацевтичними закладами доцільним є застосування новітніх управлінських технологій. Серед сучасних моделей менеджменту для аптечних закладів найбільш перспективними можуть розглядатись: управління асортиментом та товарними залишками, збалансована система показників (Balanced Scorecard – BSC), впровадження міжнародних стандартів (зокрема, Належної аптечної практики – Good pharmacy practice GPP та ISO 9001), управління базою даних пацієнтів, управління трудовим потенціалом підприємств, антикризове управління тощо. Головним у діяльності аптечних закладів має бути надання допомоги пацієнтам, зокрема з питань застосування лікарських засобів. Основні функції GPP за міжнародним досвідом включають відпуск лікарських засобів та іншої медичної продукції гарантованої якості, надання відповідної інформації та консультації

пацієнтів щодо способу застосування, протипоказання та побічних ефектів лікарських засобів;

– передбачити активізацію валеологічного підходу до інституціалізації реформ охорони здоров'я, який є синергетикою валеософії (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я), валеометрії (вимірювання здоров'я), валеопрактики (оздоровлення організму). Такий підхід працюватиме на профілактику здорового способу життя, підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і соціальної адаптації індивіда; вивчення закономірностей формування індивідуального здоров'я та умов його збереження і зміцнення; формування нового ненасильницького і духовно-творчого мислення; формування здорової, активної, творчої людини, здатної впродовж всього життя самостійно зберігати, розвивати і підтримувати своє здоров'я на належному рівні;

– необхідним є: вдосконалення нормативних актів у частині забезпечення безпеки пацієнтів та їх прав; підвищення мотивації працівників до забезпечення безпеки медичної допомоги та якості медичних послуг; залучення пацієнтів до проведення досліджень щодо якості медичних послуг. Це сформує основи для пацієнтоорієнтованої моделі діяльності медичних установ та їх персоналу;

– вдосконалення управління безпекою працівників в медичних закладах вимагає насамперед активізації мотиваційної складової такого управління. Вважаємо за доцільне в систему «місцевих стимулів» включати: оснащення робочого місця відповідно до табеля оснащення, створення умов щодо доступності регулярного підвищення професійного рівня медичних працівників, максимальне наближення медичних послуг до місця проживання; з метою захисту медичних працівників, що працюють в особливих умовах, проводити атестацію робочих місць на відповідність нормам безпеки праці; для зниження та профілактики виробничого травматизму забезпечити розробку територіальних програм щодо поліпшення умов і охорони праці, а також аналогічних програм безпосередньо в організаціях охорони здоров'я; для вдосконалення соціальної захищеності медичних працівників при здійсненні професійної діяльності необхідно створити систему державного соціального страхування відповідальності на випадок

професійної помилки, особливо при наявності ризику медичного втручання (на первинному рівні);

– забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить передусім від впровадження сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. Основні джерела фінансування медичних закладів (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) мають бути доповнені додатковими джерелами, серед яких: благодійна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата за надані медичним закладом послуги за угодами; надходження за послуги, які надає медичний заклад понад нормативи надання безоплатної медичної допомоги; оплата за послуги, надані пацієнтам за їх ініціативи; добровільні внески та пожертви; інші джерела, не заборонені чинним законодавством; зекономлені кошти від функціональної діяльності шляхом забезпечення оптимальності структури витрат, перегляду організаційної структури та штатного розпису закладів медичної допомоги, укладання договорів про комерціалізацію послуг (надання послуг третіми сторонами, наприклад, телефонний запис на прийом до лікаря (кол-центр), утримання території, впровадження технологій енергозбереження (може потребувати інвестицій за рахунок місцевого бюджету або міжнародних проектів технічної підтримки), аудиту використання приміщень закладу з метою визначення площ, які не використовуються (або використовуються неефективно) для надання їх в оренду [27].

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.[26]

– в контексті пошуку альтернативних джерел фінансування галузі охорони здоров'я, з метою підвищення рівня економічної доступності медичного

обслуговування населення необхідно посилити роль бюджетно-страхової медицини. Оптимальна модель добровільного медичного страхування має базуватися на засадах державноприватного партнерства, партнерських відносинах представників державного та приватного секторів у паритетному управлінні ринковими механізмами і конкуренцією як основою ринкового механізму. В запропонованій моделі об'єктом управління, окрім закладів охорони здоров'я та медичного персоналу, новими елементами мають стати: страховий ризик, пов'язаний з витратами на надання медичної допомоги при виникненні страхового випадку, та пацієнти, а також запровадження посади менеджера з роботи зі страховими компаніями;

– вирішення проблем кадрового забезпечення системи охорони здоров'я лежить у площині формування цілісної державної стратегії кадрового забезпечення системи охорони, реалізація якої має здійснюватися за такими основними напрямками[28]:

- модернізація інституційної бази кадрової політики у сфері охорони здоров'я шляхом
- удосконалення механізмів планування кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я
- підвищення ефективності управління людськими ресурсами охорони здоров'я шляхом
- удосконалення системи мотивацій і стимулів та розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я
- удосконалення підготовки та безперервного професійного розвитку кадрів системи охорони здоров'я

– впровадження інноваційних підходів та технологій управління системою охорони здоров'я, адекватних процесам трансформаційних змін в медичній галузі, має передбачати[30]:

1. Затвердження доктрини формування управлінського потенціалу галузі та розробити систему єдиного стандарту підготовки управлінських кадрів для забезпечення модернізації сфери охорони здоров'я як складову стратегії

національної безпеки. Сучасним керівникам медичних закладів в умовах постійних трансформацій потрібні: ґрунтовні знання технологій менеджменту ресурсів, в тому числі людських; новітнього інструментарію стратегічного управління та управління результативністю, ефективністю, ризиками діяльності; навички володіння методами моніторингу, діагностування та оцінювання якості роботи; здатності застосовувати ефективні комунікативні техніки та сучасні технології контролю; навички альтернативних підходів у прийнятті управлінських рішень тощо;

2. Розроблення концепції стратегічного управління в інтересах громадського здоров'я (governanceforhealth) та покращення координації й інтеграції діяльності держави в сфері охорони здоров'я. Реалізація нових підходів до стратегічного управління в інтересах здоров'я може здійснюватися в рамках вироблених світовою практикою форм: керівництво через співпрацю; керівництво через залучення громадян; керівництво через регламентування і переконання; керівництво через незалежні установи та експертні органи; керівництво за допомогою адаптивних стратегій, стійких структур і передбачення;

3. Запровадження механізмів якісного управління закладом охорони здоров'я і засад та впровадження елементів професійного менеджменту як гармонійного поєднання всіх його складових: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.

2.2. Застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі

На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу в умовах здійснення масштабних реформ адміністративної, політичної, соціальної та інших

систем відбувається подальший пошук засобів підвищення ефективності діяльності органів державної влади. Політичні й соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних засад вимагають наукового обґрунтування й удосконалення механізмів державного управління у галузі охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб та міжнародних норм і стандартів, в тому числі з питань фінансування.

Неефективне використання фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я негативно впливає на загальний стан здоров'я населення України. За показником тривалості життя Україна перебуває на 150-му місці з 223 країн у світі. Очікувана тривалість життя населення в Україні становить 68,46, у Польщі – 76,75 років [23].

Порівняльна оцінка фінансування сфери охорони здоров'я в окремих країнах Європи за підсумками 2019 року свідчить, що Україна має дуже слабкі індикатори: один з найменших показників середньої тривалості життя – 68,1 року; найменші витрати на одну особу – приблизно 265 доларів, та одне з найбільших навантажень на домогосподарства щодо фінансування витрат на власне здоров'я (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Порівняльна оцінка фінансування сфери охорони здоров'я в окремих країнах Європи, 2019 рік

Країна	ВВП на душу населення, доларів США	Середня тривалість життя, років	Загальні державні витрати на охорону здоров'я, млрд дол.	Витрати на одну людину, доларів	Частка витрат домогосподарств на охорону здоров'я, %
Швеція	55 158,0	80,7	50,0	5 331,0	17,0
Австрія	47 083,0	79,3	44,8	5 280,0	16,0
Польща	12 538,0	76,7	35,0	899,0	23,0
Чехія	18 679,0	76,5	16,0	1 507,0	15,0
Болгарія	7 099,0	73,2	3,9	522,0	43,0
Румунія	7 935,0	72,0	11,0	500,0	19,0
Україна	3 877,0	68,4	12,0	265,0	41,0

Джерело: [23]

Цілком зрозуміло, аби покращити стан справ, український уряд повинен збільшити витрати на сферу охорони здоров'я не менш ніж у два рази, при цьому жодним чином не можна перекладати це питання на плечі простих громадян. У розвинутих країнах кожні десять років уряд збільшує витрати на медицину в середньому на один відсоток ВВП. На сьогодні в країнах Європи ці витрати складають приблизно 7–9 % від ВВП, а у США близько 15 %.

В Україні за підсумками 2017 року загальні витрати зведеного бюджету (державний та місцеві бюджети) на охорону здоров'я становили 58,5 млрд грн, що становить близько 4,2% від ВВП. Але слід також враховувати, що Україна має відносно низький рівень ВВП та безліч питань щодо цільового використання цих коштів. У підсумку, витрати на одну особу зменшилися до катастрофічно малих обсягів – приблизно 160 дол.

Отже, запровадження реформи системи охорони здоров'я у Польщі має як позитивні, так і негативні моменти. До безумовно позитивних моментів реформи слід віднести, перш за все, відокремлення цільових коштів на охорону здоров'я від бюджету, що дозволяє запобігти негативним наслідкам, пов'язаних з можливими «провалами» бюджету, що є особливо важливим для країн з перехідною економікою. Крім того, позитивом є надана реформами можливість забезпечення громадського контролю за коштами в системі охорони здоров'я, та розвиток цієї системи на солідарній основі, поступове формування ринку медичних послуг і підвищення їхньої якості.

Наступним важливим процесом у реформування охорони здоров'я Польщі є створення загальної бази даних – OSOZ. Така база дозволила стандартизувати та перевести в електронну форму інформацію про лікарні, аптеки та пацієнтів.

Вартий уваги і чіткий розподіл відповідальностей у польських лікарнях. Директор лікарні має функції менеджера: забезпечення фінансовими та технічними ресурсами, а також загальне керівництво. Заступник директора не повинен розділяти ці функції, а насамперед займається лікувальним процесом.

Окрім загального опису процесів реформування охорони здоров'я у Польщі, потрібно виокремити дві сфери медичного обслуговування – сімейна медицина та

охорона психічного здоров'я, оскільки сьогодні в Україні дуже гостро стоїть питання якнайшвидшого реформування цих галузей. Психічне здоров'я у Польщі вважається невід'ємною частиною суспільного здоров'я. З початку реформування охорони здоров'я та запровадження системи медичного страхування витрати на психіатричну допомогу в середньому становлять 3,5% від загального бюджету медичних послуг [24].

Не менш важливими позитивними рисами реформи є започаткування змін у стереотипі мислення та способі поведінки пацієнтів і надавачів медичних послуг, підвищення відповідальності перших за власне здоров'я та необхідність його збереження, а також відповідальності других за якість медичної допомоги та раціональне використання відповідних фінансових, матеріально-технічних і кадрових ресурсів.

У додатку А визначено політико-управлінські механізми, що застосовуються на різних рівнях системи охорони здоров'я (а саме первинна медична допомога, вторинна та третинна допомога, лікарські засоби, джерела фінансування) Польщі та України, а також уроки, які можна винести з польського досвіду реформування такої системи. Для проведення такого порівняння було використано звіти ВООЗ, такі як «10 запитань про здоров'я» та «Системи охорони здоров'я в перехідному періоді» [25].

Проте, запровадження реформ у Польщі призвело й до низки негативних явищ. Як головний недолік необхідно відмітити слабе інформаційне просування реформи. Відсутність відповідної потужної інформаційної кампанії, пов'язаної із запровадженням змін у секторі охорони здоров'я спричинила багато інших недоліків і не забезпечила вчасної підготовки до запровадження новацій різних учасників системи охорони здоров'я, насамперед пацієнтів та надавачів медичних послуг, зумовила низький рівень їх задоволення реформою. Багато проблем і труднощів зумовлені затримкою у підготовці відповідних підзаконних актів на рівні виконавчої влади та самоврядування, необхідність яких було визначено законом про обов'язкове медичне страхування. Іншим важливим недоліком системи є необґрунтовано велика автономія лікарняних кас.

Наслідком цього є відсутність універсальних підходів до змісту та структури документації, що вимагається касами від надавачів послуг, а також у змісті та процедурах отримання статистичної, медичної та фінансової звітності останніх; відсутність універсальних методів фінансування надавачів послуг та принципів визначення вартості медичних послуг і відповідних контрактів на їх постачання і, як наслідок, відсутність гарантій рівності доступу до медичних послуг для пацієнтів, застрахованих у різних касах [26].

Досвід Польщі показує, що механізми фінансування соціальних систем охорони здоров'я можна успішно удосконалювати і в рамках бюджетного фінансування, і в рамках соціального медичного страхування. В багатьох країнах Європейського Союзу держава бере участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески в тому чи іншому вигляді (або від імені певних категорій громадян, у вигляді капітальних інвестицій тощо).

Таким чином, вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному:

- 1) зберегти бюджетну систему фінансування, 2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування, чи 3) створити змішану систему, запровадивши обов'язкове медичне страхування і зберігши при цьому роль уряду у фінансуванні певних елементів медичної допомоги. Вилучаючи потрібні уроки з досвіду реформування сектору охорони здоров'я європейських країн, зокрема Польщі, Україна може й повинна побудувати власну ефективну модель, яка забезпечить справедливість і рівність у доступності якісної медичної допомоги для усіх верств населення.

Перспективами подальших досліджень є пошук нових, максимально ефективних механізмів функціонування та фінансування системи охорони здоров'я України.

ВИСНОВКИ

Отже під час виконання дослідження було проведено аналіз системи охорони здоров'я в Україні, процеси реформування публічного управління в медичній галузі нашої держави та західних країн, зокрема Польщі. Відповідно до проведеного дослідження можемо зробити наступні висновки:

1. Щодо визначення особливості публічного управління в системі охорони здоров'я, то багаторівневність системи органів публічного управління в сфері охорони здоров'я дозволяє виявляти не тільки ефективність всієї системи органів публічного управління, а й окремих елементів цієї системи, зокрема, ефективність діяльності центральних органів виконавчої влади та органів публічного управління на регіональному рівні.

2. Існує необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі, адже аналіз досліджень теоретичних аспектів реформування системи охорони здоров'я в Україні за період незалежності показав, що до 2015 року в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я на основі фінансування кошторисів закладів охорони здоров'я та інфраструктури системи. З кінця 2014 року відбувається перехід до нової моделі, що передбачає впровадження принципу "гроші йдуть за пацієнтом", державне солідарне медичне страхування, контракту модель закупівель медичних послуг, нові форми фінансування, автономізацію медичних послуг. Реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається шляхом регулювання чотирьох рівнів галузі: конституційного, загального, спеціального та національного, що в цілому визначає напрям трансформації та вектор розвитку галузі. Важливого значення набуває узгодженість змін на всіх рівнях.

3. Наразі реформування системи охорони здоров'я відбувається за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичного обслуговування; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація медичних закладів; фінансування медичних закладів; регулювання

цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань.

4. Аби покращити стан справ у сфері охорони здоров'я, український уряд повинен збільшити витрати на сферу охорони здоров'я не менш ніж у два рази, при цьому жодним чином не можна перекладати це питання на плечі простих громадян. У розвинутих країнах кожні десять років уряд збільшує витрати на медицину в середньому на один відсоток ВВП. На сьогодні в країнах Європи ці витрати складають приблизно 7–9 % від ВВП, а у США близько 15 %. Це підкреслює доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

Пропозиції

При розробленні та реалізації стратегії реформування національної системи охорони здоров'я та стратегічного управління розвитку лікувальних закладів необхідно зосередитись на сукупності тактичних та оперативних завдань, зокрема щодо першочергового вирішення проблем охорони здоров'я, а саме: створення системи підготовки спеціалістів-менеджерів охорони здоров'я; забезпечення економічного блоку перетворень (розробка методики ціноутворення, механізмів фінансування різних типів медичних закладів і ін.); створення повноцінної системи стандартизації в охороні здоров'я; забезпечення системи соціального захисту лікарів; запровадження адекватної сучасним умовам системи адміністративного менеджменту та інноваційних технологій управління в медичних закладах; впровадження секторального підходу в систему управління охороною здоров'я шляхом активізації відносин зі стейкхолдерами, об'єднаних загальними інтересами в інтересах здоров'я, та запровадження спільних (міжсекторальних) дій з підвищення якості медичної допомоги та процесу її надання.

Інноватизація інструментів менеджменту закладів охорони здоров'я повинна мати в своїй основі маркетингові підходи, що враховують галузеву та професійну специфіку діяльності медичних закладів. Формування сучасних моделей маркетингового управління закладами охорони здоров'я слід орієнтувати на систему ринкових взаємовідносин між споживачем медичних послуг – пацієнтом

(клієнтом) та виробником (надавачем) цієї послуги – лікарем (працівником медичного закладу). Формалізація цих взаємовідносин згідно з чинними нормативно-правовими вимогами має здійснюватись шляхом укладання угод (контрактів) щодо обслуговування на основі дотримання відповідних стандартів надання медичних послуг, шляхом впровадження систем управління якістю, стандартизації та сертифікації медичних послуг, ліцензування та акредитації медичних установ, атестації медичних працівників та інших засобів організаційно-розпорядчого, регламентуючого впливу та адміністративного менеджменту. Реалізація маркетингової моделі менеджменту закладів охорони здоров'я має передбачати формування вартості медичних послуг. У цьому випадку мають поєднуватись інструменти державного регулювання цін та засоби ринкового ціноутворення; досягатись консенсус між забезпеченням соціальної функції держави (зокрема, в частині конституційного права громадян на безоплатну медицину) та досягненням економічної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів як суб'єктів діяльності на ринку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
2. Як зростає кількість вакцинованих дітей в Україні / Міністерство охорони здоров'я України. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/jak-zrostaе-kilkist-vakcinovanih-ditej-v-ukraini>.
3. Низький рівень вакцинації та спалахи інфекцій: хто винен і що робити? / Радіо Свобода. Режим доступу: <https://www.radiosvoboda.org/a/29025966.html>.
4. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF?find=1&text=%E5%EF%B3%E4%E5%EC#w11>
5. Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 р. № 267. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF?find=1&text=%F4%F3%ED%EA%F6#w11>
6. Білокур Є.І. Функції державного управління: поняття, особливості, правове регулювання: дис. ... канд. юрид. наук: спец.: 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Білокур Євгенія Ігорівна. – Одеса, Національний університет «Одеська юридична академія», 2015. – 194 с.
7. Миколенко О.М. Функції адміністративно-деліктного права (теоретико-правовий аспект): дис. ... д-ра юрид. наук: спец.: 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Миколенко Олена Миколаївна. – Запоріжжя, Запорізький національний університет, 2018. – 484 с.
8. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000?find=1&text=%E4%E5%EC%EE%E3%F0%E0%F4#w11>.

8. Карп'як М. О. Організаційно–інституційні особливості реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації / Шульц С.Л., Карп'як М. О. // Науково–практичний журнал «Регіональна економіка». – Львів, 2017. – №3 (85). С. 108–115
9. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини [Електронний ресурс] / В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2018. – № 3. – С. 43–55. – Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf>.
10. Стеценко С. Г. Медичне право України : підруч. / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
11. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : моногр. / Б. О. Логвиненко. – К. : «МП Леся», 2017. 344 с.
12. Індекс здоров'я. Україна [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health-index.com.ua>.
13. Корпусенко Б. УНІАН. Перший етап медичної реформи завершується. Гроші йдуть за пацієнтами в стаціонари [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://hromadske.ua/posts/pershij-etapmedichnoyi-reformi-zavershuyetsya>.
14. Медична реформа зробила медицину недоступною для людей – Тимошенко. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://glavcom.ua/news/medichna-reforma-zrobila-medicinu-nedostupnoyu-dlya-lyudeytimoshenko-565701.html>.
15. Медична реформа вже має результати, а протягом 3-5 років українці відчують нову якість медичних послуг, – Володимир Гройсман [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/medichna-reforma-vzhe-maye-rezultati-protyagom-3-5-rokiv-ukrayinci-vidchuyut-novu-yakistmedichnih-poslug-volodimir-grojsman>.
16. «Скоро ми забудемо про розмежування на державні і приватні лікарні»: інтерв'ю з Павлом Ковтонюком» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ukr.segodnya.ua/ukraine/-skoro-myzabudem-o-razgranichenii-na->

gosudarstvennye-i-chastnye-uchrezhdeniya-intervyu-s-zamestitelem-ministrasdravooohraneniya-pavlom-kovtonyukom-ch1-1205395.html.

17. Чого чекати медикам? У МОЗ розповіли про плани на лікарів [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://medprosvita.com.ua/chogo-chekat-medikam-v-moz-rozpovili-pro-plani-na-likari/>.

18. Школярська О. Супрунгейт як діагноз О. Школярська / [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://racurs.ua/ua/2253-suprungeyt-yak-diagnoz.html>.

19. Провал медреформи: Вадим Рабінович закликав звільнити Уляну Супрун [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://podrobnosti.ua/2264814-proval-medreformi-vadim-rabnovich-zaklikav-zvlniti-uljanu-suprun.html>.

20. Gemma Carey, Sharon Friel. Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities. International Journal of Health Policy and Management (IJHPM). Article 1. Volume 4. Issue 12. December 2015. Page 795-798. DOI: 10.15171/ijhpm.2015.185.

21. Чепелевська Л. А., Яценко Ю. Б. Динаміка смертності населення України на сучасному етапі: регіональний аспект. Україна. Здоров'я нації. 2014. № 2 (26). С. 30–34.

22. Прогноз расходов на лекарственные средства для стран ЕС до 2016 г. URL: ec.europa.eu; www.imshealth.com; www.oecd.org

23. Система охорони здоров'я в перехідному періоді. URL: http://www.who.int/health_financing/en.

24. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140.

25. Білінська М. М., Кульгінський Є. А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. Держава та регіони. Серія : Державне управління. 2014. № 4. С. 104–107.

26. Гайдаш Д. Підготовка менеджерів охорони здоров'я в США: досвід для України. Реформування публічного управління та адміністрування: теорія, практика, міжнародний досвід : матеріали Всеукраїнської наук.- практ. конф. за міжнар. участю. 28 жовт. 2016 р. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2016. С. 300–301.

27. Гайдаш Д. С. Фінансування системи охорони здоров'я Польщі: досвід для України. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. Харків : Магістр, 2015. №1. С. 339–346.
28. Гайдаш Д. С. Ціннісні підходи в реформуванні системи охорони здоров'я України. Національні цінності й національні інтереси в системі публічного управління : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (м. Київ, 12 жовтня 2017 р.) / за заг. ред. В. С. Куйбіди, та ін. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1. С. 165–168.
29. Бюджет охорони здоров'я України на 2019 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://budget2019.info/ohorona.html>
30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-19. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
31. What is a PESTEL analysis? June 30th, 2016. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://blog.oxfordcollegeofmarketing.com/2016/06/30/pestel-analy>
32. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект // Теорія та історія публічного управління. – 2015. – № 3 (17). – С. 19-26.
33. Воробйов В.В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2017. – № 2. – С. 139-146.
34. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я України. Сучасні медичні технології : наук.- практ. журн. 2015. № 4. С. 34–38.
35. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я: Застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий. Вісн. соц. гігієни та орган. охорони здоров'я України. 2014. № 4 (62). С. 17-21.
36. Міністерство охорони здоров'я України : веб-сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

37. Запатріна І. В. Публічно-приватне партнерство в Україні: перспективи застосування для реалізації інфраструктурних проектів і надання публічних послуг. Економіка і прогнозування. 2017. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : irbisnbuv.gov.ua.
38. Вовк С. М., Лобас В.М. Модернізація управлінських процесів в системі охорони здоров'я та факторів для розвинення концесійної співпраці The Strategic Potential of the State and Territorial Development [collective monograph]. European Institute of Further Education. Donetsk State University of Management: Slovak Republic, Podhájska, 2017. 256 с.
39. Карпова А.І. Медичний кластер – універсальний механізм управління. Збірник наукових праць ДонДУУ, Том XVII, Випуск 298 «Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін», Серія «Державне управління». 2016. 130с
40. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. Київ.: МОЗ України. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». Міжрегіональний видавничий центр «Медінформ», 2014. 207 с.
41. Дегтяр А. О. Системний підхід до прийняття державноуправлінських рішень. Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ. 2018. С. 192–196.
42. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.lib.uaru.net/diss/cont/350020.html>

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні політико-адміністративні механізми запровадження системних змін в охороні здоров'я Польщі і України

	Польща	Україна
Первинна допомога	Місцеві органи влади відповідальні за фінансування, планування, організацію та нагляд за закладами первинної медичної допомоги. Нова система охорони здоров'я зорієнтована на послуги первинної допомоги, а лікарі ЗП виконують роль воротарів. Амбулаторні послуги в спеціалізованих медичних центрах та лікарнях доступні лише після направлення від лікаря ЗП. Однак для деяких спеціалістів, включаючи гінекологів, психіатрів та офтальмологів, направлення не є обов'язковими.	Надання первинної допомоги засновано на територіально-дільничному принципі, за яким територія обслуговування певним закладом первинної допомоги розділяється на зони обслуговування (дільниці) з певною кількістю населення. За кожною із зон обслуговування закріплено терапевта первинної ланки. Українцям з 1999 року надано право вільного вибору терапевта первинної ланки. Однак, якщо теоретично пацієнт має право обирати надавача послуг первинної допомоги, цьому зазвичай перешкоджає дільничний лікар, оскільки таке спричиняє зміни в територіальних межах зони обслуговування та ускладнює відвідування пацієнтів на дому. В Україні чіткої різниці між первинною та вторинною допомогою не існує. Пацієнти можуть звертатися по допомогу до спеціалістів без формального направлення від свого дільничного лікаря, і часто такою можливістю користуються. Така практика повсюду підтримується і терапевтами, оскільки їх послуги сплачуються за фіксованими ставками, незалежно від навантаження та продуктивності праці, що не сприяє конкурентній боротьбі за пацієнтів.

Вторинна та третинна допомога	Лікарні належать до державної власності, однак є адміністративними одиницями, що діють на засадах самоуправління та самофінансування. Багато з них знаходяться на межі колапсу, оскільки вони досі надають послуги понад того обсягу, що погоджується до компенсації з системою страхування здоров'я. Основною проблемою для вирішення в лікарняній системі є неадекватний розподіл ліжок, брак чіткого	Стаціонарна допомога організована на трьох рівнях: (1) лікарні, що обслуговують сільське населення, оснащені лише базовим обладнанням (3.5% всіх ліжок); (2) муніципальні та центральні районні лікарні, яким належить 70% всіх стаціонарних ліжок, потужністю в середньому 200 ліжок та певною спеціалізацією. На додачу, міські диспансери надають стаціонарну допомогу з лікування певних хвороб, таких як туберкульоз та хвороби, що
	механізму фінансування в розрізі певних груп населення, довгі листи очікування, неофіційні платежі та корупційні стосунки між лікарнями, лікарями та фармацевтичними компаніями. Політичні програми для вирішення цих проблем в процесі запровадження, і вони включають в себе заходи по виведенню тривалої допомоги з лікарень, посилення амбулаторної допомоги та встановлення нової системи акредитації та реєстрації.	передаються статевим шляхом (ХПСШ); (3) обласні та міжобласні спеціалізовані клінічні та діагностичні центри національних дослідницьких інститутів (25% всіх стаціонарних ліжок). Спочатку засновані для надання високоспеціалізованої медичної допомоги, з часом межі між вторинною та третинною допомогою стають дедалі більш розмитими. Амбулаторна акушерська та гінекологічна допомога надається в жіночих консультаціях, що є частиною пологових будинків чи поліклінік. В жіночих консультаціях надається антенатальна та акушерська допомога, а також щорічний скринінг на виявлення злоякісних новоутворень. Вторинна амбулаторна допомога надається також приватними клініками, однак інформація щодо переліку послуг, які ними надаються досить обмежена.

Продовження додатку А

Лікарські засоби	Фармацевтична галузь, що має вагому роль та швидко розвивається, підтримується пільгами в оподаткуванні та забезпечує вітчизняне виробництво ліків. Майже 6000 фармацевтів із загальної кількості в 20 000 працюють в приватному секторі. Відшкодування витрат залежить від типу ліків: існує основний перелік ліків, доступних за фіксованою ціною, що розраховується як відсоток від мінімальної заробітної платні, та додатковий перелік ліків, за які пацієнти сплачують від 30% до 50% їх вартості. Витрати пацієнтам з хронічними захворюваннями чи ветеранам війни повністю відшкодовуються.	90% вітчизняних виробників є приватними, а частка ліків вітчизняного виробництва сягає 50%. Більшість аптек приватизовані. Ціни суттєво зросли, що призвело до недоступності висооякісних, безпечних ліків та медичних приладів. З 2000 року в державних установах охорони здоров'я обов'язковою є закупівля ліків за тендерними процедурами. Також мають місце централізовані закупки, за якими МОЗ закуповує ліки в основному для пацієнтів з особливими потребами. Національний перелік основних лікарських засобів та виробів медичного призначень був затверджений в 2001 році, що визначає основу для мінімального пакету основних найменувань.
Джерела фінансування	У відповідності до закону про Національний Страховий Фонд 2003 року, Польща впровадила обов'язкове страхування здоров'я. Існує один центральний фонд страхування здоров'я, один Національний Фонд Здоров'я з 16 регіональними відділеннями. Починаючи з 2002 року, громадяни, які не застраховані власними роботодавцями або які	Урядові бюджетні кошти залишаються основним офіційним джерелом фінансування охорони здоров'я, з якого майже 80% покривається з місцевих бюджетів, а залишок в 20% з національного бюджету, під відповідним контролем місцевих органів влади та Міністерства Охорони Здоров'я, та збираються з загального оподаткування та місцевих податків. За Бюджетним

Продовження додатку А

	працюють на умовах самозайнятості, можуть придбати поліс добровільного страхування здоров'я (ДСЗ). ДСЗ також можна отримати через Національний Фонд Здоров'я. На додаток, поляки можуть купувати «пакети здоров'я», що пропонуються деякими приватними клініками та страховими компаніями для покращання їх гарантованого покриття. Компанії часто пропонують такі пакети послуг власним працівникам. Міністерство Фінансів лише розподіляє фінанси з центрального бюджету на покриття частини високовартісних послуг, таких як пересадка органів та онкологічні операції. В інших випадках основним платником є Національний Фонд Здоров'я, фінанси якого не проходять через Міністерство фінансів. З фонду оплачується первинна допомога, з ним укладають контракти лікарі загальної практики, де вказуються розмір подушної оплати для них та інших надавачів послуг первинної допомоги. Обов'язкові внески становлять 8% доходу (7.75% налог на загальний дохід та 0.25% безпосередньо з особистих доходів); заплановано підвищення ставки оподаткування до 9% до 2007 року. Польща має значну тіньову економіку, неофіційний сектор, в якому доходи не реєструються державними службами, а тому з них не проводяться внески до соціального страхування здоров'я.	Кодексом 2001 року, система міжбюджетних трансфертів була запроваджена для балансування диспропорцій між областями та для запровадження субсидій для програм соціального захисту населення. Через брак бюджетного фінансування, збільшується надія на фінансування з приватних джерел. Беручи до уваги неофіційні платежі, загальна частка прямих витрат населення сягає 50% загальних витрат на охорону здоров'я. Добровільне страхування здоров'я (ДСЗ) було легалізовано в 1996 році, воно складає лише 1% загальних витрат на охорону здоров'я. Мережа неурядових організацій, таких як кредитні спілки, фонди по втраті працездатності були створені як альтернатива для мобілізації ресурсів у системі охорони здоров'я. Однак, фонди втрати працездатності покривають лише незначну частину населення, тому їх вплив на рівень витрат на охорону здоров'я обмежений. Україна отримує фінансування на охорону здоров'я із різноманітних зовнішніх джерел, включаючи допомогу від міжнародних організацій та окремих країн. Однак, в цілому діяльність донорських структур незначна і не має значного впливу на загальний обсяг фінансування сектору охорони здоров'я
Уроки для України	В 1999 році Польща створила децентралізовану систему з 16 регіональними фондами страхування здоров'я. Однією з основних ідей, на яких ґрунтувалася ця система, було звільнення витрат на систему охорони здоров'я від політичних домовленостей та особистих преференцій. Цю мету не було досягнуто, та на додачу, ситуація щодалі погіршувалася. Швидко стало	З моменту набуття незалежності Україна для досягнення встановлених цілей послідовно створювала законодавчу базу, яка характеризується фрагментарністю та складністю з дублюваннями та нечітко визначеними лініями підзвітності, що поєднується з недостатньою забезпеченістю ресурсами. Незважаючи на наявність багатьох проблем, поступове реформування є можливим. Однак,

зрозумілим, що система зустріла низку серйозних перешкод – брак регуляторного законодавчого підґрунтя, брак ресурсів, необхідних для функціонування системи тощо. Тому в квітні 2003 року, були прийняті закони для утворення Національного Фонду Здоров'я, підпорядкованого Міністерству охорони здоров'я, а отже відновлювали міністерську наглядову та управлінську роль в розподілі фінансів. Значного прогресу було досягнуто в розбудові державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.	перетворення, що мали місце, не є сталими, оскільки не призводять до структурних перетворень та не сприяють значному покращенню діючої системи. Також стає зрозумілим, що гострі проблеми в системі охорони здоров'я виникли через неефективність фінансування системи, її планування та регулювання.
---	--

Київський національний торговельно-економічний університет

Кафедра публічного управління та адміністрування

РЕФЕРАТ
ВИПУСКНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
на тему:
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В
МЕДИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Студентки 4 курсу, 12 групи,
спеціальності 074 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

Мацвейко
Анна
Сергіївна

(підпис студента)

Науковий керівник
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Сонько
Юлія
Анатоліївна

(підпис керівника)

Гарант освітньої програми
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

Головня
Юлія
Ігорівна

(підпис гаранта)

Київ 2020

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, 1 додатку, списку використаних джерел (42 найменування). Основний зміст роботи викладено на 47 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 4 рисунки, 4 таблиці.

Мета дослідження полягає в дослідженні ефективності реформування системи публічного в системі охорони здоров'я в Україні та відповідність реформи досвіду держав-учасниць Європейського Союзу, а також сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо його удосконалення.

Поставлена мета зумовила необхідність вирішення таких дослідницьких завдань:

- визначити особливості публічного управління в системі охорони здоров'я;
- з'ясувати об'єктивну необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі;
- проаналізувати проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я;
- виявити доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

Об'єктом дослідження є процес реформування публічного управління в медичній галузі.

Предметом дослідження є теоретичні засади та практичні рекомендації щодо удосконалення системи публічного управління в медичній галузі України.

Для вирішення визначених завдань, у процесі дослідження використано загальнонаукові методи, аналіз і синтез, дедуктивний метод та індуктивний метод; методи порівняльного, проблемно-ситуаційного аналізу; логічний метод. Вони використані для визначення сутності досліджуваних питань та повноти їх розкриття.

У першому розділі розкриваються теоретичні засади дослідження публічного управління в медичній галузі.

У другому розділі здійснюється оцінювання напрямів реформування системи публічного управління в сфері охорони здоров'я та викладено доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

Одержані результати можуть бути використані при удосконаленні законодавства України та для викладання в університеті в якості лекційного матеріалу.

Анотація

У випускній кваліфікаційній роботі висвітлені необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі. Також було проаналізовано доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі. В результаті було викладено пропозиції щодо удосконалення стратегії реформування національної системи охорони здоров'я.

Ключові слова: реформа, публічне управління, охорона здоров'я, медицина, медична галузь.

Abstract

The final qualification work shows the need to reform the system of public administration in the medical field. The expediency of applying foreign experience in reforming the public administration system in the medical field was also analyzed. As a result, proposals were made to improve the strategy for reforming the national health care system.

Key words: reform, public administration, health, medicine, medical industry.

Рецензія

на випускню кваліфікаційну роботу студентки

Мацвейко Анни Сергіївни

Тема роботи «Реформування системи публічного управління в медичній галузі»

Питання вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні на сьогоднішній день є актуальним. Медична галузь в Україні перетворилася на авангард протистояння прибічників старої системи організації охорони здоров'я та лобістів впровадження нової моделі, що базується на медичному страхуванні. Вагома кількість питань щодо поліпшення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я пов'язана зі значними фінансовими витратами на впровадження відповідних змін.

Мета дослідження полягає в ефективності реформування системи публічного управління в системі охорони здоров'я в Україні та відповідність реформи досвіду держав-учасниць Європейського Союзу, а також сформувати науково обгрунтовані рекомендації щодо його удосконалення.

У випускній кваліфікаційній роботі визначено особливості публічного управління в системі охорони здоров'я; з'ясовано об'єктивну необхідність реформування системи публічного управління в медичній галузі; проаналізовано проблеми та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я; виявлено доцільність застосування зарубіжного досвіду щодо реформування системи публічного управління в медичній галузі.

Робота складається зі вступу, двох розділів основної частини роботи, висновків та пропозицій, списку використаних джерел та літератури, додатків.

Завдання визначені метою дослідження, виконані в повному обсязі. Зміст і рівень виконання роботи свідчить про високу підготовку бакалавра. В цілому робота виконана відповідно до методичних рекомендацій та заслуговує позитивної оцінки, рекомендована до захисту, а її автор, Мацвейко Анна Сергіївна, на присвоєння ступеня бакалавра зі спеціальності 074 «Публічне управління та адміністрування».

Начальник відділу охорони здоров'я
Дарницької районної в місті Києві організації
державної адміністрації



Леся ГРИЦИШИН

users.antiplagiat.ru/report/summary/4

Окончил вуз в 2019 году или готовишься к защите в 2020 году? Приглашаем тебя принять участие в V Всероссийском конкурсе дипломов «Be First»! Автор лучшей дипломной работы получит ценный денежный приз! Подробнее о конкурсе можно узнать [здесь](#).

АНТИПЛАГИАТ ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ

пользователь: anna5600420@gmail.com

БАЛЛОВ: 0

ТАРИФ: Бесплатный доступ (0/0)

МОДУЛИ И КОЛЛЕКЦИИ: Подключено: 1 смотреть

МЕНЮ

главная / кабинет /

Оригинальность: 88,8%

Заимствования: 11,2%

Цитирования: 0%

Самоцитирования: 0%

Полный отчет

Краткий отчет

История отчетов

РАСПЕЧАТАТЬ

ВЫГРУЗИТЬ

СОЗДАТЬ ССЫЛКУ

Свойства документа

Имя исходного файла: Дипломна.txt

Авторы документа: Не указано

Параметры проверки

Название документа: Дипломная работа



Антиплагиат 2.0, Проверка и повышение
уникальности текста за 2 минуты.

www.antiplagius.ru

Уважаемый пользователь!

Обращаем ваше внимание, что система Антиплагиус отвечает на вопрос, является тот или иной фрагмент текста заимствованным или нет. Ответ на вопрос, является ли заимствованный фрагмент именно плагиатом, а не законной цитатой, система оставляет на ваше усмотрение.

Отчет о проверке № 3720118

Дата выгрузки: 2020-05-22 18:26:19
Пользователь: anna5600420@gmail.com ID: 3720118

Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат»
на сайте www.antiplagius.ru/

Информация о документе

№ документа: 3720118
Имя исходного файла: Проверка текста от 2020-05-22 18-25-14
2569.txt
Размер файла: Б
Размер текста: 69081
Слов в тексте: 9688
Число предложений: 211

Источники:

Доля в тексте Ссылка

Информация об отчете

Дата: Отчет от 2020-05-22 18:26:19 - Последний готовый отчет
Оценка оригинальности: 89.08%
Заимствования: 10.92%

Оригинальность: 89.08%

Заимствования: 10.92%

