

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

11 грудня 2023 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «**Державна політика охорони здоров'я населення України**»

виконала здобувач вищої освіти заочної форми навчання

Черепанов Віктор Вікторович

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ГАЛИЧ

Полтава – 2023 року

ВСТУП

Актуальність теми. Розбудова України на демократичних засадах та зміни в суспільстві вимагають формування нової концепції державного управління всіма сферами діяльності в державі, в тому числі й охороною здоров'я. Завдання формування та реалізації політики охорони здоров'я України покладено на державу. Охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямів діяльності держави.

Державна політика України у сфері охорони здоров'я є невід'ємною частиною внутрішньої та зовнішньої політики, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, що включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, які держава повинна здійснювати в інтересах своїх громадян. Особливість проблеми державної політики охорони здоров'я полягає в її комплексності, системності та наступності, які зумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, а також тенденціями посилення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я.

Формуванню та реалізації державної політики присвячені роботи таких відомих вчених як В. Бакуменко, О. Валецький, З. Гладун, О. Дем'янчук, О. Дігтяр, О. Кілієвич, В. Ребкало, В. Романов, О. Рудік, В. Тертичка тощо. Дослідження застосування програмно-цільового підходу в галузі охорони здоров'я населення здійснювали А. Акопян, М. Вовк, М. Жданова, Д. Карамішева, Ю. Шиленко, Т. Юр'єва та інші. Проблеми державної політики та державно-управлінським рішенням, а також шляхи їхнього вирішення представлено у роботах вітчизняних дослідників М. Білинської Л. Жаліло, Н. Кризиної, В. Лехан, Я. Радиш, І. Солоненко. Однак, питання щодо того, на яких саме кроках чи напрямках уряд має зосередити свою увагу та ресурси у найближчі воєнні та повоєнні роки щодо охорони здоров'я населення, залишаються й надалі актуальними.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт Полтавського державного аграрного університету за темою «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0117U003104, 2017-2026 рр.).

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є дослідження результативності реалізації державної політики охорони здоров'я населення в Україні та визначення напрямів її підвищення.

Відповідно до мети в роботі поставлено такі завдання:

- розглянути теоретичні засади державної політики охорони здоров'я населення;
- дослідити особливості реалізації державної політики охорони здоров'я населення;
- представити пропозиції щодо підвищення результативності реалізації державної політики охорони здоров'я населення в Україні.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження виступає процес реалізації державної політики охорони здоров'я населення в Україні.

Предмет дослідження. Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних проблем, що виникають в процесі реалізації державної політики охорони здоров'я населення.

Методи дослідження. При проведенні дослідження ми використовували діалектичний метод – проаналізували всі явища і процеси в загальному зв'язку з реаліями повсякденного життя; метод системного аналізу, що розкриває механізми реалізації державної політики охорони здоров'я населення; порівняльно-правовий метод – дослідження правових та організаційних засад і механізмів реалізації державної політики охорони здоров'я населення; формально-логічний метод – для визначення сутності та типології рішень, що приймаються у процесі реалізації державної політики охорони здоров'я населення в Україні.

Інформаційна база. Інформаційною базою слугували літературні джерела, довідково-нормативні матеріали та теоретичні напрацювання вітчизняних і зарубіжних вчених з питань реалізації державної політики охорони здоров'я

населення, інформація з мережі Internet та особисті спостереження автора.

Наукова новизна одержаних результатів. Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають наукову і практичну цінність. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

узагальнення системних можливостей формування державної політики у сфері охорони здоров'я населення в умовах воєнного стану;

окреслення напрямків реалізації державної політики щодо повоєнного відновлення системи охорони здоров'я населення в Україні.

Практичне значення одержаних результатів. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення й висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з представленої теми, визначають напрями вдосконалення державної політики й можуть бути використані державними та громадськими організаціями у процесі вироблення політики у сфері охорони здоров'я населення в Україні.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповідей.

Публікації. За результатами проведеного дослідження опубліковано тези:

– «Удосконалення механізмів державного управління охороною здоров'я», яку включено до матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування *«ТЕРИТОРІЯ НАУКИ»*. Випуск 1. Квітень 2023 р.

– «Удосконалення державної політики в напрямі поліпшення стану здоров'я населення», яку включено до матеріалів III міжнародної науково-практичної конференції *«Місьцеве самоврядування в Україні та світі: теорія і практика»*, 28 листопада 2023 р. Полтава : ПДАУ, 2023.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 72 сторінках друкованого тексту, робота містить 1 додаток.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Стан здоров'я населення як об'єкт державної політики охорони здоров'я

Від виваженої, науково обґрунтованої державної політики значною мірою залежить успішне вирішення соціально-економічних і політичних завдань розвитку України, інтенсивний процес оновлення всіх сфер життя нашого суспільства на засадах демократії. Для розробки та реалізації ефективної державної політики реформ у сфері охорони здоров'я необхідно пройти три етапи: прийняття політико-управлінських рішень, їх впровадження та оцінка результатів реформ. Структура державної політики в умовах розбудови незалежної демократичної України визначається стратегією суспільного вибору та масштабністю суспільних перетворень і в цілому відображає складність існування та розвитку базових потреб та інтересів громадян.

Як зазначають Князевич В.М., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О., для підвищення якості державної політики необхідні не лише змістовні та структурні зміни, а й суттєве підвищення функціональної ефективності її реалізації. Суть цього завдання полягає в тому, щоб забезпечити максимальну відповідність змісту, структури, функцій, методів і впливу державної політики цілям і вимогам суспільних трансформацій перехідного періоду [1]. Стратегічною метою державної політики охорони здоров'я є покращення стану здоров'я населення та підвищення фактичної доступності медичної допомоги для найширших верств населення. Збереження та зміцнення здоров'я забезпечує більш комплексне використання різноманітних здібностей людини, подовження тривалості активної трудової фази її життя та підвищення економічно важливих якісних характеристик населення. Здоров'я розуміється не стільки як здатність до здорового фізичного існування, скільки як здатність виконувати соціальні та трудові функції, а також відтворювати сукупність можливостей і потреб людини

в цілому. Ступінь розвитку різноманітних здібностей, творчих можливостей особистості й повнота їх реалізації, інтенсивність і результативність життєдіяльності особистості не тільки залежать, а й певною мірою є наслідками стану її здоров'я. Основою нової сучасної парадигми державної політики охорони здоров'я України має стати розуміння того, що здоров'я людини є соціально-економічною цінністю, а реалізація скоординованих заходів щодо покращення здоров'я нації є стратегічним пріоритетом держави [там же].

Охорона здоров'я – це система соціально-економічних і медичних заходів, метою яких є збереження і поліпшення стану здоров'я кожної людини і всього населення країни. Як складна соціально-економічна система і специфічна галузь народного господарства, охорона здоров'я сприяє реалізації одного з важливих принципів – наданню якісної лікувально-профілактичної допомоги населенню та зміцненню здоров'я в цілому.

Як зазначає Терзі О.О., сьогодні здоров'я слід розглядати як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише як відсутність хвороб [2, с. 287]. Відповідно інформації Центру контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, здоров'я є одним із найважливіших ресурсів успішної життєдіяльності, задоволення фізичних, психічних, соціальних, культурних і духовних потреб людини [3].

Проте за останні роки відбулися суттєві зміни в оцінці ролі здоров'я в житті кожної людини і населення в цілому. За інформацією BBC News Україна, формування прагнення населення до здорового способу життя має бути пріоритетним напрямом діяльності всіх соціальних верств суспільства [4].

Здоров'я в даний час є соціально значущим явищем, рівень і стан якого дозволяють говорити про рівень розвитку і добробуту суспільства. Водночас прояв негативних тенденцій та показників здоров'я населення стає серйозною соціально-політичною проблемою, яка потребує зусиль не лише з боку держави, а й з боку суспільства в цілому.

Здоров'я населення складається зі здоров'я кожного члена суспільства, яке, в свою чергу, дає можливість визначити його здатність забезпечувати свій добробут і реалізовувати потреби нижчого і вищого порядку, забезпечуючи тим

самим добробут всього суспільства. Слід зазначити, що стан здоров'я людини визначається багатьма факторами, які залежать від системи охорони здоров'я, в тому числі й тими факторами, на які система охорони здоров'я не має впливу.

Здоров'я населення забезпечується постійними зусиллями державних і громадських структур, а також громадян, які беруть участь у суспільному процесі. Фактично мова йде про співвідношення державної влади та охорони здоров'я як частини державної влади, здоров'я населення та особистості. Характер цих взаємозв'язків визначає стан здоров'я особистості й суспільства [5].

Метою системи охорони здоров'я є забезпечення гарантій прав громадян на охорону здоров'я, а також їх збереження та відновлення. Система охорони здоров'я складається не тільки з ряду лікувально-профілактичних організацій, а й тісно пов'язана з екологією, охороною праці та соціальною сферою. Водночас слід зазначити, що багато вчених і практиків України виділяють збереження та відновлення здоров'я людини та населення країни як важливу функцію системи охорони здоров'я [6, 7, 8].

Суспільство розглядає охорону здоров'я як невід'ємну складову рівня життя та якості життя, яка посідає важливе місце в економічному розвитку країни, сприяє відтворенню та досягненню якості трудових ресурсів, створює основу для соціального розвитку та сталого економічного зростання.

В умовах трансформації системи охорони здоров'я в Україні необхідно, насамперед, осмислити стан національної системи охорони здоров'я з позицій об'єктивної реальності, яка на даному етапі свого розвитку не дає шансів встановити необхідні принципи маркетингових відносин в умовах несформованого медичного ринку.

Державна діяльність у сфері охорони здоров'я спирається на Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 року (далі – Основи). Відповідно до положень статті 12 Основ концепція охорони здоров'я є одним із пріоритетних напрямків діяльності держави [9].

Держава є суб'єктом формування політики охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію серед населення країни. Водночас слід зазначити, що

законодавство про охорону здоров'я базується на Конституції України та складається з Основ та інших прийнятих нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

Конституція України визначає охорону здоров'я як соціальний державний захід, політика якого спрямована на створення необхідних умов для належного життєвого рівня населення, сприяючи тим самим забезпеченню права громадян на охорону здоров'я. Крім того, конституційно закріплено напрямок державної політики, наприклад реалізацію державних програм соціального розвитку. Все це є зобов'язанням держави перед суспільством використовувати всі засоби державного регулювання галузі [10].

Балуєва О.В. зазначає, що державне управління в рамках адміністративного права – це здійснення державної влади, заснованої на законодавстві, виконавчих управлінських функцій у сфері економічного і культурного розвитку, соціального забезпечення та охорони здоров'я, транспорту і зв'язку. Забезпечення державної безпеки та підтримання громадського порядку в інших сферах [11, с. 52].

Тож, можна стверджувати, що державне регулювання можна розглядати як інструмент державної політики, спрямований на реалізацію виконавчої влади і діяльність якого водночас сприяє забезпеченню ефективності процесів, що відбуваються в суспільстві та державі, хоча на першому плані стоїть функція державного регулювання. Серед елементів державного регулювання виділяють:

- регулювання шляхом встановлення загальних правил;
- забезпечення державного захисту прав та інтересів суб'єктів суспільних відносин;
- досягнення правового забезпечення діяльності суб'єктів суспільних відносин;
- контроль за виконанням правових норм.

Проте в останні роки визнається, що державне регулювання потребує обмеження, зазначають П.М. Рабинович та М.І. Хавронюк [12, с. 64]. На їхню

думку, повністю скасувати державне регулювання неможливо, оскільки за його допомогою держава досягає виконання найважливіших завдань суспільства.

Існує дві складові державного регулювання сфери охорони здоров'я:

1. Система органів державної влади та місцевого самоврядування, що включена в процес державного регулювання відносин (інституційний механізм охорони здоров'я). У цій системі розрізняють центральні та місцеві органи державної влади та органи місцевого самоврядування, які беруть участь у реалізації політики охорони здоров'я.

2. Система правових норм, яка створює законодавство у сфері охорони здоров'я, спрямована на регулювання змісту та процесу державного регулювання (правового механізму охорони здоров'я).

Об'єктом державного регулювання є певні зв'язки та явища в галузі, системі охорони здоров'я, принципи її організації та функціонування. Усі ці відносини характеризуються різним змістом, але підлягають регулюванню нормами адміністративного права.

В. Юсупов зазначає, що суб'єктом правового регулювання виступає лише держава у формі її органів або уповноважених установ [13, с. 18]. Таким чином, у правовому регулюванні сфери охорони здоров'я фактично можна виділити дві взаємопов'язані частини:

1. Державне регулювання організації охорони здоров'я.
2. Державне регулювання реалізації права на охорону здоров'я.

На нашу думку, саме така взаємодія зазначених вище елементів державного регулювання сфери охорони здоров'я зумовлює важливість її органічного та послідовного розвитку. У зв'язку з цим основною функцією державного регулювання охорони здоров'я є створення правової бази для комплексних правових засобів з метою формування правової основи економічних відносин у процесі реформування всієї галузі. При цьому важливим моментом, який необхідно врахувати, є наявна надмірність функцій держави щодо надання безоплатної медичної допомоги, що дає змогу створити сталу систему забезпечення права людини на здоров'я. Така ситуація передбачає вибір

напрямку посилення та розширення публічно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я з метою реалізації права громадян країни на гарантований рівень медичного обслуговування.

Охорона здоров'я передбачає, що державне регулювання встановлює загальні правила і порядок здійснення медичної діяльності, у тому числі надання медичної допомоги, рівень відповідальності за дотримання встановлених правил, а також особливості впливу держави та своїх органів за діяльністю від організацій охорони здоров'я [14, с. 85]. Такі правила мають ґрунтуватися на правовій стратегії соціального розвитку та державній медичній програмі, а також враховувати медичні стандарти та механізми їх обов'язкового виконання, державного контролю та адміністративного примусу.

Оскільки державне регулювання суспільних відносин відбувається шляхом прийняття відповідних законів, припускаємо, що його можна визначити як державне регулювання. Особливості впливу на соціальні умови в державі ґрунтуються не лише на правових, а й на застосуванні організаційних, фінансових чи кадрових засобів регулювання. Так В.С. Щербина зазначає, що в основі механізму державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я може лежати державна податкова, бюджетна, кредитна, інвестиційна та науково-технічна політика [15, с. 92]. Тобто регулювати сферу пропонується за допомогою нормативно-правових актів, державного бюджету та державного контролю, податкової системи, стандартів і митних тарифів.

Одним із важливих завдань соціально орієнтованої держави є дотримання балансу між інтересами громадян у якісній медичній допомозі та суб'єктами її обслуговування у вигляді медичних закладів і медичних працівників. Усе це зумовлює необхідність задоволення державою очікувань та інтересів громадян у реалізації ними права на медичну допомогу, задовольняючи при цьому потреби надавачів. Крім того, держава має заохочувати медичні установи надавати послуги високої якості за найменшими витратами. Досягнення такого балансу стає напрямком дій державно-правового регулювання у створенні ефективних організаційних та фінансових засад діяльності закладів охорони здоров'я.

При аналізі програмних документів та нормативно-правових актів, що регулюють сферу охорони здоров'я [16, 17, 18], виокремлюються такі завдання державного регулювання системи охорони здоров'я:

- проводити активну демографічну політику, спрямовану на підвищення народжуваності та зниження смертності;
- забезпечення доступності медичної допомоги для всього населення;
- забезпечення здоров'я та епідеміологічного благополуччя населення;
- використання ефективної системи багатоканального фінансування галузі охорони здоров'я, яка передбачає поступове збільшення державних асигнувань;
- створення умов для формування та зміцнення здорового способу життя населення;
- здійснення інтенсивного розвитку медичної та фармацевтичної промисловості, виробництва високоякісних лікарських засобів тощо.

Законодавство України не має комплексного механізму державного регулювання ринкових економічних відносин, а спирається лише на окремі нормативно-правові механізми використання державою окремих засобів регулювання, зокрема ліцензування, порядку встановлення тарифів чи спеціального адміністративний режим. У зв'язку з цим виникає необхідність вирішення проблеми неможливості досягнення його функціонального призначення будь-якими засобами регулювання при його автономії, оскільки лише в комплексі можливе досягнення оптимального рівня державного управління. Це дозволяє припустити, що основою політики розвитку системи охорони здоров'я має стати створення перспективного законодавства та визначення нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я. Важливо також враховувати узгодженість змісту нормативно-правових актів, оскільки вони повинні мати єдину методологічну основу та аксіологічну спрямованість.

Важливим питанням державного регулювання системи охорони здоров'я в нашій країні сьогодні є процес її реформування. Згідно з результатами дослідження ВООЗ, присвяченого вивченню реформ охорони здоров'я в Європі,

концепція реформи – це цілеспрямований, динамічний та усталений процес, який веде до систематичних структурних змін, які дають змогу забезпечити збереження здоров'я, а також покращення рівень і якість життя населення [19].

Тому проекти Європейського Союзу є важливими для здійснення процесу автономізації закладів охорони здоров'я та використання договірних відносин між надавачами та отримувачами медичних послуг, які водночас дозволяють ефективно перерозподіляти ресурси в межах Нашої країни. Також є зв'язок із обов'язковим медичним страхуванням, яке в рамках законодавчого поля готує вирішення завдань об'єднання ресурсів, підвищення прозорості управлінських рішень при розподілі фінансів та покращення якості медичних послуг на основі наявного досвіду Європейського Союзу.

Важливим моментом є встановлення прямого зв'язку між впровадженням обов'язкового медичного страхування та доступністю медичних стандартів. У зв'язку з цим, на думку В.Д. Карамішева [20, с. 55], необхідно встановити обов'язковий гарантований суб'єкт безоплатної медичної допомоги в залежності від рівня соціальної захищеності пацієнта. В іншому випадку створення суб'єктів господарювання у формі державних або комунальних підприємств для надання медичних послуг на базі лікувально-профілактичних закладів є необхідним, за відсутності необхідного рівня фінансування, що відповідає певному обсягу безоплатної допомоги, є порушенням конституційно закріплених прав пацієнта.

Отже, державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс загальнодержавних рішень чи зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її державного процвітання шляхом реалізації низки політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів, спрямованих на збереження генофонду української нації та її гуманітарного потенціалу та врахування потреб нинішніх і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.

1.2. Державне регулювання системи охорони здоров'я населення як інструмент державної політики

Специфіка суспільного розвитку кожної країни визначає шляхи і методи вдосконалення організації системи охорони здоров'я та її державного регулювання. Зміни в економічних і соціальних відносинах служать основою для створення умов для існування різних типів систем охорони здоров'я. Як уже зазначалося, у сучасному суспільстві існують три види систем: державна, страхова та приватна. Основним критерієм такого поділу є фінансова складова.

Слід зазначити, що основним принципом побудови будь-якої системи охорони здоров'я є дотримання балансу та правовий захист інтересів таких складових як:

- населення як споживач медичних послуг;
- медичні установи, що надають відповідні послуги;
- платники за надану медичну допомогу.

Водночас будь-яка система охорони здоров'я спрямована на забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою та покращення здоров'я суспільства та окремих людей у ньому [21].

Усе це зумовлює наявність ринкових механізмів у системі охорони здоров'я, які взаємодіють із механізмами планування та регулювання. За допомогою планування реалізуються ринкові відносини, які зумовлюють необхідність визначення фінансової складової, обсягу та структури медичної допомоги. Крім того, планування виступає як механізм забезпечення узгодженої політики охорони здоров'я на всіх рівнях управління. У процесі планування можна об'єднати різні ланки медичної допомоги з різних територіальних підрозділів і побудувати оптимальну систему медичної допомоги.

До найважливіших елементів державного регулювання Москаленко В.Ф. відносить створення макробалансу в системі, який досягається шляхом збалансування державних зобов'язань щодо медичного обслуговування населення та наявних фінансових можливостей [22, с. 25]. Суть цієї проблеми

визначається діями ринкових регуляторів у системі охорони здоров'я, оскільки існує необхідність проведення ряду заходів, спрямованих на підтримку балансу між попитом та пропозицією медичних послуг, вдаючись до таких інструментів:

- законодавчі та нормативно-правові акти, що визначають ресурси та сприяють розвитку різноманітних видів медичної допомоги з найменшою та найбільшою економічною ефективністю, забезпечуючи тим самим регулювання надання медичних послуг;

- встановлення лімітів обсягів споживання окремих видів послуг і тим самим регулювання попиту на ці послуги.

Методи державного регулювання в охороні здоров'я є складовою частиною методів державного регулювання економіки в цілому та являють собою цілеспрямований вплив влади на окремі сегменти ринку за допомогою мікро- та макроекономічних регуляторів, які забезпечують збалансований рівень зростання всю систему.

Серед цих регуляторів характеризується динамічний стан загальної рівноваги, при якому за стабільного рівня цін досягається стабільний щорічний приріст обсягу національного виробництва. Методи прямого регулювання представлені у вигляді дій органів влади з використанням прямих бюджетних асигнувань або адміністративного ресурсу для встановлення нормативних актів і правил господарської діяльності. Що стосується методів непрямого впливу, то вони визначають вплив на інтереси суб'єктів господарювання з метою спонукати їх до певної поведінки. Тому такі методи впливають на поведінку економічних суб'єктів [23, с. 68].

Так, крім прямих і непрямих методів регулювання економічного стану системи, можуть використовуватися також нецільові та структурні заходи, наприклад, зниження ставки рефінансування, або цільові методи у вигляді прямих кредитів великим підприємствам і компаніям, субсидій для багатодітних сімей тощо.

Рожкова І.В. і Солоненко І.М. запропонували виділяти такі форми регулювання, як адміністративне у вигляді заходів контролю доходів і цін, квот

і ліцензій, пряме у вигляді цільових субсидій і позик під низькі відсотки та непряме у вигляді реалізації політики у сфері фінансової діяльності. Проте зазначена класифікація форм базується на розмежуванні монетарних і немонетарних методів прямого регулювання і не може вважатися виключною. Слід мати на увазі, що конкретний метод складається з різних засобів, які об'єднані певною ознакою. Таким чином, інструмент є засобом імплементації обраного методу регулювання.

Наведемо приклади нормативних актів, які діють у світовій системі охорони здоров'я:

1. Встановлення обмеження вартості надання стаціонарної допомоги, яке має адміністративний характер і вимагає від усіх клієнтів медичних послуг та лікарень залишатися в межах встановлених цільових показників вартості стаціонарної допомоги.

2. Моніторинг розвитку лікарняної мережі, який при збільшенні можливостей лікарень для стабілізації попиту та пропозиції здійснює такі заходи:

– нові лікарняні місця змінюють клінічну практику в амбулаторно-поліклінічному секторі, надаючи лікарям додатковий стимул направляти пацієнтів на спеціалізоване обстеження, що в свою чергу знижує інтерес до надання первинної медичної допомоги;

– використання нового дороговартісного медичного обладнання має бути максимальним, тому лікарі часто обирають дешевшу, але ефективну діагностику та лікування.

– підвищений тиск від пацієнтів, які хочуть отримати дороге, але не завжди необхідне лікування [24, с. 126].

У зв'язку з цим, для подолання видаткових тенденцій держава впроваджує низку заходів, серед яких можна відзначити:

– будівництво та модернізація лікарень на основі державного плану розвитку стаціонарного сектору;

– планування стаціонарної допомоги на основі стратегії скорочення лікарняних ліжок із встановленням ліміту на кожен рік;

- затвердження органами управління охорони здоров'я інвестиційних планів, в яких той чи інший заклад має продемонструвати заплановану ефективність використання дорогого медичного обладнання;

- підвищення вимог до структури ліжкового фонду, частина якого має бути перепрофільована під ліжка для додаткового лікування та оздоровлення.

Проте слід мати на увазі, що скорочення ліжкового фонду або закриття лікарень має залежати від ряду факторів, серед яких доступність стаціонарної допомоги, існуючі переваги населення щодо місця надання послуг, та інтереси самого медичного персоналу.

3. Зміна спеціалізаційної структури медичного персоналу як регулятора у світовій системі охорони здоров'я, яка полягає у збільшенні частки лікарів, що надають першу медичну допомогу, та зменшенні питомої ваги спеціалістів.

4. Регулювання обсягу амбулаторно-поліклінічної допомоги:

- вжиття заходів щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги та стримування збільшення кількості звернень пацієнтів до спеціалістів;

- встановлення обмежень щодо призначення дороговартісних лікарських засобів або призначення дороговартісних діагностичних досліджень, встановлення норм споживання лікарських засобів на підставі погоджених рецептурних листів;

- прийняття нормативно-правових актів, що встановлюють обмеження на призначення дорожчих фірмових ліків та сприяння використанню генеричних препаратів.

5. Організація участі населення у покритті частини витрат на медичне обслуговування, що полягає у збалансованості державних зобов'язань наявними фінансовими ресурсами та з урахуванням запровадження державних доплат за певний спектр послуг.

Проте такі доплати та інші заходи регулювання попиту є менш ефективними механізмами порівняно із заходами регулювання пропозиції медичних послуг. Таким чином, реструктуризація галузі, а також встановлення обмежень на використання дорогих ресурсів та забезпечення економічної мотивації персоналу до пошуку ресурсозберігаючих шляхів надання медичної

допомоги дає змогу більш успішно підвищувати ефективність функціонування системи охорони здоров'я [25, с. 221].

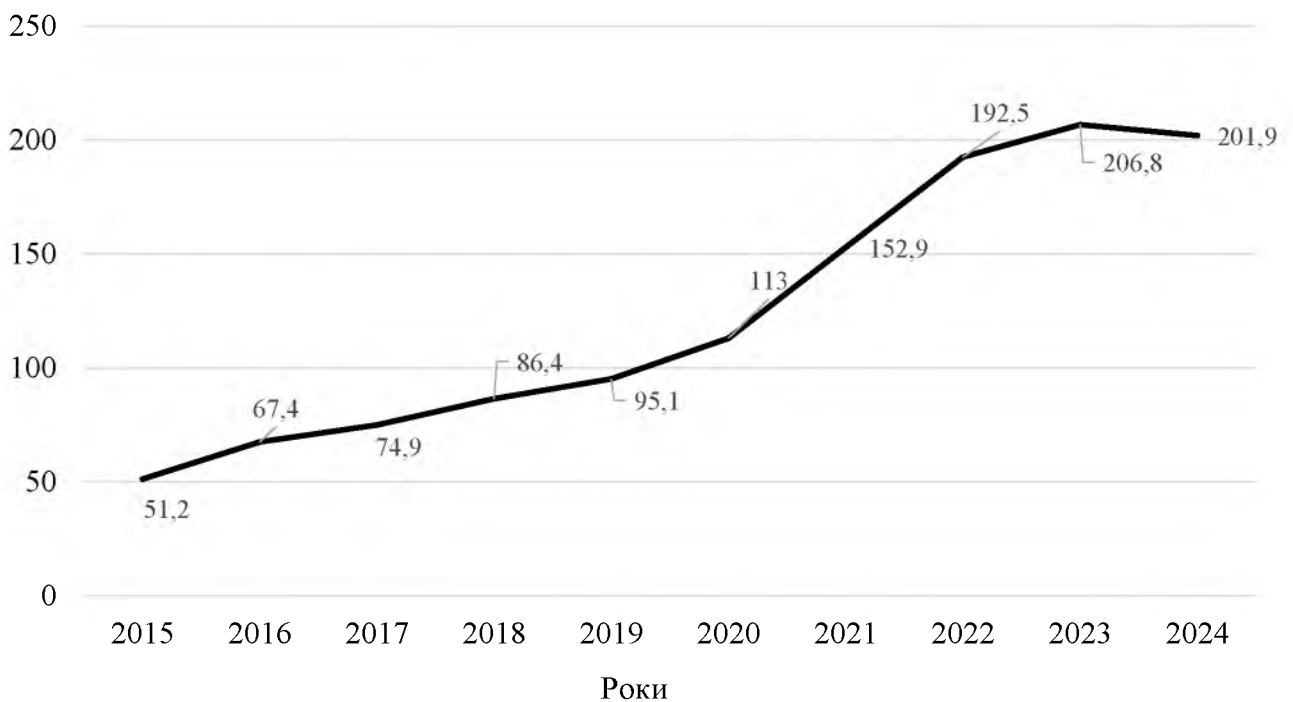


Рис. 1.1. Передбачено у Державному бюджеті на охорону здоров'я у 2015-2024 рр., млрд грн [узагальнено автором за 26, 27]

Баєва О.В. зазначає, що в секторі охорони здоров'я діє кілька взаємозалежних ринків, включаючи медичні послуги, медичні технології, медичне обладнання, медичне страхування, медичний персонал і медичні освітні послуги. У зв'язку з цим при визначенні специфіки державного регулювання важливо враховувати широкий спектр соціально-економічних контекстів, які входять у цю сферу. При цьому ринок кожного товару визначається взаємодією попиту і пропозиції. Це призводить до необхідності врахування різних сфер системи охорони здоров'я в державному регулюванні [28, с. 40].

Адміністративне регулювання ринку медичних послуг у нашій державі передбачає застосування механізмів стандартизації якості медичних послуг та ліцензування діяльності в цій сфері. Крім того, для регулювання ринку медичних послуг використовуються також непрямі економічні інструменти, які передусім базуються на податковому законодавстві.

Державне регулювання ринку медичних технологій і виробів медичного призначення здійснюється шляхом використання прямих економічних методів, у тому числі через механізм бюджетного фінансування наукових досліджень у сфері охорони здоров'я. Тоді як непрямі методи практично не використовуються на цих ринках охорони здоров'я.

Слід також зазначити, що галузь охорони здоров'я в цілому характеризується інерційністю, а це означає, що вже прийняті стратегічні правові норми наразі також є визначальними у виборі вектора розвитку галузі охорони здоров'я. Це означає, що Національної економічної стратегії на період до 2030 року передбачає, що подальший розвиток економіки країни залежить від ефективного функціонування системи охорони здоров'я, що, у свою чергу, визначає такі пріоритетні завдання, як:

- надання медичної допомоги на основі отриманих державних гарантій;
- забезпечення доступності медичних послуг усім категоріям громадян країни;
- надання якісних медичних послуг [29].

Підсумовуючи, слід зазначити, що для досягнення соціально-економічного результату в системі охорони здоров'я важливо робити ставку на системне постачання галузі актуальними інструментами та методами. Основою сучасної системи охорони здоров'я є фінансовий принцип, який є найбільш універсальним у ринковому управлінні. Таким чином, вибір того чи іншого маркетингового методу визначається ефективністю його використання в сфері охорони здоров'я. На нашу думку, складні умови розвитку системи вимагають комплексного підходу до вирішення існуючих проблем галузі з урахуванням специфіки її функціонування. Тому найважливішим є закріплення виконання державою соціальної функції, що дає змогу забезпечити ефективні умови функціонування системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. Охорона здоров'я населення є одним із важливих завдань державної політики, що включає забезпечення державного регулювання у цій сфері відносин. Державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс загальнодержавних рішень чи зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її державного процвітання шляхом реалізації низки політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів, спрямованих на збереження генофонду української нації та її гуманітарного потенціалу та врахування потреб нинішніх і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому. При цьому, державне регулювання системи охорони здоров'я населення виступає як один з інструментів державної політики.

2. Обсяг і вибір заходів державного регулювання в охороні здоров'я безпосередньо залежать від організаційно-правової форми діяльності суб'єктів ринкових відносин. Щодо державних інституцій є можливість застосовувати більш жорсткі заходи регулювання, продиктовані інтересами держави. Використовуються адміністративно-правові, економічні та соціально-психологічні методи.

3. Державне втручання у функціонування сфери охорони здоров'я включає такі напрями: удосконалення нормативного регулювання діяльності постачальників медичних послуг (наприклад, регламентація правил надання послуг), створення сприятливої інвестиційної політики та її інформаційне забезпечення, удосконалення системи державної політики, надання гарантій та субсидій, надання податкових пільг, підготовка кваліфікованого медичного персоналу, регулювання цін і тарифів на послуги в галузі, сприяння формуванню ринкових інститутів, індикативне планування та прогнозування, надання постачальникам медичних послуг певної економічної незалежності.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

2.1. Міжнародний досвід реалізації державної політики охорони здоров'я населення

Умови життя у постіндустріальному світі, соціальна нерівність, лібералізація державної політики та ступінь демократизації суспільного життя вплинули на вибір національних моделей медичної реформи. Галузеву політику в сучасному світі можна поділити на дві групи: стратегії на державному рівні, спрямовані на збереження здоров'я в цілому, та стратегії, пов'язані з модернізацією самої системи охорони здоров'я (внутрішньогалузеві), які передбачають зміни механізмів фінансування та у веденні та підходах до лікування пацієнтів.

Системи охорони здоров'я виникли під впливом конкретних історичних, економічних, соціальних і політичних чинників. Однак з певною умовністю всі існуючі системи діляться на три основні моделі:

- 1) бюджетна (система Беверіджа);
- 2) соціально-страхова (система Бісмарка);
- 3) приватна.

Ця класифікація ґрунтується, насамперед, на відмінностях у джерелах фінансування медичної допомоги (податкові надходження, внески на медичне страхування, приватні фонди), а також у методах її організації (централізована чи децентралізована) та структурах власності. у закладах охорони здоров'я (державних, приватних, некомерційних та приватних комерційних).

Слід розглянути стратегії управління здоров'ям. Суть цієї групи стратегій в кінцевому рахунку зводиться до наступних напрямків:

– формування ринку медичних послуг та передача йому основних регуляторних функцій з поступовим виходом держави з управління діяльністю

закладів охорони здоров'я;

– посилення регуляторних функцій держави в рамках розвитку ринкових механізмів, що особливо важливо для обмеження негативного впливу ринку на доступність медичної допомоги;

– формування інтегрованих структур, що сприяють підвищенню економічного ефекту [30, с. 33].

Подібні стратегії в основному використовуються в країнах, які здійснюють ринкові реформи в соціальній сфері, як і в сучасній Україні. За цих умов надзвичайного значення набуває посилення регуляторної ролі держави як головного гаранта доступності та безпеки медичної допомоги. Забезпечення якості залишається центральним завданням закладів охорони здоров'я та показником їх конкурентоспроможності.

Роль органів управління щодо якості зводиться до забезпечення умов для формування та раціонального використання належного ресурсного потенціалу (матеріально-технічного, кадрового тощо), а також до стимулювання впровадження систем управління якістю. Необхідність посилення державного регулювання у сфері медичного обслуговування населення стала основою для реалізації таких конкретних стратегій, які передбачають запровадження «регульованої конкуренції» як між медичними закладами, так і між страховиками.

У цій стратегії часто використовуються конкурентні механізми для підвищення ефективності шляхом скорочення витрат. У цьому контексті дуже цікавими є такі стратегії, як створення конкурентних відносин між постачальниками державних послуг і встановлення глобальних бюджетів. Такий підхід викликав серйозне занепокоєння щодо дублювання обладнання та дорогих установок на конкуруючих підприємствах. Наприклад, для зменшення негативного впливу ринку органи охорони здоров'я Великої Британії поклали на себе оцінку потреб населення в медичних послугах, укладення відповідних договорів, контроль за виконанням цих договорів тощо, а також вжиття інших заходів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань [31, с. 17].

Регуляторна стратегія також передбачає заохочення або навіть тиск на платників, щоб вони використовували вибіркового підхід до укладання контрактів із постачальниками медичних послуг, які повинні дотримуватися набору обов'язкових правил і процедур (раніше контракти з усіма укладалися через відповідні установи). У більшості європейських країн вибіркового контракти стикаються зі значним опором медичних працівників, оскільки вони служать інструментом для обмеження їхніх інтересів.

Стратегія «розподілу ресурсів» передбачає застосування механізмів укладання договорів між страховиками й медичними установами, на підставі яких здійснюється оплата послуг, що надаються спеціалістами та установами, реалізуються механізми закупівлі ліків, інвестуються капітальні кошти в охорону здоров'я. поширюється. Відповідно до цієї стратегії покупці медичних послуг не тільки забезпечують розподіл ресурсів, а й контролюють їх використання та ефективність установ. Таким чином, перехід до договірних відносин розглядається як координаційний механізм, що забезпечує ринковий розподіл ресурсів. Надання медичних послуг на договірних засадах накладає на страховиків і постачальників медичних послуг чіткі зобов'язання та створює економічні стимули для виконання цих зобов'язань [32].

Ефективність національних систем охорони здоров'я значною мірою визначається не лише зовнішніми управлінськими впливами, а й ефективністю самих закладів охорони здоров'я. У країнах Західної Європи проблеми економічної ефективності охорони здоров'я вже давно зосереджені переважно на громадськості. рівень, функціонуванню закладів охорони здоров'я не приділено належної уваги обдарованих. Це призвело до поширення деяких негативних тенденцій, пов'язаних із поганою координацією діяльності окремих закладів та галузей охорони здоров'я, відсутністю адекватної інформації про вартість та якість послуг, незадовільним управлінням капітальними ресурсами, а також неналежним і незадовільним управлінням поточними коштами.

Результатом виправлення ситуації, що склалася, стало запровадження в деяких країнах фінансового стимулювання медичних установ і пацієнтів,

спрямованого на підвищення економічної ефективності закладів. При реалізації цієї стратегії певна частина чи всі ресурси госпітального сектору були передані структурам первинної медичної допомоги, які вирішували не лише клінічні, а й бюджетні проблеми. Це чітко видно на прикладах фондів первинної медичної допомоги в Англії, місцевих рад охорони здоров'я та соціального забезпечення у Фінляндії та районних рад охорони здоров'я у Швеції. Запроваджена в Англії практика видачі «замовлень» на надання послуг сприяла переведенню бюджету на лікарів загальної практики. Метою такого нововведення було перенесення акценту зі стаціонарної допомоги на первинну та покращення координації між рівнями [32].

Проте ставлення до цієї стратегії залишається незрозумілим. Заслуговує на увагу думка деяких іноземних експертів, які висловлюють сумніви щодо оптимальності застосування цієї технології. Наприклад, у ряді країн відмовилися від концепції власності на фонди не лише через проблеми із забезпеченням рівного доступу до медичних послуг, а й через значні адміністративні витрати. Таким же шляхом пішли в республіках Центральної Азії після десяти років практики, що було пов'язано з тим, що акціонерна власність збільшила адміністративний тягар, особливо в умовах нестабільної системи.

Відповідно до вимог нової інституційної економічної теорії у світовій практиці все більше уваги приділяється стратегіям інтеграційної взаємодії різних структур, залучених до надання медичної допомоги населенню. Співпраця постачальників медичних послуг полягає в об'єднанні закладів охорони здоров'я в найбільш прибуткову економічну систему, яка дає змогу краще задовольнити потреби території обслуговування та уникнути негативних наслідків зростання конкуренції. Найважливішим фактором консолідації є лікарні в районах [33, с. 10].

У цьому контексті на особливу увагу заслуговує досвід США. Процес горизонтальної інтеграції, який був поширений у США, проходив у кілька етапів (фаз). Спочатку зростання багатолікарняних мереж відбувалося переважно на національному рівні, ґрунтуючись на злитті регіональних і національних католицьких систем. З середини 1980-х років виникли відносно невеликі

локальні мережі лікарень. Їх створення відбулося передусім шляхом підключення районних лікарень до некомерційних систем через власність, оренду чи спонсорство головної компанії. Управління такими організаціями передбачало укладання контрактів, а також розробку та використання механізмів регулювання через систему стандартів догляду.

Якщо говорити про регіональну інтеграцію в цілому, то Американська асоціація лікарень (AAL) та інші автори ідеї створення інтегрованих регіональних мереж впевнені, що практично всі лікарні зацікавлені у приєднанні до регіональних мереж. Лише деякі спеціалізовані лікарні, такі як дитячі лікарні, прийматимуть пацієнтів із кількох мереж одночасно, залишаючись формально поза межами інтегрованих систем. AAL закликає до формування регіональних медичних мереж і вказує на необхідність створення незалежного органу, який встановлює стандарти подушного фінансування медичних мереж [34, с. 74].

Досвід інтегрованих мереж у США та медичних трестів у Великій Британії експерти бачать як спробу самоорганізації системи охорони здоров'я. Однак цей підхід вимагає збалансованого підходу, оскільки практика вже показала, що великими мережами часто важко керувати, і чим більш високоорганізована система, тим більше вона схильна до руйнування та потребує вищих витрат для забезпечення стабільності.

Крім основних форм медичної інтеграції, значне місце в наукових публікаціях посідають структури, що об'єднують страховиків і постачальників медичних послуг. У США за пропозицією AAL страховики стають партнерами медичних мереж. Страховики привносять у мережу цінні навички, зокрема в сферах управління ризиками, перестраховування, аналізу та використання даних про витрати та ефективність. Працюючи разом, страховики та постачальники створюють систему паралельних стимулів, які стимулюють інтерес до надання високоякісної та економічно ефективної допомоги. Для нашої країни проблема інтеграції установ у страхові організації не є актуальною через обмежений розвиток страхового бізнесу та реальну відсутність конкуренції на ринку медичних послуг [34, с. 76-77].

Що стосується одного з найбільш значущих напрямів розвитку охорони здоров'я – кадрової політики, то в програмах реформування охорони здоров'я європейських країн наголошується на розробці та реалізації стратегій оцінки потреб у кадрах, їх підготовки та проблеми підвищення статусу медичних сестер. Особлива увага продовжує приділятися підготовці лікарів загальної практики, потреба в яких значно вища, ніж в інших спеціалістах, а також підготовці медичних сестер. Кількість медсестер на 1000 доступних жителів коливається від 0,9 у Туреччині до 13,7 у Норвегії. Найнижче співвідношення лікарів і медсестер у Греції, Туреччині, Португалії та Іспанії. В Албанії, Болгарії, Греції, Польщі та Румунії медсестри вважаються помічниками лікарів, і їх роль визначається лікарями. В Словаччині, Угорщині та Чехії це окрема категорія медичного персоналу [35].

Проблема інформаційного забезпечення управління не втрачає своєї актуальності. У ряді західноєвропейських країн значні інвестиції вкладаються в розвиток інформаційних систем, у підвищення загального рівня компетентності менеджерів, а також у розробку більш ефективних інформаційних систем для вдосконалення процесу прийняття рішень, пов'язаних з економічна та соціальна ефективність. У Великій Британії, Греції, Данії, Іспанії та Швеції були впроваджені інформаційні системи підтримки управлінського персоналу, які отримали право реінвестувати заощаджені кошти в разі прийняття оптимального управлінського рішення [36].

На сьогодні накопичено великий міжнародний досвід реформування охорони здоров'я. У якийсь момент традиційні форми управління охороною здоров'я перестали відповідати вимогам часу. Економічні моделі систем охорони здоров'я (Бісмарка, Беверіджа та Семашка) вже багато років поширені у світі, який у різний час переживав кризу. Існуючі системи фінансування та організації охорони здоров'я не давали максимальної користі в оздоровленні населення. Подальший розвиток системи охорони здоров'я привів до посилення ролі держави та забезпечення міждисциплінарного підходу до вирішення проблем охорони здоров'я на системі медичної допомоги. Надання медичних послуг є чи

не найпомітнішою та обговорюваною функцією, якій приділено значну увагу під час реформування системи охорони здоров'я останнього десятиліття, що знайшло відображення у пріоритетності розвитку первинної медичної допомоги. збільшення інвестицій, підвищення прибутковості, функціонування закладів охорони здоров'я та формування інтеграційних структур, що сприяють підвищенню якості медичної допомоги при раціональному використанні ресурсів.

Іноді в процес еволюційного розвитку систем охорони здоров'я втручалися обставини, які змушували вживати екстрених заходів і суттєвих коректив, що часом суперечило соціальній спрямованості реформ. Так, в умовах останньої кризи особливість антикризових стратегій урядів багатьох країн виявилася в переважній підтримці первинної медичної допомоги, у контролі за станом фармацевтичного ринку та запровадженні обмежень проти корупції, посилення контролю за доступом до спеціалізованої допомоги та наданням державної допомоги найбільш незахищеним верствам населення.

Оцінюючи результати проведених реформ, багато зарубіжних експертів дійшли висновку, що специфіка цих країн, власний багаторічний досвід, побудований на усталених традиціях, сприяють вирішенню проблем, пов'язаних із цим. і розвинений менталітет населення не враховувалися. Аналіз окремих стратегій розвитку систем охорони здоров'я у світі показав, що сьогодні йде інтенсивний пошук найбільш ефективних методів державного регулювання охорони здоров'я [37].

Історичний досвід реформування охорони здоров'я показує, що розвиток відбувається переважно у двох напрямках: зміцнення механізмів централізації управління на всіх рівнях та зміцнення моделі пацієнтоцентрованої допомоги. На державному рівні пріоритетними є стратегії державного регулювання різних галузей економіки та соціальної сфери з метою врахування їх впливу на здоров'я населення, поєднання інтересів державного сектору та інтересів громадян щодо дотримання Основ здорового способу життя та створення умов для забезпечення справедливого медичного обслуговування населення.

У сфері управління медичною допомогою посилюються тенденції регулювання (державного та саморегулювання) ринку медичних послуг на основі використання механізмів «регульованої конкуренції», стратегії «розподілу ресурсів», у т.ч. підвищення ролі первинної медичної допомоги у фінансуванні подальших етапів надання медичної допомоги, а також поширення договірних зобов'язань, широке використання різноманітних форм самоорганізації інтегрованих структур. Посилення індивідуального підходу в лікуванні пацієнтів реалізується у реалізації стратегій «програми управління захворюваннями», «первинної медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта», «гуманітарної моделі охорони здоров'я» та формування «терапевтичних спільнот». Наведені дані свідчать про зміну вектора управління розвитком охорони здоров'я у світі від класичного ліберального підходу (пріоритет ринкових механізмів) до посилення механізмів державного регулювання.

2.2. Організаційно-нормативна система державного регулювання охорони здоров'я населення в Україні

Державне регулювання охорони здоров'я у світі є одним із пріоритетних напрямів реалізації державної політики, оскільки турбота про життя громадян – це найважливіше в будь-якій країні. Законодавство у сфері охорони здоров'я спрямоване на реалізацію однієї з основних цілей державної політики – збереження та зміцнення здоров'я нації. Національна система охорони здоров'я має будуватися на основі прогресивного законодавства, яке враховує кращий досвід світової науки і практики в галузі охорони здоров'я та права.

Правове регулювання системи охорони здоров'я в соціальній державі передбачає створення як нормативно-правової бази, так і правового механізму реалізації правових норм, що регулюють діяльність цієї сфери. Слід зазначити, що закони та інші нормативні акти повинні розроблятися в точній відповідності до основ та інших законів держави.

Правові відносини у сфері охорони здоров'я дуже різноманітні. Вони пов'язані з нормами різних галузей права: адміністративного, цивільного, трудового та кримінального. Про це свідчить специфіка предмета і методу правового регулювання в охороні здоров'я. Предметом законів цієї сфери є сукупність правових норм у сфері надання медичної допомоги, медичного забезпечення, санітарно-епідемічного благополуччя та інших пов'язаних з цим питань. Правильна поведінка суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я громадян забезпечується сукупним впливом прийомів і методів, характерних для адміністративного права, цивільного права та права соціального забезпечення. Суб'єктами регульованих відносин є, з одного боку, держава, її органи та установи, медичні заклади різних форм власності, а з іншого – громадяни. Нині на правове регулювання охорони здоров'я спрямовані десятки й сотні нормативних актів різного рівня різних галузей права як приватного, так і публічного характеру [38, с. 14].

Адміністративно-правові норми регулюють відносини, що виникають у сфері визнання, охорони та захисту прав людини в галузі охорони здоров'я, а також відносини у сфері організації та діяльності державної системи охорони здоров'я, окремих медичних організацій і відносини з питань ліцензування, акредитації та контроль згідно з діяльністю установ, що надають медичну допомогу, тощо [39, с. 86].

У комплексі норм чинного законодавства про охорону здоров'я центральне місце займають норми конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного законодавства і, безперечно, законодавства про соціальне забезпечення громадян (рис. 2.1). У законодавстві про охорону здоров'я норми трудового, екологічного, сімейного та деяких інших правових сфер є цілком доцільними і можуть відігравати серйозну профілактичну роль у захисті здоров'я населення.

Слід зазначити, що державне регулювання системи охорони здоров'я базується на вимогах Конституції України, Основ Закону про охорону здоров'я та інших нормативно-правових актів. При цьому охорона здоров'я

забезпечується шляхом державного фінансування відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і профілактичних програм охорони здоров'я. Таким чином держава створює умови для ефективного та доступного медичного обслуговування населення.

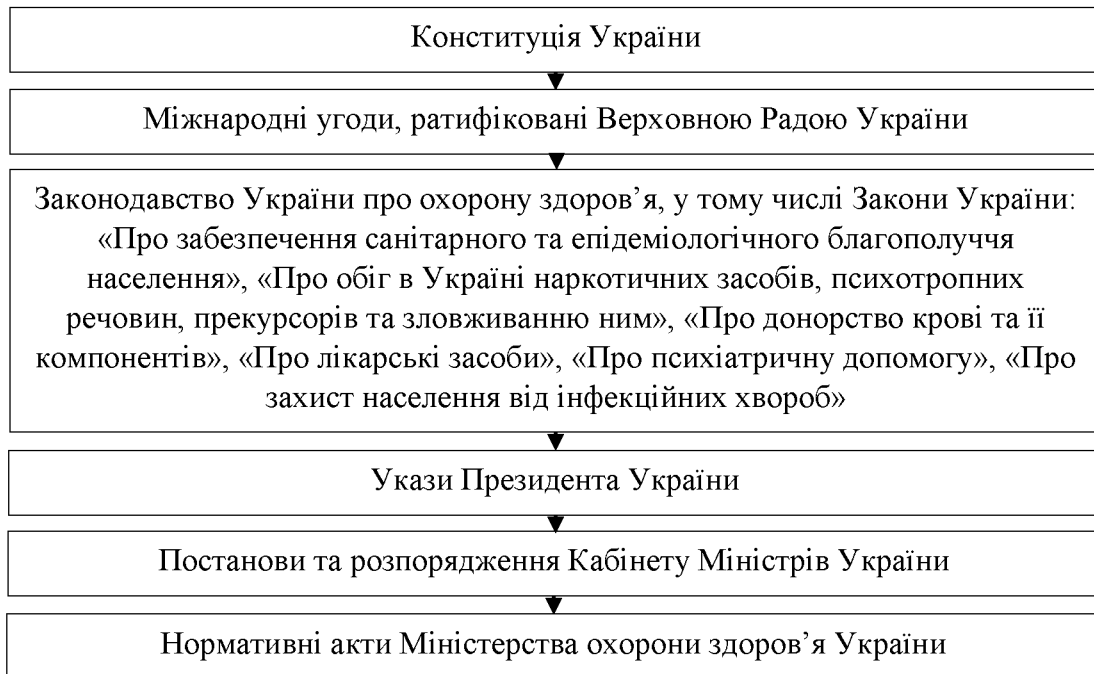


Рис. 2.1. Нормативно-правова база системи охорони здоров'я України [40]

Основи державної політики в галузі охорони здоров'я визначаються Верховною Радою України та закріплюють конституційні та законодавчі основи охорони здоров'я. Крім того, до повноважень Верховної Ради входять:

- визначити мету, основні завдання, напрями, принципи та пріоритети державного регулювання у сфері охорони здоров'я;
- встановлює нормативи та обсяги бюджетного фінансування;
- створити систему відповідних кредитно-фінансових, митних та інших органів регулювання;
- затвердити перелік комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [41].

Гарантом права громадян на охорону здоров'я виступає Президент України, який через систему органів виконавчої влади забезпечує виконання

законів про охорону здоров'я, реалізує державну політику в галузі охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

Реалізація діяльності Президента здійснюється шляхом прийняття відповідних нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я. При цьому серед функцій президента в управлінні сферою охорони здоров'я прийнято виділяти наступні:

- несення персональної відповідальності за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів державної влади, реалізація державної політики;
- укладення міжнародних договорів, зокрема з питань міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, що відповідають окремим нормам Конституції;
- здійснювати регулювання окремих питань організації охорони здоров'я громадян;
- організувати державне регулювання шляхом затвердження програм охорони здоров'я [42, с. 195].

Крім того, в системі функціонування адміністративно-правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я виділяють обов'язки, які відносяться до повноважень Кабінету Міністрів України. Серед цих компетенцій виділяється впровадження та розвиток комплексних механізмів, спрямованих на стимулювання ефективної діяльності в системі охорони здоров'я. Крім того, Кабінет Міністрів забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, займається укладенням міжурядових угод та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я.

Наступним органом, який реалізує механізми адміністративно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я, є МОЗ. Це міністерство діє як центральний орган виконавчої влади, що координується Кабінетом Міністрів України. МОЗ як керівний орган у системі центральних органів виконавчої влади відповідає за реалізацію державної політики та виконує координаційну роль з

іншими міністерствами та відомствами, до складу яких входять підпорядковані медичні підрозділи та установи.

Основними завданнями МОЗ є:

- формування та забезпечення реалізації державної політики в системі охорони здоров'я;
- формування державної політики у сфері охорони здоров'я та епідемічного захисту населення;
- виробництво, контроль якості та реалізація лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- реалізувати основні принципи державної політики у сфері організації та розвитку виробництва лікарських засобів та забезпечити цією продукцією населення, заклади охорони здоров'я тощо [43].

Місцеві державні адміністрації здійснюють реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень. Отже, місцеві державні адміністрації виконують такі функції:

- здійснення загального керівництва закладами охорони здоров'я, розташованими на його адміністративній території;
- управління матеріально-фінансовим забезпеченням;
- організація роботи медичних закладів з надання медичної допомоги населенню;
- здійснення заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям тощо [44].

Однією з найскладніших проблем правового регулювання системи охорони здоров'я є питання юридичної відповідальності лікаря за негативні результати лікування. У деяких країнах ця проблема вирішується шляхом укладення медичного контракту між лікарем і пацієнтом, в якому вказується, які конкретні заходи будуть вжиті у разі заподіяння шкоди пацієнту або порушення цього договору. За відсутності такого договору відповідальність лікаря регулюється нормами цивільного та кримінального законодавства, які передбачають санкцію за каліцтво чи інше ушкодження здоров'я, а також за

заподіяння матеріальної та фінансової шкоди іншій особі. Як правило, ці санкції полягають у виплаті грошової компенсації відповідно до розміру заподіяної шкоди.

В останні десятиліття в питанні про відповідальність медичного персоналу чітко проявилися суперечності. Практика показує, що прогрес медичної науки призвів, з одного боку, до надмірного зростання очікувань пацієнтів від лікарів, а з іншого – до значного ускладнення медичних технологій, методів і способів лікування. Зросла обізнаність пацієнтів щодо своїх прав, підвищилися вимоги до дотримання лікарями принципів медичної та гуманної етики. Значна кількість скарг призводить до того, що лікарі виплачують фінансову компенсацію за рішенням суду або процедурою, яка проводиться за взаємною згодою сторін. Розмір такого відшкодування є досить високим: у розрахунок враховується не лише фізична та моральна шкода, а й втрачений потерпілим заробіток, який він мав або міг мати, а також додаткові витрати, пов'язані з відновленням здоров'я. Зрозуміло, що нормальний практикуючий лікар не в змозі виплатити таку компенсацію. Тому страхування професійної відповідальності лікарів широко поширене в багатьох розвинених країнах [45, с. 187].

Для цього виду страхування оформляється спеціальний поліс, в якому детально вказуються основні та додаткові умови страхування. Як правило, механізм страхування покриває лише збитки, які виникають ненавмисно або внаслідок випадкових подій. Страхування професійної відповідальності гарантує лікарю, що страхова компанія зобов'язується захищати його інтереси в судових процесах і надавати компенсацію за будь-якими претензіями, висунутими проти нього. Популярні товариства взаємного страхування – за рахунок членських внесків їх учасників.

Незважаючи на беззаперечну важливість правового регулювання охорони здоров'я в сучасному суспільстві, гарантія права людини на здоров'я в багатьох країнах недостатньо конкретизована і часто просто закріплена в конституції. Між тим, створення умов для реалізації цього права є основою національної безпеки будь-якої держави.

Найважливішим поняттям медичного права є поняття «права пацієнта», яке включає сукупність правових і суспільних відносин, що виникають при зверненні громадян за медичною допомогою. Доцільно виділити три основні напрямки вдосконалення прав пацієнтів у законодавстві про охорону здоров'я різних країн:

- прийняття законів про права пацієнтів (Ісландія, Греція, Ізраїль, Литва, Фінляндія);
- врахування прав пацієнтів у різних галузевих законах (Україна, Казахстан);
- прийняття хартій прав пацієнтів та професійних етичних кодексів медичними асоціаціями (Словаччина, Чехія, Франція, Португалія, Ірландія, Велика Британія) [46].

Справжнім досягненням у період незалежності України стало створення сучасного медичного законодавства. Наприклад, Пак С.Я. обирає критерієм об'єкт впливу права та виділяє сім блоків законодавства про охорону здоров'я, а саме:

- нормативні акти, що забезпечують безпечні умови життя;
- превентивні закони;
- закони, що захищають права громадян на охорону здоров'я;
- закони, що встановлюють права та обов'язки медичного персоналу та відповідальність юридичних і фізичних осіб за злочини у сфері охорони здоров'я;
- закони, що регулюють діяльність національної системи охорони здоров'я;
- закони, що регулюють фінансування охорони здоров'я;
- закони, що регулюють окремі види медичної діяльності [23, с. 69].

Сенюта І.Я., провівши аналіз чинної законодавчої бази та наукової літератури, вважає доцільним систематизувати закони за тематикою правового регулювання та виокремити групи законів, які стосуються наступних тем:

- надання медичної допомоги;

- правовий статус пацієнтів;
- правовий статус медичного та фармацевтичного персоналу;
- фінансування охорони здоров'я;
- оздоровчо-профілактична діяльність;
- забезпечення безпечних умов проживання;
- організація та управління охороною здоров'я [47, с. 272].

Таким чином, охорона здоров'я є одним із пріоритетних напрямків діяльності держави, оскільки держава здійснює управління охороною здоров'я України та забезпечує його реалізацію.

Державне регулювання у цій сфері визначається бюджетними асигнуваннями, розмір яких відповідає законним потребам і враховує не менше десяти відсотків національного доходу. Основою державного регулювання охорони здоров'я є формування конституційних і законодавчих засад Верховною Радою України.

Як головний адміністративно-правовий орган у сфері охорони здоров'я Верховна Рада визначає цілі, основні завдання та пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я. Водночас він зобов'язується побудувати систему відповідних регуляторних органів та реалізувати цільові національні програми охорони здоров'я.

Виходячи з викладеного, можна зробити висновок, що сутність адміністративної охорони здоров'я полягає у здійсненні державними органами впливу на відносини у сфері охорони здоров'я в межах встановленої законом компетенції за допомогою спеціального (нормативного) механізму. з метою захисту та забезпечення прав, свобод та інтересів населення.

Отже, виходячи з вищевикладеного, слід зазначити, що в умовах демократичної держави зазвичай формується децентралізована система управління, в якій поширені механізми делегування повноважень вищим органам влади. Під механізмом регулювання розуміють компонент системи управління, що впливає на фактори, від стану яких залежить результат діяльності об'єкта управління.

Фактори комплексного механізму державного регулювання включають систему економічних, мотиваційних, організаційних, політико-правових механізмів. Здійснення державного регулювання тісно пов'язане з використанням методів адміністративно-правового регулювання суспільних відносин. Проте в сучасних умовах становлення ринкових відносин і демократизації суспільства роль і значення цих методів істотно змінилися. З впровадженням нових демократичних засад у сучасне суспільне життя, перебудовою та зміною суспільних цінностей і цілей, у процесі побудови соціальної, правової держави та громадянського суспільства постає питання зміни власне доктрини адміністративного права та держави. регулювання стає важливим.

З початком війни було прийнято низку законодавчих актів [48, 49], які змінили трудове законодавство України. Зокрема, Законом України «Про організацію трудових відносин в умовах воєнного стану» від 15 березня 2022 року № 2136-IX [50] із змінами внесено зміни до порядку надання та компенсації відпусток, а також обчислення стажу для щорічної основної та додаткові канікули. Було введено деякі обмеження та додано нові види та свята.

Тобто на період дії воєнного стану до відносин, які регулюються цим законом, не застосовуються норми трудового права. Важливо зазначити, що цей Закон діє виключно на період дії воєнного стану та втрачає чинність з дня його припинення або скасування, крім частини третьої статті 13 Закону.

На період дії воєнного стану роботодавець за бажанням працівника може надати відпустку без збереження заробітної плати без урахування норм ч. 1 ст. 26 Закону про вихідні дні. На підставі цього розпорядження працівнику може надаватися відпустка без збереження заробітної плати за сімейними обставинами та з інших причин тривалістю, встановленою угодою між працівником і роботодавцем, але не більше 15 календарних днів на рік, але доки триває воєнний стан, відпустка може бути принаймні надана на весь термін

Відпустка без збереження заробітної плати надається на підставі:

– безстроково, але на період воєнного стану;

- будь-якому працівнику, незалежно від його категорії та статусу, за його бажанням і за згодою роботодавця;
- не обов'язково для роботодавця самостійно вирішувати чи надавати її.

Підвищенню ефективності сприятиме реструктуризація системи охорони здоров'я з урахуванням сучасних реалій відновлення кадрового потенціалу, який є основою для виходу країни з наслідків війни. Зусилля щодо відновлення мають бути зосереджені насамперед на трансформації системи охорони здоров'я відповідно до потреб громадян та наявних державних ресурсів, щоб вона була здатна не лише надавати громадянам якісну та своєчасну медичну допомогу, але й оперативно реагувати на надзвичайні ситуації різного характеру.

Пандемія COVID-19 виявила слабкі місця в системах охорони здоров'я та реагування на надзвичайні ситуації, а в деяких випадках – відсутність національних, регіональних і місцевих планів і процедур готовності до надзвичайних ситуацій [51, с. 445].

МОЗ України створив Центр громадського здоров'я, що поклало початок трансформації системи охорони здоров'я в країні. За останні чотири роки в Україні було реалізовано низку масштабних заходів із цифровізації сфери охорони здоров'я [52, с. 23].

Система моніторингу запущена:

- електронна інтегрована система спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ) призначена для посилення контролю та профілактики захворювань людей і тварин у рамках Єдиної концепції охорони здоров'я та Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП) 2005 року;

- Go.Data – це інструмент для збору польових даних, який зосереджується на інформації про випадок (включаючи лабораторний компонент, госпіталізацію та інші змінні у формі обстеження) і контактних даних (включаючи відстеження контактів);

- TerraLab – система управління лабораторною інформацією, яка дозволяє прискорити внутрішньо-лабораторні процеси, значно зменшивши вплив «людського фактору».

ЕЛІССЗ працює з даними про випадки захворювань та їх дослідження, агрегує дані з відповідними зразками та пов'язує лабораторні дані з випадками захворювань. Система збирає та поширює дані та звітує про події майже в режимі реального часу, як наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Базові модулі та компоненти електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ) [53, с. 236]

Основні модулі електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями (ЕЛІССЗ)	
Модуль розслідування випадків захворювань людини	Модуль спостереження за переносниками
Лабораторний модуль, модуль нагляду за спалахами	Адміністративний модуль
Модуль аналізу	Модуль візуалізації та звітності (АВЗ), який включає гео-інформаційну систему (ГІС)
Компоненти ЕЛІССЗ	
Перелік захворювань	Звіти
Форми розслідування випадків захворювань	Інше

Доступ через комп'ютери, Інтернет та мобільні пристрої здійснюється в захищеному режимі, що дозволяє об'єднати різні рівні та установи національної системи епіднагляду за хворобами.

Проте, незважаючи на відзначену недосконалість правового регулювання галузі, можна констатувати, що рівень правового регулювання ринку медичних послуг досягає належної організації та дозволяє надавати медичні послуги більш високої якості порівняно з попереднім періодом.

Висновки до розділу 2

1. При вивченні зарубіжного досвіду регулювання системи громадського здоров'я встановлено, що сьогодні у світі є значний досвід у сфері проектування та оптимізації моделей фінансування та організації охорони здоров'я. Провідні країни послідовно розширюють надання безоплатної медичної допомоги населенню, упорядковують джерела фінансування та методи розподілу коштів,

запроваджують нові методи управління системою охорони здоров'я, підвищуючи тим самим її ефективність.

Всі існуючі системи охорони здоров'я зводяться до трьох основних економічних моделей. Серед них платна медицина на ринкових принципах із приватним медичним страхуванням, державна медицина з бюджетною системою фінансування та система охорони здоров'я, що включає соціальне страхування та ринкове регулювання з багатоканальною системою фінансування. В основі кожної з розглянутих моделей організації охорони здоров'я лежить розуміння того, що являє собою медичний продукт, а ставлення до медичних послуг як до приватного, суспільного чи державного блага є вирішальним критерієм ролі держави в системі охорони здоров'я. І, у формуванні цін на ринку медичних послуг та визначенні рівня оплати праці медичного персоналу.

Незважаючи на те, що жодна з існуючих у світі моделей охорони здоров'я не має універсальності, аналіз параметрів зарубіжних моделей, а також визначення сильних і слабких сторін, узагальнення досвіду окремих країн, можна вважати значущим у реформуванні та оптимізації існуючої моделі охорони здоров'я України.

2. При дослідженні адміністративно-правового регулювання системи охорони здоров'я України встановлено, що правове регулювання системи охорони здоров'я в соціальній державі включає створення як нормативно-правової бази, так і правового механізму реалізації правових норм, що регулюють діяльність у цій сфері регулювання.

Нормативно-правова база сучасної системи охорони здоров'я України характеризується низкою недоліків, які необхідно усунути для досягнення якісного та ефективного розвитку галузі. Серед них виявлено:

– відсутність чітко регламентованих стандартів надання медичної допомоги, суперечливе тлумачення основної термінології медичної галузі. Найважливішою проблемою, яка виділяється, є проблема визначення поняття медичної послуги та медичної допомоги;

- наявність низького рівня захисту прав споживачів медичних послуг, часто лише декларативного характеру;
- відсутність механізму вирішення спорів між медичним персоналом і пацієнтом тощо.

Проте, незважаючи на відзначену недосконалість правового регулювання галузі, можна констатувати, що рівень правового регулювання ринку медичних послуг досягає належної організації та дозволяє надавати медичні послуги більш високої якості порівняно з попереднім періодом.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Формування державної політики у сфері охорони здоров'я населення в умовах воєнного стану

Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП-2005) передбачають, що країни повинні створити можливості для реагування на спалахи захворювань та інші хімічні або радіологічні події, пов'язані з громадським здоров'ям, а також здатність швидко реагувати на такі події [52; 53].

Команди екстреної допомоги у сфері громадського здоров'я – це багатопрофільні команди, навчені та обладнані для швидкого реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я в координації з ширшою системою реагування на надзвичайні ситуації. Використовуючи міждисциплінарний підхід, групи швидкого реагування можуть бути важливою частиною системи реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я країни та можуть бути включені до всіх етапів реагування на спалах та інші події у сфері охорони здоров'я [51; 53].

Хоча групи швидкого реагування або подібні підрозділи були залучені до діяльності з реагування на спалахи в минулому, не існує задокументованого систематичного та стандартизованого підходу до їх створення та управління, який максимізував би їхній оперативний потенціал у надзвичайних ситуаціях [54, 53]. Крім того, виклики груп швидкого реагування, пов'язані з багатопрофільним персоналом, веденням реєстру, навчанням і розробкою стандартних операційних процедур (СОП), призвели до значних затримок у реагуванні на спалах. Це підкреслює нагальну потребу в проактивному плануванні групами швидкого реагування, щоб забезпечити швидку та ефективну стратегію реагування на спалах та інші події у сфері охорони здоров'я [50].

Склад групи швидкого реагування має бути гнучким і здатним реагувати на мінливі потреби процесу реагування на спалах та інші події у сфері охорони здоров'я, і повинен включати як окремих членів групи швидкого реагування, так і всю групу. В ідеалі комплексний підхід використовується при формуванні групи швидкого реагування, члени якої мають такі характерні характеристики:

– *мобільність*: члени групи швидкого реагування є готовим до розгортання ресурсом, здатним виїхати на місце надзвичайної ситуації у сфері охорони здоров'я.

– *своєчасність*: члени групи швидкого реагування можуть своєчасно реагувати на конкретну надзвичайну ситуацію у сфері охорони здоров'я.

– *компетентність*: члени групи швидкого реагування мають відповідний досвід і різноманітні навички, необхідні для вирішення поширених надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я в їхній країні.

– *координація*: як компонент вдосконаленої стратегії реагування на надзвичайні ситуації, діяльність групи швидкого реагування узгоджується із загальними пріоритетами реагування на надзвичайні ситуації та координується з відповідними зацікавленими сторонами.

Оперативну діяльність групи швидкого реагування (ГШР) можна розділити на два етапи: неаварійний та аварійний (рис. 3.1). Циклічний характер цих процесів підкреслює необхідність надання постійної підтримки, необхідної для роботи групи швидкого реагування навіть у ненадзвичайних ситуаціях. Загалом, розробка стандартних операційних процедур (СОП) для обох етапів, укомплектування персоналом, ведення реєстру спеціалістів, оперативна готовність групи швидкого реагування, навчання та перепідготовка групи швидкого реагування відбувається на неаварійній фазі; тоді як активація групи швидкого реагування та процеси перед розгортанням, розгортанням і після розгортання відбуваються під час надзвичайної фази. Під час активної фази надзвичайної ситуації процеси, описані для цих двох фаз, можуть збігатися, особливо в країнах, де до початку надзвичайної ситуації не було функціонуючої групи реагування на надзвичайні ситуації.



Рис. 3.1. Оперативна діяльність групи швидкого реагування

Групи швидкого реагування мають бути включені до ширшої стратегії реагування на надзвичайні ситуації. Ключові елементи, які є основою для впровадження та підтримки групи швидкого реагування, можуть включати:

1) підрозділ координації надзвичайних ситуацій, тобто програму управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я з використанням системи управління інцидентами (IMS) або національно еквівалентної системи, а також

2) елементи функціонуючої системи громадського здоров'я (наприклад, система епіднагляду, мережа лабораторій тощо).

У випадках, коли ці фундаментальні процеси все ще розвиваються, формування групи швидкого реагування може успішно просуватися до тих пір, поки ці прогалини в стандартній операційній процедурі для групи швидкого реагування будуть виявлені та усунені. Рекомендується, щоб особа або група осіб, відповідальних за керівництво та координацію групи швидкого реагування, забезпечили її ефективне створення та підтримку протягом ненадзвичайного періоду, щоб група швидкого реагування була готова та працювала у випадку надзвичайна ситуація. Вимоги до персоналу для управління та роботи групи швидкого реагування залежать від розміру самої групи (тобто кількості членів), а також від того, чи розгорнута резервна система та потребує підтримки, а також від того, чи існував уже підрозділ координації надзвичайних ситуацій у країні.

Керівництво групою швидкого реагування має бути інтегровано в ширшу стратегію надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, і в ідеалі керівництво

групи швидкого реагування має бути частиною підрозділу координації надзвичайних ситуацій (тобто програми управління надзвичайними ситуаціями у сфері охорони здоров'я з використанням системи моніторингу інцидентів або аналогічна система для країни). У разі відсутності активного реагування на надзвичайну ситуацію керівництво групи швидкого реагування може відповідати на неаварійному етапі за планування, комплектування, формування реєстру спеціалістів, навчання та застосування отриманих знань з метою підготувати членів групи швидкого реагування до ефективного та оперативного реагування на інцидент.

Команда управління групою реагування на надзвичайні ситуації відповідає за управління залученими членами групи реагування на надзвичайні ситуації та координацію їх діяльності зі службами та службами екстреного реагування, відповідальними за ширше реагування на надзвичайні ситуації.

Під час реагування на надзвичайні ситуації керівництво групи швидкого реагування в ідеалі має перебувати в межах національного координаційного підрозділу з надзвичайних ситуацій, якщо це ще не так. Якщо в країні існує система управління інцидентами, групи реагування на надзвичайні ситуації часто розміщуються в оперативному відділі, підпорядковуючись цьому відділу в системі управління. Однак це може змінюватися залежно від розміру спалаху та існуючої структури реагування.

Основна роль керівництва групи реагування під час реагування полягає в наданні оперативної підтримки членам групи реагування, щоб вони могли зосередитися на застосуванні свого технічного досвіду на місцях. Під час реагування керівництво групи швидкого реагування самостійно або за участю ключових осіб, які приймають рішення, може відповідати за:

- визначення та відбір учасників для включення до групи швидкого реагування;
- забезпечувати та/або підтримувати групу швидкого реагування, включаючи матеріально-технічну підтримку, технічне керівництво та експертизу, обладнання та персонал;

- забезпечення виконання групою швидкого реагування встановлених процесів перед розгортанням, під час розгортання та після розгортання;
- сприяння процесу зв'язку між групами швидкого реагування та групою координації надзвичайних ситуацій;
- здійснювати контроль за діяльністю групи швидкого реагування, забезпечуючи скоординовані дії та дотримання пріоритетів реагування.

Щоб максимізувати ефективність окремого керівника або групи керівництва групи швидкого реагування в цілому, рекомендуються наступні характеристики керівництва групи швидкого реагування:

- достатні знання системи координації реагування на надзвичайні ситуації (наприклад, Національна система управління інцидентами або подібні національні системи);
- повноваження щодо прийняття ключових рішень щодо пріоритетів та діяльності групи швидкого реагування;
- повноваження щодо затвердження фінансування та закупівлі матеріалів та обладнання для членів групи швидкого реагування;
- повноваження приймати кадрові рішення, у тому числі накладати у разі необхідності дисциплінарні стягнення.

Екстрений етап розгортання групи швидкого реагування починається з попередження про можливий спалах і включає процеси до, під час і після реагування на спалах. Процеси перед розгортанням стосуються підготовчих заходів на етапі розгортання, які зазвичай відбуваються в центрі реагування на надзвичайні ситуації (наприклад, центр реагування на надзвичайні ситуації або аналогічний національний центр). Операційні процеси починаються, коли члени групи швидкого реагування прибувають на місце події, і закінчуються, коли група швидкого реагування демобілізується та повертається до штабу. Після повернення членів групи швидкого реагування післяопераційні процеси відбуваються в центрі невідкладної допомоги.

Активізація групи швидкого реагування. Перехід від ненадзвичайної фази до екстреної фази роботи групи швидкого реагування часто починається з

попередження про потенційну загрозу здоров'ю населення та прийняття рішення про активацію групи швидкого реагування. Активація групи швидкого реагування може потребувати ресурсів, тому критерії прийняття рішення для активації групи швидкого реагування в ідеалі повинні бути викладені в стандартній робочій процедурі для активації групи швидкого реагування до спалаху. Процес активації може включати такі аспекти:

- перевірка звіту;
- тригер аварійної ситуації;
- органи охорони здоров'я або юрисдикція;
- фінансування;
- рівень ризику.

Затримки у прийнятті рішення щодо застосування контрзаходів для конкретних захворювань можуть призвести до значного зараження чи передачі серед населення та швидко перевантажити місцеві можливості реагування. Тому головною метою процесів перед розгортанням є швидке навчання та оснащення членів групи швидкого реагування для безпечного та ефективного реагування на місці. Регулярне та ефективне спілкування має вирішальне значення для координації зусиль реагування. Прямий зв'язок між членами команди може сприяти скоординованій командній роботі на місці, а зв'язок із підрозділом координації надзвичайних ситуацій може забезпечити кращу загальну координацію зусиль реагування. Координація зусиль групи реагування включає, але не обмежується цим, визначення того, якою інформацією можна ділитися з іншими на місці, участь у координаційних зустрічах на місці та співпрацю з іншими партнерами з реагування.

Щоб забезпечити координацію, чіткі механізми звітування та очікування можуть сприяти ефективній комунікації всередині команди та з керівництвом групи швидкого реагування та підрозділу координації надзвичайних ситуацій. У протоколах звітності групи реагування має бути зазначено, хто з групи реагування надаватиме інформацію, які ключові інформаційні елементи будуть включені до звіту, коли та як звітувати. На додаток до дебрифінгу та

післяопераційного аналізу, моніторинг та оцінка операцій групи швидкого реагування має вирішальне значення для визначення успіху та виявлення проблем, які виникли під час реагування.

Діяльність, інструменти та результати моніторингу та оцінки можна використовувати для відстеження діяльності внутрішньої програми, а також впливу діяльності групи швидкого реагування на готовність до надзвичайних ситуацій, процес реагування та реагування на сам спалах. Крім того, звітування керівництву допомагає зрозуміти цінність потенціалу групи швидкого реагування, її вплив і економічну ефективність її подальшого фінансування чи підтримки. Крім того, результати моніторингу та оцінки, а також підведення підсумків і реагування після аналізу ефективності конкретної операції/діяльності повинні сприяти покращенню процесу планування та дій [53, с. 236-241].

Отже, за результатами дослідження можна зробити висновок про необхідність створення груп екстреної допомоги у сфері охорони здоров'я з метою вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Визначено характерні особливості груп швидкого розгортання, а також складові оперативної діяльності груп швидкого розгортання. Подальші напрями дослідження можуть включати основи організації та функціонування державної установи у сфері охорони здоров'я в умовах воєнного стану.

3.2. Напрямки реалізації державної політики щодо повоєнного відновлення системи охорони здоров'я населення в Україні

Збереження, охорона та зміцнення здоров'я громадян є одним із ключових пріоритетів держави, на реалізацію якого спрямована система охорони здоров'я. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну лягло критичним тягарем на національну систему охорони здоров'я, пов'язаним не лише зі значним руйнуванням закладів охорони здоров'я, а й із зростанням попиту громадян на різні види медичної допомоги та послуг, які не були пріоритет перед

війною. Гострота проблеми зумовлена також великим відтоком населення та медичного персоналу. Відбудова системи охорони здоров'я України відповідно до сучасних реалій сприяла б ефективному відновленню людського капіталу, що є, перш за все, основою відродження країни від наслідків війни. Звичайно, відновлення зруйнованої медичної інфраструктури не є самоціллю запропонованих нижче заходів. Зусилля щодо відновлення мають бути зосереджені насамперед на трансформації системи охорони здоров'я відповідно до потреб громадян та наявних державних ресурсів, щоб вона могла не лише надавати громадянам якісну та своєчасну медичну допомогу, а й бути готовою до реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я різними способами.

Очікувана тривалість життя (на основі досліджень 2020 року) становила 76 років для жінок і 66 років для чоловіків, що робить її однією з найнижчих у Європі. Витрати на охорону здоров'я в Україні зростали з кожним роком, але у відсотках від ВВП не наближалися до світових показників. Таким чином, загальні витрати на Програму медичних гарантій (МГП) у 2021 році склали 2,4% ВВП. При цьому зберігається висока частка оплати пацієнтів із власної кишені – 49% поточних витрат на охорону здоров'я [19].

Україна мала надлишок лікарень у госпітальному секторі, майже вдвічі більше лікарень, ніж у країнах Європейського регіону ВООЗ (42 лікарні на 1 млн населення). У той же час українські лікарні пропонували лікування нижчої інтенсивності: принаймні 20% усіх стаціонарних випадків можна було лікувати амбулаторно, а 57% стаціонарних ліжко-днів не можна було виправдати необхідністю 24-годинного перебування пацієнта в стаціонарі. Основною причиною передчасної смерті в Україні є неінфекційні захворювання (НІЗ) – на них припадає шість із десяти основних причин смерті, дев'ять із десяти основних причин передчасної смерті та 84% усіх щорічних смертей.

За останні роки було здійснено важливі реформи: з прийняттям у 2017 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» розпочато комплексну трансформацію системи. У квітні 2018 року

створено єдиного національного замовника медичних послуг – Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Паралельно розпочався процес автономізації закладів охорони здоров'я зі зміни принципів управління ними через перетворення муніципальних бюджетних установ у комунальні некомерційні корпорації, що заклало основу для підвищення прозорості та підзвітності, а отже, подолання корупції в медицині у вигляді прихованих платежів. Пацієнти та нераціональне використання інвестиційних та обігових коштів. Ще в липні 2018 року НСЗУ уклала перші договори з автономними надавачами ПМД на основі подушної ставки – законодавчо встановленого рівня винагороди за медичне обслуговування пацієнта. догляд. Людина має право вільно обирати лікаря. Державні та приватні постачальники медичних послуг отримали рівні можливості для надання послуг за Програмою гарантій здоров'я. З квітня 2019 року НСЗУ здійснює відшкодування вартості (реімбурсацію) лікарських засобів за електронним рецептом. Станом на 18 лютого 2022 року підлягають відшкодуванню 444 лікарські засоби (програма «Доступні ліки»).

Реформа спеціалізованої медичної допомоги розпочалася 1 квітня 2020 року: більшість державних видатків на охорону здоров'я було централізовано та об'єднано в програмі медичних гарантій – пакетах пільг, які визначають медичні послуги та ліки, за які оплачує НСЗУ. У закладах, які стали автономними та уклали контракти з НСЗУ, відбувся перехід від фінансування детальних кошторисів витрат закладу охорони здоров'я до оплати за результат (тобто фактичні випадки лікування чи розподіл населення). Тож гроші почали «йти за пацієнтом», а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я.

Пандемія COVID-19 виявила слабкі місця в системах охорони здоров'я та реагування на надзвичайні ситуації, а в деяких випадках – відсутність національних, регіональних і місцевих планів і процедур готовності до надзвичайних ситуацій. Центр громадського здоров'я був переданий у підпорядкування МОЗ України та став початком трансформації системи громадського здоров'я в країні. За останні чотири роки в Україні було реалізовано низку масштабних заходів із цифровізації сфери охорони здоров'я [19].

Велика війна, розв'язана Російською Федерацією, завдала значної шкоди системі охорони здоров'я України. Це пов'язано з руйнуванням медичної інфраструктури, неможливістю дотримання норм профілактики та лікування, дефіцитом медичного персоналу в окремих регіонах та порушенням матеріально-технічного зв'язку, що перешкоджає своєчасному та повному забезпеченню населення медичними препаратами.

У зв'язку з тим, що попит на медичні послуги в різних регіонах суттєво змінився через переміщення значної частини громадян всередині та за її межі, посилилася нерівність у ресурсному забезпеченні галузі охорони здоров'я. За даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року було підтверджено 473 атаки на заклади охорони здоров'я, в результаті яких загинуло щонайменше 98 людей і 134 отримали поранення. Пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 перебувають на тимчасово окупованих російськими військами територіях, зруйновано 123 об'єкти системи охорони здоров'я. Водночас на кінець 2021 року в Україні було близько 3 тис. медзакладів. Станом на початок жовтня 2022 року відновлено 85 закладів охорони здоров'я та ще 209 перебувають на реконструкції. Пріоритетом МОЗ є відновлення обслуговування населення, зокрема внутрішньо переміщених осіб (ВПО), та робочих місць для медичного персоналу. Для посилення спроможності системи охорони здоров'я продовжується створення мережі мобільних амбулаторій, хоча залишається значною потреба у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю внутрішньо переміщених осіб. Наразі майже третина (30%) ВПО стикається з проблемами доступу до медичної допомоги.

На думку МОЗ, проблема критичної нестачі лікарів не є актуальною для України, оскільки існує потенційна можливість залучення іноземних медиків, які бажають працювати в Україні. Така можливість надається відповідно до Закону України від 29 липня 2022 року № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги під час воєнного стану». Водночас такий крок слід розглядати виключно як допоміжний, оскільки державна політика має бути спрямована не лише на

ресурсне забезпечення галузі, а насамперед на стабілізацію галузевого ринку праці в сенсі всебічної підтримки працевлаштування внутрішньо переміщених осіб, особливо медичного персоналу. Крім того, передбачається, що іноземні спеціалісти надають медичні послуги лише на тимчасовій основі, що змусить найближчим часом повернутися до вирішення кадрового питання охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 року можливістю працевлаштуватися в іншому медзакладі скористалися 4050 внутрішньо переміщених медиків. Найбільше їх зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також МОЗ запустило портал пошуку роботи для медичного персоналу. Проте вакантними посадами там є переважно лікарі. Найбільше вакансій у Києві та Київській області, Центральній Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій та Донецькій областях. Водночас надходять повідомлення про труднощі з працевлаштуванням медперсоналу зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Це змушує їх або влаштуватися на іншу, менш кваліфіковану роботу, або залишити Україну, що погіршує кадровий потенціал галузі.

Погіршує ситуацію те, що поточної інформації про точну чисельність наявного медичного персоналу немає [56; 55], оскільки в умовах воєнного часу такий облік не ведеться централізовано та систематично. Важливість людських ресурсів також підкреслює ВООЗ, яка вже рекомендує створити кадрову політику з метою повернення медичного персоналу, а також розробити цифровий реєстр медичного персоналу [57; 55].

Враховуючи зростання попиту на медичні послуги, необхідно підвищити мотивацію медперсоналу. Зокрема це стосується створення конкурентоспроможної заробітної плати, середній рівень якої у лікарів зріс на 30%, а у молодшого та середнього медичного персоналу – лише на 16%. Водночас рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 року зріс на 21,8%, що суттєво нівелює вплив такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медичного персоналу. Проблема є особливо актуальною, оскільки проблема нестачі медичної молоді є

системною майже в усі роки незалежності України, а під час війни система охорони здоров'я зазнає все більшого навантаження.

Вирішення кадрового питання має бути спрямоване не лише на збереження наявного потенціалу, а й на підготовку медичних кадрів за програмами для потреб воєнного та післявоєнного періоду, особливо у сферах реабілітації здоров'я та надання психічної допомоги. здоров'я.

Військові дії безпосередньо вплинули на забезпеченість ліками. З початку 2022 року ДП «Медичні закупівлі України» закупило ліків та обладнання на суму 53% від потреби. З міркувань безпеки централізовані медичні закупівлі у 2022 році здійснюватимуться поза системою Prozorro відповідно до постанови Кабміну від 28 лютого 2022 року № 169 (зі змінами) «Деякі питання оборонних та державних закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану». закон".

Через регулярні ускладнення руху вантажів у пунктах пропуску низка фармацевтичних компаній відчуває затримки при перетині кордонів. Крім того, транспортування окремих лікарських засобів, сировини для їх виробництва та виробів медичного призначення вимагає дотримання температурних режимів. Для вирішення цієї проблеми необхідно спростити перетин лікарських засобів, зокрема шляхом надання права на пріоритетний перетин кордону.

У проекті держбюджету на 2023 рік на закупівлю ліків закладено приблизно стільки ж коштів, скільки і на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина ліків в Україні імпортні) та загострення хронічних захворювань, а також появу нових захворювань у населення, це коли вам потрібно лікуватися, в системі охорони здоров'я виникне дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Частково проблему доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто зазначити, що в деяких громадах програма «Доступні ліки» досі не працює. Насамперед, йдеться про звільнені райони Київщини, Сумщини, Чернігівщини та Житомирщини [58; 55].

Міжнародна підтримка охорони здоров'я України триває. За даними Єврокомісії, вже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських

пацієнтів до країн ЄС [59; 55], а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи охорони здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. виділені Сполученими Штатами. З початку загальної війни на потреби системи охорони здоров'я України було спрямовано понад 4 мільярди гривень. Водночас, за підрахунками МОЗ, для відновлення системи охорони здоров'я Україні знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [60; 55].

Лікування психічних травм серед українців стає все більш актуальним. За словами міністра охорони здоров'я, щонайменше 15 мільйонів людей потребуватимуть психологічної допомоги після закінчення війни [61; 55]. Хоча держава наголошує на важливості реабілітації, особливо психологічної, її доступність наразі низька. МОЗ надає інформацію про успішність окремих реабілітаційних програм Міноборони та Мінветеранів, тоді як національна політика реабілітації ще не розроблена.

Успішному вирішенню викликів війни сприяє відносна автономність закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до прийняття управлінських рішень місцевими громадами з урахуванням специфіки місцевої ситуації. Наразі відбувається поступове покращення функціональності системи охорони здоров'я в умовах воєнних ризиків, що зумовлено повноцінним забезпеченням медичними послугами окремих регіонів України та відновленням медичної інфраструктури.

Наступними кроками для належного функціонування системи охорони здоров'я буде визначення поточних і прогнозованих потреб у послугах охорони здоров'я та відповідний перерозподіл ресурсів. Тому актуальними залишаються проблеми низького рівня вакцинації проти низки інфекційних захворювань, зокрема кору, поліомієліту [62; 55], а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні захворювання, зокрема COVID-19. Водночас зростає потреба в організації медичних послуг для лікування поранень внаслідок бойових дій.

Важливим аспектом оздоровлення є правильний облік ресурсів для отримання об'єктивної картини стану системи охорони здоров'я. Йдеться, зокрема, про налагодження цифровізації даних та медичної статистики.

Державна політика вимагає перегляду функціонування медичних реєстрів та розробки моделі їх взаємної інтеграції. Проте не зрозуміло, скільки часу займе розробка такої моделі та її практична реалізація, оскільки функціональність реєстрів наразі обмежена (або не працює взагалі). Крім того, існує ризик втрати частини даних, якщо вони не сумісні із зазначеною моделлю, що впливає на якість і швидкість прийняття управлінських рішень.

Згуртованість громадянського суспільства та волонтерська робота можуть бути ефективним інструментом для забезпечення ресурсами системи охорони здоров'я. Водночас існує недостатня координація цього ресурсу через відсутність достовірної інформації про потреби системи охорони здоров'я, що ускладнює спрямування допомоги в регіони, де вона найбільше потрібна. Зокрема, це пов'язано з тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги.

Необхідно переглянути тарифи на надання послуг системи охорони здоров'я. Згідно з бюджетною пропозицією, тариф на пакет «Оздоровчий» з 1 січня 2023 року має бути в 2,5 рази нижчим за діючий тариф, але зменшення його вартісних складових не передбачається.

Актуальним залишається пошук альтернативних джерел отримання фінансових ресурсів та моделей розвитку приватного підприємництва в медицині після закінчення війни, особливо на неокупованих територіях.

Головним завданням реалізації плану відновлення сфери охорони здоров'я є відновлення та розвиток системи охорони здоров'я з новою якістю та доступністю послуг для задоволення потреб громадян. Для досягнення цієї мети План відновлення охорони здоров'я передбачає наступне [19]:

- 1) Зміцнення політики та інституцій національної системи охорони здоров'я для управління процесом одужання, що передбачає впровадження універсальних підходів та інструментів управління, які забезпечують професійну автономію, стабільність та спроможність національних інституцій у сфері охорони здоров'я; Створення ефективної системи міжгалузевої взаємодії для забезпечення загальнонаціонального підходу до вирішення проблем охорони

здоров'я на основі затверджених методичних рекомендацій на основі фактичних даних; Створити систему ефективного управління закладами охорони здоров'я, яка забезпечує громадську підзвітність і нагляд.

2) Забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування галузі охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

3) Відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я, що здійснюється відповідно до підходів госпітального планування та спрямована на забезпечення надання базових медичних послуг шляхом розширення первинної медичної допомоги, впровадження моделі роботи мультидисциплінарних команд на рівні первинної медико-санітарної допомоги, виконання багаторічних договорів між Національною службою здоров'я України та закладами охорони здоров'я;

4) Посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей, спричинених війною (включно з внутрішньо переміщеними особами, ветеранами війни), що включає розширення реабілітаційної допомоги, розвиток служб психічного здоров'я людей та громад тощо, травматологічних, ортопедичних, опікових та реанімаційних послуг, удосконалення пакетів програм медичних гарантій для задоволення потреб ветеранів війни та постраждалих від військових дій;

5) Зміцнення та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом реалізації заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я в сучасний міжнародний контекст; планування та укомплектування персоналом системи охорони здоров'я з точки зору обсягу та структури відповідно до потреб системи; створення умов, що забезпечують професійне благополуччя медичних працівників.

6) Зміцнення системи громадського здоров'я та підготовка до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я, що включає забезпечення функціонування ефективної системи громадського здоров'я з метою збереження

та зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням та визначення викликів здоров'ю в своєчасне реагування на них та створення координаційного механізму в системі громадського здоров'я; Забезпечення функціонування національної системи крові для забезпечення державою рівноправного та своєчасного доступу пацієнтів до безпечних та якісних компонентів донорської крові в достатній кількості.

7) Розвивати eHealth та зміцнювати кібербезпеку шляхом формування єдиного медичного інформаційного простору з національною та транскордонною сумісністю та наскрізними процесами та послугами; Забезпечення інфраструктурних та технічних умов для надання якісних медичних послуг з використанням інформаційно-комунікаційних систем усіх рівнів; створення зручних і прозорих механізмів доступу користувачів до повних даних про стан здоров'я та управління цією інформацією.

8) Посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях, що включає розробку та впровадження елементів системи якості медичної допомоги на національному рівні та рівні закладу охорони здоров'я.

9) Відновлення фармацевтичного сектору, покращення доступу та належного використання лікарських засобів шляхом гармонізації державної політики щодо доступу до лікарських засобів та медичних виробів; створення незалежного агентства з оцінки медичних технологій як єдиного експертного органу, що забезпечує обґрунтованість та доказову базу відбору та оцінки ефективності лікарських засобів і виробів медичного призначення; сприяння розвитку фармацевтичної галузі з акцентом на заохочення інвестицій у науково-дослідні розробки, локалізацію та інші методи освоєння новітніх технологій виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення, сприяння проведенню клінічних досліджень в Україні та посилення контролю за не порушення прав інтелектуальної власності, повне впровадження принципу Болара в національне законодавство (можливість реєстрації генеричних препаратів до закінчення терміну дії патенту на оригінальний препарат) та інші сучасні інструменти зміцнення галузі; забезпечення доступу населення до якісних,

ефективних та безпечних лікарських засобів шляхом встановлення в Україні жорсткої системи регулювання, належним чином визнаної на міжнародному рівні.

У жовтні 2022 року презентували пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я на 2023-2025 роки [63]. Їх було до 17, що свідчить про те, що ще зарано говорити, на яких саме кроках чи напрямках уряд планує зосередити свою увагу та ресурси у найближчі воєнні та післявоєнні роки.

У січні 2023 року уряд створив Проектний офіс відновлення охорони здоров'я для підтримки впровадження реформ, заходів з відновлення війни та розвитку інфраструктури охорони здоров'я в Україні [64]. Ймовірно, він сформулює порядок денний відновлення системи на найближчі роки.

Висновки до розділу 3

1. Необхідно створити бригади екстреної медичної допомоги для покращення державної політики охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Рекомендується, щоб особа або група осіб, відповідальних за керівництво та координацію групи швидкого реагування, забезпечили її ефективне створення та підтримку протягом ненадзвичайного періоду, щоб група швидкого реагування була готова та працювала у випадку надзвичайна ситуація. Вимоги до персоналу для управління та роботи групи швидкого реагування залежать від розміру самої групи (тобто кількості членів), а також від того, чи розгорнута резервна система та потребує підтримки, а також від того, чи існував уже підрозділ координації надзвичайних ситуацій у країні.

2. Розглянуто напрями реалізації державної політики щодо відновлення системи охорони здоров'я України після війни:

– зміцнення політики та інституцій національної системи охорони здоров'я для керівництва процесом одужання;

– забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування галузі охорони здоров'я,

розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

– відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я відповідно до підходів до лікарняного планування з метою забезпечення надання основних медичних послуг шляхом розширення первинної медико-санітарної допомоги;

– посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей, викликаних війною;

– зміцнення та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом реалізації заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я в сучасний міжнародний контекст;

– зміцнення системи громадського здоров'я та підготовка до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;

– розвиток електронної охорони здоров'я та зміцнення кібербезпеки;

– посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях;

– пожвавлення фармацевтичного сектору, покращення доступу та належного використання ліків шляхом узгодження державної політики щодо доступу до ліків та медичних пристроїв.

У Міністерстві охорони здоров'я представили пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я на період 2023-2025 років. Їх було до 17, що свідчить про те, що ще зарано говорити, на яких саме кроках чи напрямках уряд планує зосередити свою увагу та ресурси у найближчі воєнні та післявоєнні роки.

ВИСНОВКИ

У результаті проведених досліджень було зроблено наступні висновки:

1. Охорона здоров'я населення є одним із важливих завдань державної політики, що включає забезпечення державного регулювання у цій сфері відносин. Державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс загальнодержавних рішень чи зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її державного процвітання шляхом реалізації низки політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових і медичних заходів, спрямованих на збереження генофонду української нації та її гуманітарного потенціалу та врахування потреб нинішніх і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому. При цьому, державне регулювання системи охорони здоров'я населення виступає як один з інструментів державної політики.

2. Обсяг і вибір заходів державного регулювання в охороні здоров'я безпосередньо залежать від організаційно-правової форми діяльності суб'єктів ринкових відносин. Щодо державних інституцій є можливість застосовувати більш жорсткі заходи регулювання, продиктовані інтересами держави. Використовуються адміністративно-правові, економічні та соціально-психологічні методи.

3. При вивченні зарубіжного досвіду регулювання системи громадського здоров'я встановлено, що сьогодні у світі є значний досвід у сфері проектування та оптимізації моделей фінансування та організації охорони здоров'я. Провідні країни послідовно розширюють надання безоплатної медичної допомоги населенню, упорядковують джерела фінансування та методи розподілу коштів, запроваджують нові методи управління системою охорони здоров'я, підвищуючи тим самим її ефективність.

4. Всі існуючі системи охорони здоров'я зводяться до трьох основних економічних моделей. Серед них платна медицина на ринкових принципах із

приватним медичним страхуванням, державна медицина з бюджетною системою фінансування та система охорони здоров'я, що включає соціальне страхування та ринкове регулювання з багатоканальною системою фінансування. В основі кожної з розглянутих моделей організації охорони здоров'я лежить розуміння того, що являє собою медичний продукт, а ставлення до медичних послуг як до приватного, суспільного чи державного блага є вирішальним критерієм ролі держави в системі охорони здоров'я. І, у формуванні цін на ринку медичних послуг та визначенні рівня оплати праці медичного персоналу.

5. При дослідженні адміністративно-правового регулювання системи охорони здоров'я України встановлено, що правове регулювання системи охорони здоров'я в соціальній державі включає створення як нормативно-правової бази, так і правового механізму реалізації правових норм, що регулюють діяльність у цій сфері регулювання. Незважаючи на відзначену недосконалість правового регулювання галузі, можна констатувати, що рівень правового регулювання ринку медичних послуг досягає належної організації та дозволяє надавати медичні послуги більш високої якості порівняно з попереднім періодом.

6. Необхідно створити бригади екстреної медичної допомоги для покращення державної політики охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Рекомендується, щоб особа або група осіб, відповідальних за керівництво та координацію групи швидкого реагування, забезпечили її ефективне створення та підтримку протягом ненадзвичайного періоду, щоб група швидкого реагування була готова та працювала у випадку надзвичайної ситуації. Вимоги до персоналу для управління та роботи групи швидкого реагування залежать від розміру самої групи (тобто кількості членів), а також від того, чи розгорнута резервна система та потребує підтримки, а також від того, чи існував уже підрозділ координації надзвичайних ситуацій у країні.

7. Розглянуто напрями реалізації державної політики щодо відновлення системи охорони здоров'я України після війни:

– зміцнення політики та інституцій національної системи охорони

здоров'я для керівництва процесом одужання;

- забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я шляхом запровадження гнучких методів фінансування галузі охорони здоров'я, розширення програми медичних гарантій, розвитку ринку добровільного медичного страхування;

- відновлення та трансформація мережі закладів охорони здоров'я відповідно до підходів до лікарняного планування з метою забезпечення надання основних медичних послуг шляхом розширення первинної медико-санітарної допомоги;

- посилення медичних послуг для задоволення особливих потреб людей, викликаних війною;

- зміцнення та зміцнення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом реалізації заходів щодо інтеграції освіти та наукової діяльності у сфері охорони здоров'я в сучасний міжнародний контекст;

- зміцнення системи громадського здоров'я та підготовка до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я;

- розвиток електронної охорони здоров'я та зміцнення кібербезпеки;

- посилення системи управління якістю на національному та місцевому рівнях;

- пожвавлення фармацевтичного сектору, покращення доступу та належного використання ліків шляхом узгодження державної політики щодо доступу до ліків та медичних пристроїв.

У Міністерстві охорони здоров'я представили пріоритетні напрямки розвитку охорони здоров'я на період 2023-2025 років. Їх було до 17, що свідчить про те, що ще зарано говорити, на яких саме кроках чи напрямках уряд планує зосередити свою увагу та ресурси у найближчі воєнні та післявоєнні роки.