

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЯРЕМЧУК ОКСАНА ВАСИЛІВНА

УДК 351.074:614.02

ДИСЕРТАЦІЯ

**УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ
МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ**

Спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело
_____ Яремчук О. В.

Науковий керівник – Покатаєв Павло Сергійович, доктор наук з державного управління, професор

Запоріжжя – 2020

АНОТАЦІЯ

Яремчук О. В. Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління. – Класичний приватний університет, Запоріжжя; Класичний приватний університет, Запоріжжя, 2020.

Дисертація присвячена вдосконаленню державного управління у сфері охорони здоров'я. Здійснено аналіз вивчення проблематики теми дослідження в науковій літературі. На основі аналізу спрямованості досліджень у сферах державного управління й організації охорони здоров'я з'ясовано, що наукові пошуки щодо державного управління первинною медико-санітарною допомогою відбуваються на стику декількох наук. Виходячи з предмета дослідження – механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, це наука державного управління (25.00.02 – механізми державного управління) і медичні науки (14.02.03 – соціальна медицина).

У першому розділі – «Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я» – на основі комплексного аналізу наукових здобутків українських і зарубіжних фахівців висвітлено ступінь наукової розробки теми; розглянуто розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах; досліджено формування та розвиток державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні.

У другому розділі – «Сучасний стан державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» – проаналізовано організацію надання первинної медико-санітарної допомоги й послуг в Україні; здійснено аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного управління первинною

медико-санітарною допомогою; охарактеризовано організаційно-економічний механізм державного управління у національній системі охорони здоров'я.

У третьому розділі – «Шляхи вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» – запропоновано напрями вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою; розроблено шляхи модернізації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування системи охорони здоров'я України; розроблено Концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості.

Дисертаційна робота має наукову новизну, яка полягає в комплексному дослідженні теоретичних засад формування та особливостей дії механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, що дало змогу сформулювати конкретні пропозиції, спрямовані на їх удосконалення. Зокрема, розроблено й обґрунтовано заходи з удосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я України, що дасть змогу доповнити фінансове забезпечення надання окремих видів медичної допомоги й послуг, які не підпадають під дію Програми державних гарантій. Запропоновано концептуальні підходи до вдосконалення організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою шляхом обґрунтування потреби й розробки Концепції створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів для надання первинної медико-санітарної допомоги населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості.

Обґрунтовано теоретичний підхід до формування законодавчого поля у сфері охорони здоров'я шляхом систематизації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною

допомогою за такими напрямками: організаційним (про первинну медико-санітарну допомогу; про заклад охорони здоров'я; про лікарське самоврядування й громадські організації у сфері охорони здоров'я); правовим (про захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентуванням на процеси, що відбуваються під час реформування системи, і такі, що пов'язані з пандемією COVID-19); фінансовим (про приватну діяльність у сфері охорони здоров'я); соціальним (про профілактичну й валеологічну спрямованість державної політики у сфері охорони здоров'я).

У роботі представлено теоретичний підхід до формування політики держави у сфері охорони здоров'я шляхом обґрунтування потреби, розробки й упровадження державної цільової програми просвітницької діяльності щодо пропагування здорового способу життя та профілактики захворювань.

Запропоновано заходи з удосконалення економічного механізму державного управління системою охорони здоров'я шляхом запровадження прямого бюджетного фінансування розширеного переліку державних цільових програм у сфері охорони здоров'я з одночасним спрощенням механізму розгляду й затвердження цих програм в умовах реформування національної системи охорони здоров'я та загальносвітової пандемії COVID-19.

Також запропоновано для впровадження в діяльність органів публічної влади такі рекомендації щодо покращення державного управління первинною медико-санітарною допомогою: систематизація чинного нормативно-правового поля надання первинної медико-санітарної допомоги; узгодження Концепції створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів із чинним законодавством у сфері охорони здоров'я; затвердження державної програми просвітницької діяльності щодо пропагування здорового способу життя й профілактики захворювань.

Ключові слова: державне управління, механізми державного управління, первинна медико-санітарна допомога, програма, система охорони здоров'я, сімейний лікар.

SUMMARY

Yaremchuk O. V. Improving public administration of primary health care in Ukraine. – Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Thesis for a Candidate Degree in Public Administration, specialty 25.00.02 – Mechanisms of Public Administration. – Classic Private University, Zaporizhzhia, Classic Private University, Zaporizhzhia, 2020.

The dissertation is devoted to the improvement of public administration in the field of health care. An analysis of the study of the research topic in the scientific literature. Based on the analysis of the direction of scientific research in the fields of public administration and health care organization, it is found that scientific research in the field of public administration of primary health care is conducted at the junction of several sciences. Based on the subject of research – the mechanisms of public administration of primary health care in Ukraine – is the science of public administration (25.00.02 – mechanisms of public administration) and medical sciences (14.02.03 – social medicine).

In the first section – «Theoretical principles of public administration in the field of health care» – on the basis of a comprehensive analysis of scientific achievements of domestic experts, publications of domestic and foreign authors highlights the degree of scientific development of the topic; the development of public administration of the health care system in foreign countries is considered; the formation and development of state management of primary health care in Ukraine is studied.

The second section – «The current state of public administration of primary health care in Ukraine» – analyzes the organization of primary health care and services in Ukraine; the analysis of normative-legal maintenance of the process of state management of primary health care is carried out; the organizational and economic mechanism of public administration in the national health care system is characterized.

In the third section – «Ways to improve the mechanisms of public administration of primary health care in Ukraine» – proposed areas for improving the mechanisms of public administration of primary health care; developed ways to modernize the regulatory and legal support of public administration of primary health care in terms of reforming the health care system of Ukraine; The Concept of creation of local territorial associations of family doctors for rendering primary medical care to the population of a certain united territorial community located in a countryside is developed.

The dissertation is characterized by the presence of scientific novelty, which is a comprehensive study of the theoretical foundations of the formation and features of the mechanisms of public administration of primary health care in Ukraine, which allowed to formulate specific proposals to improve them.

In particular, the author in the dissertation developed and substantiated measures to improve the mechanisms of public administration of primary health care based on the application of program-targeted approach in the field of health of Ukraine, which will complement the financial support of certain types of medical care and services. are not covered by the State Guarantee Program.

The dissertation proposes conceptual approaches to improving the organizational mechanism of state management of primary health care by substantiating the need and developing the Concept of creating local territorial associations of family doctors to provide primary health care to the population of a certain united territorial community located in the area.

The author of the dissertation also substantiates the theoretical approach to the formation of the legislative field in the field of health care by systematizing the legal support of public administration of primary health care in the following areas: organizational (on primary health care; on health care; on medical self-government and public organizations in the field of health care); legal (on the protection of the rights of health workers and patients with an emphasis on the processes occurring during the reform of the system and those related to the COVID-19 pandemic));

financial (about private activity in the field of health care); social (on preventive and valeological orientation of the state policy in the field of health care).

The paper presents a theoretical approach to the formation of state policy in the field of health care by justifying the need, development and implementation of a state target program of educational activities to promote a healthy lifestyle and disease prevention.

The author proposes measures to improve the economic mechanism of public administration of the health care system by introducing direct budget funding for an expanded list of state targeted programs in the field of health care while simplifying the mechanism of consideration and approval of these programs. pandemic COVID-19.

The dissertation also suggested the following recommendations for the implementation of public administration of primary health care for the implementation of public administration, namely the systematization of the current regulatory framework for the provision of primary health care.

Key words: family doctor, health care system, mechanisms of public administration, primary health care, program, public administration.

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

***Публікації, що висвітлюють
основні наукові результати дисертації***

Статті в наукових фахових виданнях України

1. Яремчук О. В., Берлінець І. А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13. *Особистий внесок здобувачки: визначено нові чинники впливу на процес державного управління системою охорони здоров'я в процесі її реформування.*

2. Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.99.

3. Яремчук О. В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 130–134. DOI: 10.32702/2306-6814.2018.24.130.

4. Яремчук О. В. Напрями сучасної політики у сфері охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7. № 8. С. 30–36. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/issue/view/49>.

5. Яремчук О. В. Модернізація правового механізму державного управління надання медичних послуг в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*: електронне наукове видання. 2020. № 3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2020-3-5693>.

***Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації
та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації***

Статті в інших виданнях

6. Яремчук О. В. Проблеми фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я. *Вісник проблем біології і медицини*.

2019. Вип. 2. Т. 2 (151). URL: [https://vpbm.com.ua/ua/vipusk-2-tom-2-\(151\),-2019/12713](https://vpbm.com.ua/ua/vipusk-2-tom-2-(151),-2019/12713).

Матеріали конференцій

7. Яремчук О. В. Зарубіжні практики державного регулювання національних систем охорони здоров'я: проблеми класифікації. *Права людини та проблеми організації і функціонування публічної адміністрації в умовах становлення громадянського суспільства в Україні* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 26–27 квітня 2019 р.). Запоріжжя : Запорізька міська громадська організація «Істина», 2019. С. 101–103.

8. Яремчук О. В. Напрями удосконалення нормативно-правового забезпечення державного управління наданням медичних послуг в Україні. *Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 31 січня – 1 лютого 2020 р.). Дніпро : ГО «Правовий світ», 2020. С. 110–114.

9. Яремчук О. В. Шляхи модернізації державної політики у сфері державного управління якістю надання медичних послуг в Україні. *Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні* : матеріали Міжнар. науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 21–22 лютого 2020 р.). Запоріжжя : Запорізька міська громадська організація «Істина», 2020. С. 90–93.

ЗМІСТ

ВСТУП	12
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	19
1.1. Наукові розробки у сфері державного управління охороною здоров'я	19
1.2. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах	56
1.3. Генезис розвитку державного управління первинною медико- санітарною допомогою в Україні	75
Висновки до першого розділу	83
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ	85
2.1. Організаційний механізм державного управління первинною медико- санітарною допомогою в Україні	85
2.2. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні	98
2.3. Характеристика організаційно-економічного механізму державного управління у національній системі охорони здоров'я	117
Висновки до другого розділу	123
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ	127
3.1. Сучасні напрями вдосконалення національної політики держави щодо забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги	127
3.2. Модернізація організаційно-правового механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування системи охорони здоров'я України	133
3.3. Розробка Концепції створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів	113

	11
Висновки до третього розділу	163
ВИСНОВКИ	167
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	171
ДОДАТКИ	201

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Найголовнішим завданням держави є збереження життя та здоров'я людини. Функціонування органів управління й закладів охорони здоров'я перебуває в тісному взаємозв'язку з діяльністю практично всіх інших сфер життєдіяльності суспільства держави.

В Україні спостерігається високий рівень незадоволеності українського суспільства станом національної системи охорони здоров'я, якістю надання медичної допомоги й медичних послуг, якістю фармацевтичних препаратів та їх ціною недоступністю. Водночас мотиваційна складова роботи медичних працівників (фінансова, моральна) не відповідає рівню сучасних вимог до забезпечення життя та роботи кваліфікаційного працівника. Це зумовило потребу впровадження змін у систему державного управління охороною здоров'я. Розпочатий процес реформування цієї сфери зумовив появу додаткових негативних чинників впливу на систему охорони здоров'я загалом і на підсистему первинної медико-санітарної допомоги зокрема.

Основою будь-якої моделі побудови національної системи охорони здоров'я є система первинної медико-санітарної допомоги. Цей вид допомоги найбільше впливає на забезпечення громадського здоров'я. Вона ж і визначає рівень задоволеності населення отриманою медичною допомогою і/або послугами.

Ефективне функціонування системи первинної медико-санітарної допомоги можливе за умов значного інфраструктурного, матеріально-технічного й кадрового забезпечення. Такі завдання належать до складних державних, а не лише галузевих, проблем. За умови своєчасності та якості надання первинної медико-санітарної допомоги зменшується тривалість перебування пацієнтів у стаціонарних відділеннях закладів охорони здоров'я, тим самим знижуються витрати їх бюджету. Це дає змогу оптимізувати фінансові сторони діяльності такого закладу та знизити навантаження на лікарів.

Загальні питання державного управління сферою охорони здоров'я були предметом наукових досліджень таких українських учених: Н. В. Авраменко, Я. П. Базилевича, В. Д. Бакуменка, М. М. Білинської, Ю. В. Вороненка, З. С. Гладуна, Р. Ю. Грицка, Д. М. Джафарової, Є. Х. Заремби, В. В. Загороднього, Д. В. Карамішева, Б. Б. Лемішка, В. М. Лехан, Л. Ф. Матюхи, В. Ф. Москаленка, З. О. Надюка, В. В. Руденя, О. І. Сердюка, І. М. Солоненка, М. К. Хобзея, І. І. Хожило, О. І. Черниш, Н. П. Ярош та ін.

Однак, враховуючи складність та багатоаспектність проблеми, не применшуючи вагомості й значущості внеску вказаних учених, варто зауважити, що в сучасних працях з державного управління системою охорони здоров'я недостатньо висвітлено теоретичні та практичні аспекти державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, зокрема функціонування механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування національної системи охорони здоров'я. Науково-практичне завдання застосування та вдосконалення механізмів державного управління в процесі її реформування ще не стало предметом окремого комплексного дослідження. Актуальність окресленої проблематики, особливо в умовах пандемії COVID-19, зумовлює потребу в окремому науковому дослідженні, що й визначило вибір цієї теми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана в межах наукових робіт Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645). Внесок здобувача полягає в розробці й обґрунтуванні заходів з удосконалення механізмів державного управління наданням первинної медико-санітарної допомоги на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я України.

Мета й завдання дослідження. *Метою дослідження є науково-теоретичне обґрунтування механізмів і розробка практичних рекомендацій щодо вдосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні.*

Відповідно до цієї мети поставлено такі *завдання*:

- здійснити аналіз стану вивчення проблематики теми дослідження в науковій літературі;
- узагальнити зарубіжний досвід організації надання первинної медико-санітарної допомоги та ролі держави в забезпеченні цього процесу;
- дослідити стан нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою;
- охарактеризувати сучасний стан та особливості державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні;
- розробити концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів в Україні;
- обґрунтувати практичні рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні.

Об'єкт дослідження – процес державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні.

Предмет дослідження – механізми державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні.

Методи дослідження. Для забезпечення достовірності результатів дослідження, виконання його завдань і досягнення мети використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, підходів, зокрема: *абстрактно-логічний* – для аналізу літературних джерел, їх систематизації, виокремлення сутності та особливостей державного управління у сфері охорони здоров'я; *декомпозиції* – для розкриття мети дослідження та постановки завдань; *ретроспективного аналізу* – для вивчення явищ у процесі їх генезису, що відбувається під впливом різних взаємопов'язаних впливів дійсності; *системний підхід* – для вивчення методологічних засобів, процедур, прийомів, механізмів, спрямованих на вивчення

складних соціальних процесів; *функціональний* – для визначення компетенції органів публічної влади у сфері охорони здоров'я в Україні; *аналізу і синтезу* – для розробки Концепції створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів; *медико-статистичний* – для характеристики системи охорони здоров'я України; *структурно-функціональний* – для характеристики структури фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні; *наукової абстракції, експертних оцінок та описового моделювання й узагальнення* – для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо обґрунтування шляхів модернізації організаційно-правового механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування системи охорони здоров'я України і пандемії COVID-19 та визначення напрямів державної політики України в цій сфері.

Інформаційною базою дослідження слугували закони та підзаконні акти органів державної влади України, Європейського Союзу, матеріали міжнародних організацій (ООН, ВООЗ тощо), наукові та науково-публіцистичні матеріали з проблематики дисертації тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в комплексному дослідженні теоретичних засад формування та особливостей дії механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, що дало змогу сформулювати конкретні пропозиції, спрямовані на їх вдосконалення, а саме:

вперше:

– розроблено й обґрунтовано заходи щодо вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я України, що дасть змогу доповнити фінансове забезпечення надання окремих видів медичної допомоги та послуг, які не підпадають під дію Програми державних гарантій;

удосконалено:

– концептуальні підходи до модернізації організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою шляхом обґрунтування потреби у створенні локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів для надання первинної медико-санітарною допомоги населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості, та розробки відповідної Концепції;

– фінансово-економічний механізм державного управління системою охорони здоров'я шляхом запровадження прямого бюджетного фінансування розширеного переліку державних цільових програм у сфері охорони здоров'я з одночасним спрощенням механізму розгляду й затвердження цих програм в умовах реформування національної системи охорони здоров'я та загальносвітової пандемії COVID-19;

– теоретичний підхід до формування законодавчого поля у сфері охорони здоров'я шляхом систематизації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою за такими напрямками: організаційним (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я; лікарське самоврядування і громадські організації у сфері охорони здоров'я); правовим (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи, і таких, що пов'язані з пандемією COVID-19); фінансовим (приватна діяльність у сфері охорони здоров'я); соціальним (профілактична й валеологічна спрямованість державної політики у сфері охорони здоров'я) тощо;

– теоретико-методичний підхід до вдосконалення організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою шляхом покращення дієвості його кадрової компоненти як результату застосування комплексу заходів, спрямованих на розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я й органів управління нею;

набули подальшого розвитку:

– теоретичний підхід до формування політики держави у сфері охорони здоров'я шляхом обґрунтування потреби, розробки та впровадження державної цільової програми просвітницької діяльності щодо пропагування здорового способу життя й профілактики захворювань.

Практичне значення одержаних результатів. Основним результатом дослідження є розробка концептуальних засад удосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні. Запропоновані наукові положення, висновки й рекомендації можуть бути використані в діяльності:

– Президента України, Верховної Ради України й Кабінету Міністрів України – під час підготовки та прийняття нормативно-правових актів щодо вдосконалення національної системи охорони здоров'я;

– органів місцевого самоврядування – при підготовці перспективних планів розвитку системи охорони здоров'я на регіональному рівні;

– у навчальному процесі – як дидактичний матеріал під час викладання дисциплін з підготовки фахівців у галузі державного управління, державної служби, менеджменту організацій, організації охорони здоров'я.

Результати досліджень стосовно державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні використані в діяльності Запорізької обласної ради у процесі підготовки і проведення наради з питань реформування для керівників медичних закладів Запорізької області (довідка про впровадження від 20.10.2020 № 01-27/1075).

Теоретичні розробки дисертаційної роботи використовують у навчальному процесі Класичного приватного університету при викладанні дисципліни «Державне управління», «Державне та регіональне управління» (довідка від 02.10.2020 № 78).

Теоретичні розробки дисертаційної роботи також використовують у навчальному процесі Вищого навчального комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені А. Крупинського» у процесі

викладання дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині», «Медсестринство в сімейній медицині» (акт впровадження від 25.02.2020 № 01-35/91/1).

Особистий внесок здобувача. Дисертація виконана здобувачкою самостійно. Внесок авторки у праці в співавторстві конкретизовано в списку публікацій за темою дисертації.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дослідження доповідалися й обговорювалися на таких заходах: Міжнародна науково-практична конференція «Права людини та проблеми організації і функціонування публічної адміністрації в умовах становлення громадянського суспільства в Україні» (м. Запоріжжя, 2019 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні» (м. Запоріжжя, 2020 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Держава і право в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2020 р.); XI Міжнародний конгрес «Медсестри проти COVID-19» (м. Київ, 2020 р.).

Публікації. Основні результати дослідження викладено в 9 наукових працях, з них: 5 – статті в наукових фахових виданнях України з державного управління, у тому числі 1 – у виданні, що входить до міжнародної наукометричної бази даних; 1 – стаття в іншому науковому виданні; 3 – матеріали конференцій.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг роботи становить 207 сторінок. Дисертація містить 2 рисунки, 5 таблиць. Список використаних джерел включає 253 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Наукові розробки у сфері державного управління охороною здоров'я

Сфера охорони здоров'я є одним з напрямів досліджень у галузі державного управління. Зокрема, наукові пошуки щодо державного управління первинною медико-санітарною допомогою відбуваються на стику декількох наук. Виходячи з предмета дослідження – механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, це наука державного управління (25.00.02 – механізми державного управління) і медичні науки (14.02.03 – соціальна медицина).

Проаналізуємо сучасні досягнення українських науковців у цьому напрямі. З метою виконання поставлених завдань нами класифіковано такі наукові дослідження за їх напрямками:

- адміністративні й політичні аспекти управління;
- інноваційний механізм державного управління;
- інформаційний механізм державного управління;
- забезпечення лікарськими засобами як компонент системи національної безпеки;
- економічний механізм державного управління;
- регіональний рівень державного управління системою охорони здоров'я;
- реформування системи охорони здоров'я;
- кадровий механізм державного управління;
- державне управління підсистемами охорони здоров'я;
- державний механізм забезпечення якості надання медичної допомоги;

– тощо.

Власне адміністративні й політичні аспекти управління у сфері охорони здоров'я розкрито в дисертації Т. Д. Чеканової, яка захистила дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління у 2008 р. в ОРІДУ НАДУ при Президентіві України на тему «Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я». Авторка доходить висновку, що «...межа між адміністративними та політичними механізмами управлінням у сфері охорони здоров'я є досить відносною, а тому взаємодія між ними має бути виваженою і обміркованою» [184]. Вона зауважує, що для системи державного управління охороною здоров'я обов'язковим є виконання таких вимог [184]:

- визначення мети діяльності механізмів управління;
- наявність чіткої структури механізмів;
- розробка механізмів узгодження й взаємодії їх елементів;
- постійне вдосконалення механізмів управління, адекватне новим завданням їх упровадження;
- гнучкість і керованість системи, її стабільність в умовах зміни зовнішніх впливів;
- фаховий поетапний та постійний контроль за ефективністю роботи механізму державного управління охороною здоров'я.

Ці вимоги, на її думку, здатні «...забезпечити цілісність, єдність і гнучкість адміністративних та політичних механізмів управління, а також подолати перешкоди і недоліки на цьому шляху з метою задоволення запитів населення у сфері охорони здоров'я» [184].

У цьому дослідженні наголошено на доцільності поєднання сфери політики та сфери адміністративного регулювання, оптимальної взаємодії адміністративних і політичних механізмів управління сферою охорони здоров'я. На нашу думку, навпаки, необхідно розмежувати політичну й адміністративну владу в соціальній сфері. Вони не повинні залежати від напряму політичних перетворень у суспільстві.

До основних здобутків дисертації Н. П. Кризиної на тему «Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації», яка була захищена у 2008 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України, належить розробка інформаційно-аналітичної моделі державної політики у сфері охорони здоров'я. Пропонована авторкою модель містить такі елементи [46]:

- комплексний аналіз показників здоров'я населення, у тому числі показники психічного здоров'я;
- регіональні особливості території України;
- можливості ресурсного (передусім, фінансового та кадрового) забезпечення;
- належне правове регулювання медичної діяльності;
- результати наукових досліджень цієї проблеми;
- активна участь громадських організацій у формуванні та експертизі державної політики;
- урахування результатів виконання відповідних державних цільових програм на покращення здоров'я народу та зарубіжного досвіду з формування й реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я.

Вона (модель) передбачає такі етапи: «...наукове обґрунтування місії та комплексний аналіз усіх складових державної політики України у сфері охорони здоров'я; визначення її принципів та ключових завдань; узгодження та взаємообумовленість інтересів населення та суспільства в цілому; своєчасне виявлення негативних тенденцій, які можуть впливати на рівень національної безпеки, через аналіз показників стану здоров'я, смертності та очікуваної тривалості життя; правове регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я» [46].

Загалом Н. П. Кризина розглядає державну політику у сфері охорони здоров'я як «...стратегію і тактику політичного курсу, взаємопов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я, а також соціального благополуччя населення України як

найважливішої складової її національного багатства, втілені у законодавстві країни та які мають прояв у забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народу» [46].

Окремі аспекти державної політики у сфері охорони здоров'я розглядали у своїх працях вітчизняні науковці. У 2009 р. І. І. Хожило у Донецькому державному університеті управління захистила дисертаційну роботу, подану на здобуття наукового звання доктора наук з державного управління на тему: «Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації». У цій роботі досліджено проблему державної політики протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу.

Зокрема, доведено, що «...всі функції державного управління, спрямовані на розробку відповідної державної політики України зі стабілізації та зниження темпів поширення епідемії ВІЛ/СНІДу, мають соціально-захисний або стабілізаційний характер» [180]. Авторка вважає, що провідна роль належить функції стратегічного планування, «...значення якої полягає у тому, що в ході її виконання повинен бути сформульований комплекс ідей, який обумовлює загальний сенс політики і створює підґрунтя для формування механізмів управління процесом профілактики» [180]. Це дало змогу внести доповнення до чинного механізму державного управління щодо «...цілевизначення, стратегічного та оперативного планування суб'єктної діяльності, а також стосовно вдосконалення методів та засобів з координації, інформування та експертно-аналітичного супроводу державно-управлінської діяльності з питань профілактики ВІЛ/СНІДу» [180].

На тему державної політики у сфері соціально небезпечних захворювань була захищена дисертаційна робота О. В. Худобою у 2008 р. у спецраді Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. Основними науковими здобутками її роботи на тему «Удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області)» є

розробка методики оцінювання параметрів кореляційно-регресійних моделей з виведенням залежностей, а також встановлення динаміки показників поширення ВІЛ-інфекції/СНІД [96]. Також авторка пропонує використовувати коефіцієнт регресії Пірсона з метою «...коригування управлінських рішень у контексті реалізації державної політики у сфері протидії поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД» [181]. Цікавими є також наукові розробки щодо діяльності неурядових громадських організацій. Зокрема, з'ясовано, що «...утворення та розвиток мережі громадських організацій стало однією з причин привернення уваги суспільства до проблем поширення ВІЛ-інфекції, при цьому недоліком є відсутність програм спільних дій, розпорошеність зусиль та коштів, недостатній рівень співпраці державних і недержавних організацій» [181]. А, отже, О. В. Худоба вважає, що «наявна мережа неурядових організацій у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу потребує збільшення кількості цих організацій та розширення напрямів їх роботи» [181], хоча при цьому не вказує напрямів і механізмів, за допомогою яких цього можна було би досягнути.

Державну політику у фармацевтичній галузі розглядає О. О. Шумаєва. У її дисертаційній роботі на тему «Державна стратегія розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я», захищеній у цьому ж ЗВО також у 2009 р., зокрема, розроблено практичні засади формування та впровадження державної стратегії розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я, а також запропоновано до впровадження маркетинг-логістичну концепцію управління фармацевтичним сектором України, при цьому наведено системні рішення органів публічної влади стосовно його розвитку [192]. Заслужують на увагу також удосконалення «...теоретичних засад державного регулювання фармацевтичного сектору сфери охорони здоров'я за рахунок обґрунтування необхідності врахування при розробці планів розвитку фармацевтичного сектору соціально-обґрунтованих потреб – як суттєвих, так і потенційних» [192].

Держава та громадянське суспільство разом несуть відповідальність за здоров'я української нації. Власне участь громадянського суспільства

(громадських лікарських організацій) у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я висвітлено в дисертаційній роботі В. В. Лещенко «Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я». Ця робота була захищена у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України у 2009 р.

Основними науковими здобутками цієї роботи є конкретизація основних напрямів оптимізації впливу громадських лікарських організацій на діяльність галузі охорони здоров'я і її реформування. Також авторкою розглянуто питання «...розширення повноважень громадських лікарських організацій щодо виконання деяких функцій органів управління охороною здоров'я (ведення реєстру лікарів, здійснення їх атестацій та проведення підвищення кваліфікації), діяльність регіональних громадських лікарських організацій та їх взаємодію з органами місцевого самоврядування» [55]. Зауважимо, що ми не повною мірою підтримуємо рекомендації авторки щодо впровадження досвіду зарубіжних громадських лікарських організацій в українську систему охорони здоров'я, адже власне системи охорони здоров'я, які й визначають успішність співпраці держави та громадянського суспільства мають значні відмінності.

Ще однією роботою, яка висвітлює політичний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я, є дисертація К. А. Дейниховської на тему «Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я». Ця дисертаційна робота була захищена у 2011 р. у спецраді Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. Власне у цій роботі на прикладі країн Європейського Союзу (Франції, Великої Британії, Німеччини та інших розвинених країн) описано сучасні моделі управління розвитком галузі, що можуть бути адаптовані до умов України [15]. Також до здобутків дисертації варто віднести визначення структури політичної стратегії державного управління сферою охорони здоров'я, яка включає «...економічну (методи та способи, за допомогою яких здійснюється ресурсне забезпечення сфери

охорони здоров'я), нормативну (принципи організації сфери охорони здоров'я), соціальну (індивіди та їх об'єднання, інтереси яких перетинаються у процесі формування певної стратегії), структурно-управлінську (організація сфери охорони здоров'я та методи і способи управління нею), комунікативну (процедури обміну інформацією між акторами сфери охорони здоров'я) складові у їх взаємозалежності та взаємодії, що дозволяє забезпечити конструктивний діалог між суб'єктами та об'єктами цього процесу, оцінити якість медичних послуг споживачами, розширити можливості задоволення потреб усіх зацікавлених сторін у реформуванні галузі» [15].

Елементи механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я з погляду соціально-політичної парадигми, були предметом дослідження Т. С. Грузевої, яка у 2004 р. за спеціальністю 14.02.03 – організація охорони здоров'я захистила дисертаційну роботу на тему «Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства». Захист відбувся у спецраді Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

До основних здобутків цієї належать такі: «...встановлення тенденцій формування популяційного здоров'я за умов соціально-економічної стратифікації суспільства, а також закономірностей впливу соціально-економічних, екологічних, поведінкових, медико-організаційних чинників на стан здоров'я населення, наукове обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я з урахуванням правових, нормативних, організаційних, ресурсних та інформаційних компонентів» [14]. Також авторка розробила модель соціально-гігієнічного моніторингу здоров'я населення [14].

Упровадженню інноваційних процесів у процес державного управління у сфері охорони здоров'я присвячена докторська дисертаційна робота Д. В. Карамішева на тему «Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я». Вона була захищена в спецраді Донецького державного університету управління у 2007 р. До основних здобутків цієї роботи можна зарахувати те, що автором [33]:

– «...виділено організаційні та правові механізми державного регулювання медичної діяльності у приватному секторі охорони здоров'я України як предмет наукового дослідження, що дозволило сформулювати вимоги до підвищення ефективності медичних правовідносин у недержавній формі медичного обслуговування;

– обґрунтовано доцільність посилення державного контролю за діяльністю приватного сектора системи охорони здоров'я України через прийняття Верховною Радою України закону України «Про приватну медичну діяльність», внесення змін і доповнень до Законів України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про оподаткування громадян», «Про оподаткування підприємств» та шляхом реформування процесів ліцензування, акредитації, атестації й поточного контролю суб'єктів підприємницької діяльності;

– обґрунтовано нову концепцію інноваційних перетворень системи охорони здоров'я, в якій, на відміну від існуючої, передбачено перехід від принципу соціальної орієнтації до соціального спрямування та впровадження нововведень за допомогою нових підходів і засобів її реалізації» [33].

У спецраді Донецького державного університету управління у 2007 р. також була захищена дисертаційна робота О. В. Балуєвої на тему «Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я». Авторкою вперше запропоновано «...логістичну концепцію державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я, яка полягає в інтеграції різноманітних управлінських процесів і оптимізації інформаційних потоків, що формуються в галузі охорони здоров'я з метою здійснення стратегічного планування та сприяє регулюванню відносин між суб'єктами галузі охорони здоров'я» [4]. Також дістала подальшого розвитку модель державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я регіону, основою якої є створення регіонального логістично-інформаційного центру, що передбачає

«...формування єдиного медичного інформаційного простору та інформаційних стандартів на регіональному рівні» [4].

Деякі аспекти економічного механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я, а саме матеріально-технічне забезпечення ліками, висвітлено в працях А. В. Беліченко і В. Є. Складенко.

Так, дисертаційна робота А. В. Беліченко на тему «Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами» була захищена у 2010 р. у спецраді Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.

Основними здобутками цього дослідження є обґрунтування необхідності розробки «...єдиної системи ціноутворення на основні лікарські засоби і реімбурсації їх вартості за умов обов'язкового медичного страхування з використанням державної експертизи та реєстрації цін виробників ліків (прямий метод) і референтних цін (непрямий метод)» [6]. Також авторкою доведено, що «...впровадження запропонованої процедури державної експертизи та реєстрації межових оптових цін виробників (митної вартості) на основні лікарські засоби сприятиме створенню збалансованої та прозорої системи цін на лікарські засоби, здійсненню ефективного моніторингу цін реалізації та контролю за ціновою дисципліною у фармацевтичній галузі» [6].

За результатами аналізу впровадження референтного ціноутворення у світовій практиці за умов обов'язкового медичного страхування та реімбурсації вартості фармацевтичної допомоги населенню визначено «...основні підходи, відмінні та спільні методологічні принципи, функції, об'єкти та суб'єкти системи референтних цін, введення якої дозволить суттєво підвищити доступність ліків в Україні» [6].

У роботі В. Є. Складенка на тему «Прогнозування впливу чинників соціальної динаміки на державне управління забезпеченням населення України лікарськими засобами», яка була захищена у спецраді Національної академії державного управління при Президентіві України у 2006 р., здійснено «...науково-практичне обґрунтування пріоритетного впливу чинників медико-

соціальної динаміки на організаційні й економічні механізми державного управління забезпеченням населення України лікарськими засобами, а також розробки інноваційної моделі регіонального моніторингу цього процесу як складової ефективного прогнозування обсягу виробництва ліків з метою підвищення якості та доступності медичної допомоги, а також визначено регульовальні важелі стосовно виробництва ліків і лікарських засобів» [155].

Сферу охорони здоров'я в системі національної безпеки досліджували Н. О. Рингач, А. В. Терент'єва та ін. Перш за все, відзначимо дисертаційну роботу Н. О. Рингач, захищену в Національній академії державного управління при Президентові України у 2010 р. Метою дослідження на тему «Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки» було «...науково-теоретичне обґрунтування механізмів державного управління охороною здоров'я населення України як складовою системи забезпечення національної безпеки та розвиток методологічних засад і практичних рекомендацій з мінімізації ризиків для національної безпеки, пов'язаних зі здоров'ям» [146].

Авторкою проаналізовано «...громадське здоров'я як чинник національної безпеки України й обґрунтовано та розроблено теоретико-методологічні засади удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я як складової системи забезпечення національної безпеки; визначено місце та функції державного управління охороною здоров'я у системі забезпечення національної безпеки України» [146]. Особливу увагу приділено проблемі високого рівня передчасної смертності як «...важливої внутрішньої загрози національній безпеці України в економічній, воєнній, демографічній та соціальній сферах – як найвагомійшій детермінанті втрат людського потенціалу» [146]. До основних здобутків слід віднести «...розробку способу оцінки ефективності механізмів (політичного, економічного, організаційного та ін.) державного управління охороною здоров'я, що полягає в аналізі рівнів керованої смертності за допомогою адаптованої до сучасних українських умов методики. Розроблено національний перелік показників для моніторингу й оцінки, що відрізняється

від міжнародних стандартів та зарубіжних аналогів урахуванням специфічних особливостей структури смертності в Україні (за причинами, статтю і віком)» [146, с. 7].

Інше дослідження із цієї тематики – «Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру» – за авторством А. В. Терент'єва було захищене в 2010 р. у Національній академії державного управління при Президентіві України. У цій роботі висвітлено різні аспекти державного управління сферою охорони здоров'я в умовах надзвичайних ситуацій.

До основних здобутків цього дослідження варто зарахувати створення моделі оптимізації механізмів державного управління системою медичного захисту за умов надзвичайного стану природного й техногенного характеру, в основу якої покладено безперервне підвищення якості медичної допомоги; рівня матеріально-технічного забезпечення; удосконалення кадрового забезпечення; організаційно-правові заходи з удосконалення управління та структурної перебудови Державної служби медицини катастроф України [168]. Також варто відзначити «...розробку організаційно-функціональної схеми медичного забезпечення населення під час подолання даних наслідків, яка передбачає комплексний підхід до подолання наслідків надзвичайних ситуацій у постраждалих і прилеглих (непостраждалих) районах, можливість залучення необхідних сил і засобів, зокрема громадських гуманітарних організацій, формувань Товариства Червоного Хреста України» [168]. Зазначено, що «...система оптимізації державного управління процесом подолання медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру включає такі блоки: структурна перебудова, кадри, матеріально-технічне забезпечення, підготовка нової генерації управлінських кадрів» [168].

Безпековий вектор дослідження пристуній і в роботі В. П. Мегедя на тему «Управління системою медичного забезпечення державної прикордонної служби України: особливості й тенденції розвитку», яка була захищена у 2004 р. у Національній академії державного управління при Президентіві України.

Автором, зокрема, «...обґрунтовано періодизацію, тенденції та закономірності процесу становлення й розвитку системи медичного забезпечення Державної прикордонної служби в незалежній Україні» [65].

Економічний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я загалом і окремі його компоненти були предметом розгляду в дисертаціях, що були здійснені за різними напрямками наукових досліджень. З позицій науки державного управління потрібно, перш за все, відзначити доробок С. М. Вовк, Д. В. Карамишева, З. О. Надюка, В. М. Рудого та ін.

Так, З. О. Надюк у 2009 р. двічі захистив докторську дисертаційну роботу на тему «Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні» у спецрадах Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) і Донецького державного університету управління. Основними здобутками цієї дисертаційної роботи є такі [84]:

– вперше «...запропоновано нове вирішення проблеми поєднання ринкових та державних механізмів регулювання сфери охорони здоров'я, що базується на стимулюванні самоврядування в медичній сфері, підприємницької активності суб'єктів медичних закладів різного рівня управління, визначенні пріоритетів забезпечення здоров'я нації, встановленні правових та інституційних засад регулювання ринку медичних послуг» [84];

– розроблено «...концепцію державного управління, що базується на поєднанні принципів та механізмів державного управління і ринкового саморегулювання у сфері охорони здоров'я України й обґрунтовано потребу її впровадження» [84];

– обґрунтовано «...пропозиції з оптимізації структури центрального, регіонального та локального органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я з погляду децентралізації державного управління на засадах лікарського самоврядування, шляхом залучення професійних медичних асоціацій та громадських об'єднань пацієнтів до управління системою охорони здоров'я України» [84];

– визначено «...сутність інституту „Інтернет-медицини” як новітнього інституту на ринку медичних послуг в Україні (інформації консультативного, рекомендаційного характеру, яка розміщена на певному Інтернет-сайті і може бути використана як професійними медичними працівниками, так і звичайними громадянами з метою профілактики, діагностики, лікування та реабілітації відповідного захворювання); обґрунтовано потребу його функціонування й запропоновано механізми його державного регулювання» [84].

У 2006 р. С. А. Антонюк захистив дисертацію на тему «Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я» у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України. Ним досліджено «...стан приватного сектору даної галузі, його функціонування та розвиток за ринкових умов, державне регулювання цієї сфери у період запровадження Україною європейських стандартів щодо надання медичної допомоги» [3].

Економічні відносини, що виникають при наданні медичної допомоги і послуг у приватному секторі охорони здоров'я, були предметом дослідження Л. О. Буравльова, результати якого захищені у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України у 2010 р. Основними здобутками цієї роботи є «...формування вимог до підвищення ефективності медичних правовідносин у недержавній формі медичного обслуговування». Зокрема, під «приватною системою охорони здоров'я» автор розуміє «...сукупність об'єктів охорони здоров'я, що здійснюють приватну медичну діяльність, тобто діяльність з надання медичної допомоги суб'єктів приватної системи охорони здоров'я. Приватні медичні організації – це комерційні та некомерційні організації, майно яких перебуває в приватній та інших, крім державної, формах власності» [7].

Організаційно-економічний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я, а саме передумови, засоби, шляхи реалізації зміни статусу закладів охорони здоров'я в напрямі їх автономізації досліджено В. М. Рудим у дисертаційній роботі на тему «Державне регулювання автономізації закладів

охорони здоров'я в Україні», яка була захищена у 2006 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентіві України.

Автором, зокрема, обґрунтовано «...напрями удосконалення системи державного регулювання адміністративної та фінансової автономії закладів охорони здоров'я в Україні; визначено етапи запровадження адміністративної та фінансової автономії у діяльність закладів охорони здоров'я в Україні» [148]. До здобутків цієї дисертації належить розробка комплексної моделі автономізації державних і комунальних закладів охорони здоров'я як ключової складової забезпечення їх мотивації до ефективного використання обмежених державних коштів і підвищення якості медичного обслуговування. Апробовано практичні результати власного дослідження на базі пілотних районів у Харківській та Житомирській областях. У дослідженні визначено «...напрями розвитку організаційно-правових механізмів державного регулювання адміністративної та фінансової автономії закладів охорони здоров'я, а також сформульовано рекомендації щодо удосконалення законодавства з метою впровадження у діяльність закладів охорони здоров'я сучасних інноваційних управлінських стратегій контролю над витратами та ефективним розподілом ресурсів» [148].

Таку складову економічного механізму, як ціноутворення на медичні послуги, висвітлено в дисертаційній роботі О. А. Євтушенко «Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я», яка була захищена у 2006 р. у Донецькому державному університеті управління. Основними здобутками автора, на нашу думку, є «...розробка нових підходів щодо ціноутворення на платні медичні послуги, а також концептуальних підходів щодо фінансування галузі, які ґрунтуються на багатосекторній медичній допомозі та таких основних принципах, як соціальна рівність, справедливість і солідарність під час організації та надання медичних послуг» [24]. Авторкою удосконалено «...механізм формування стратегії державного управління ціноутворенням на ринку медичних послуг, який являє собою сукупність послідовних етапів упровадження багатоканальної системи фінансування галузі» [24]. Також дістав подальшого розвитку «...механізм державного

регулювання цін в Україні, який передбачає розмежування повноважень центральних органів виконавчої влади, виконавчих органів міських рад у сфері ціноутворення; антимонопольне регулювання цін (тарифів) на продукцію виробничого призначення; декларування цін» [24].

Загалом різні аспекти фінансування системи охорони здоров'я і державного регулювання цього процесу досліджували різні фахівці. У 2010 р. у Класичному приватному університеті була захищена дисертаційна робота Г. М. Медяник «Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності». Основними здобутками цієї роботи є новий науково-практичний підхід до «...формування цілісного механізму фінансування системи охорони здоров'я на регіональному рівні шляхом виділення рівневої, функціональної та інституційної складової» [66]. Також авторкою дослідження запропоновано удосконалення «...методичного підходу до оцінювання ефективності механізму фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, що включає три блоки: виділення чинників, що впливають на ефективність механізму фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності; оцінювання можливих збоїв у функціонуванні механізму фінансування охорони здоров'я й вибір способів впливу на них з метою зниження негативних наслідків; побудова системи показників оцінювання ефективності механізму фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності» [66].

Крім того, авторкою удосконалено «...методологію формування глобального бюджету як перспективної системи фінансування закладів охорони здоров'я, що дає змогу досягти підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я шляхом оптимізації обсягів медичної допомоги за рахунок переміщення частини випадків стаціонарного лікування на амбулаторний етап» [66].

Державне регулювання фінансового забезпечення національної системи охорони здоров'я також було предметом дисертації О. В. Виноградова,

захищеної в спецраді Національної академії державного управління при Президентові України у 2009 р. Тема цієї дисертаційної роботи – «Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України». Основними здобутками автора стали такі: «...досліджено пріоритетні напрями політики держави у сфері фінансування охорони здоров'я; сформульовано концептуальне бачення розвитку механізмів державного управління багатоканальним фінансуванням як оптимальної стратегії розвитку управління системою охорони здоров'я; проаналізовано сучасну систему фінансування охорони здоров'я як чинника, що впливає на здоров'я населення; виявлено неефективність державного управління існуючими джерелами фінансування галузі; обґрунтовано основні підходи до формування концепції бюджетно-страхової моделі розвитку багатоканального фінансування системи охорони здоров'я на засадах поєднання трьох основних джерел з визначенням їх оптимальної пропорції; висвітлено чотири основних аспекти розвитку системи багатоканального фінансування охорони здоров'я України, змістом яких є запровадження системи обов'язкового медичного страхування, розмежування джерел фінансування за обсягами надання медичної допомоги, поєднання правових принципів публічного та цивільно-правового регулювання та зміна організаційної структури закладів охорони здоров'я» [10].

Страховий метод у фінансуванні національної системи охорони здоров'я розглядає Т. В. Педченко у своїй дисертаційній роботі на тему «Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування», що була захищена у 2004 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України.

Автором вперше визначено «...сутність, конкретизовано зміст та науково обґрунтовано цілі й завдання загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, а також обґрунтовано необхідність реформування системи охорони здоров'я України на основі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування» [96]. У цій дисертації розроблено шляхи

реформування системи охорони здоров'я України на базі впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Доведено необхідність прийняття Верховною Радою Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», систематизовано основні законодавчі проекти в цій сфері [96].

Питання реформування національної системи охорони здоров'я було у фокусі уваги багатьох дослідників, серед яких варто виокремити таких, як Н. Д. Солоненко, В. Г. Шевцова.

Так, Н. Д. Солоненко в дисертаційній роботі «Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні», яка була захищена у 2004 р. у спецраді Національної академії державного управління, обґрунтовує теоретико-методологічні засади вдосконалення механізмів державного керування перебудовою галузі охорони здоров'я за умов обмежених ресурсів в Україні. Вона також аргументує «...необхідність урахування суспільних потреб під час визначення основних завдань державної політики та державного керування перебудовою галузі охорони здоров'я за умов обмежених ресурсів в Україні, а також визначає механізми державного управління перебудовою даної галузі, такі як фінансування (формування сукупного бюджету галузі), організація системи охорони здоров'я, розмежування функцій розпорядника коштів і суб'єктів надання медичної допомоги, методів оплати виробників у даній сфері, державного регулювання та соціального маркетингу» [162].

У 2011 р. В. Г. Шевцовим була захищена дисертаційна робота на тему «Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я» у спецраді Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України у 2011 р. У цій роботі автор пропонує застосувати комплексний механізм державного управління розвитком системи охорони здоров'я в Україні, який «...поєднує організаційні, фінансові, регулятивні, контрольні заходи та має на меті забезпечення задоволеності суспільства

медичною допомогою, підвищення захищеності громадян від фінансових ризиків на випадок хвороби, покращання загального стану їх здоров'я» [190]. Також автором удосконалено «...структуру фінансування сфери охорони здоров'я з упровадженням страхової медицини (окрім виділення з Державного бюджету коштів, вона включає залучення інвестицій, розширення спонсорської бази, запровадження кращого зарубіжного досвіду використання ресурсів) і технологію державного управління стандартизацією медичної допомоги та медичного страхування (запровадження контролю якості надання медичної допомоги, правильності визначення діагнозу захворювання, оцінка рівня діагностично-лікувального процесу, запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування)» [190].

Регіональні аспекти державного управління у сфері охорони здоров'я висвітлено в таких роботах:

– «Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я (на прикладі Луганської області)» (О. П. Перетяка) (захищена у 2001 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України);

– «Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я (на матеріалах м. Києва)» (В. В. Загородній) (захищена у 2001 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України);

– «Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м. Львова)» (Д. М. Джафарова) (захищена у 2004 р. у спецраді Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України).

У роботі О. П. Перетяка науково обґрунтував Концепцію реформування галузевого управління на регіональному рівні. Також ним розроблено «...перспективну програму розвитку та реорганізації охорони здоров'я Луганщини і відпрацьовано практичну модель медикаментозного забезпечення працівників підприємства з використанням страхових механізмів. Також проведено організаційний експеримент щодо запровадження практичної моделі

(лікарняної каси), спрямованої на вирішення проблеми забезпечення ліками населення з використанням страхових механізмів» [97].

В іншій роботі «Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я (на матеріалах м. Києва)» В. В. Загороднім проаналізовано «...реалізацію механізмів державного регулювання системою охорони здоров'я регіонального рівня в період її реформування; розраховано фонові ризики виникнення захворювань та смертності і на підставі одержаних результатів побудовано структуру впливу механізмів державного регулювання на регіональному рівні на систему охорони здоров'я столиці» [27]. Ця робота була захищена в Українській академії державного управління при Президентові України (нині – НАДУ) у 2001 р. Автором висунута й обґрунтована теза, що «...державне регулювання галузі охорони здоров'я повинно здійснюватись через низку механізмів, які реалізують принципи управління ризиками та обґрунтовують перехід від традиційного сприйняття системи охорони здоров'я як суто соціальної галузі до комплексної соціально-економічної галузі, поле діяльності якої розповсюджується на всі сфери життя країни, тобто стає життєзабезпечуючою» [27].

В іншому дослідженні на прикладі міста Львова обґрунтовано застосування адаптивного механізму державного регулювання у первинній ланці охорони здоров'я на місцевому рівні. Упровадження загальної лікарської практики (сімейної медицини) було реалізовано в Першій міській клінічній лікарні імені Князя Лева (м. Львів), завдяки цьому та реалізації заходів і програм на основі вдосконалених механізмів державного регулювання на місцевому рівні були «...отримані позитивні тенденції у динаміці стану здоров'я населення, до яких відноситься зниження захворюваності населення, позитивне відношення пацієнтів до надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах лікаря загальної практики (сімейного лікаря), зниження витрат по наданню медичної допомоги в амбулаторіях загальної лікарської практики (сімейної медицини) у порівнянні з наданням медичної допомоги в

амбулаторно-поліклінічному відділенні, більш доцільне використання лікарських кадрів амбулаторної мережі» [19].

У цій роботі також висвітлено «...економічні та організаційні механізми управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги за умов перехідної економіки. Авторкою аргументовано необхідність реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах практики сімейного лікаря, що прискорює процес запровадження стаціонаро-замінюючих технологій та переорієнтацію амбулаторної спеціалізованої допомоги» [19].

Тема державного управління наданням первинної медико-санітарної допомоги була основною також і в дисертації Я. М. Пітко на тему «Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги», яка була захищена у 2010 р. у спецраді Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. У цьому дослідженні розроблено «...метод формування медико-соціальних завдань і заходів щодо реорганізації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та її розвитку у Львівському регіоні з використанням політичного, організаційного, мотиваційного, економічного та правового механізму державного управління закладами сімейної медицини» [100]. Автором також запропоновано «...впровадити реєстр здоров'я територіальної громади, який дозволяє за прямими показниками здоров'я оцінити стан громадського здоров'я й ефективність профілактичних заходів, що вживаються з валеологічною метою та з метою первинної профілактики захворювань» [100], удосконалено «...конкретні механізми державного управління стратегією розвитку сімейної медицини з активним залученням до цього не лише медичних працівників та організаторів охорони здоров'я, але й фахівців інших галузей, органів державного управління та місцевого самоврядування» [122].

Інший дослідник – В. Ц. Черномаз – у 2005 р. у спецраді Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії

державного управління при Президентіві України захистив кандидатську дисертацію на тему «Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню». Автором уперше «...розроблено функціонально-структурну схему управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню на засадах теорії державного управління, принципів системності, сімейної медицини і розкрито організаційно-правові аспекти її діяльності, а також запропоновано шляхи поповнення основних джерел фінансування та фінансові механізми супроводження медичної допомоги чи послуги населенню, оплати праці» [187].

Регіональний рівень державного управління у сфері охорони здоров'я розкрито в дисертаційних роботах Н. В. Авраменко, І. В. Рожкової, А. Ф. Шипко та ін.

Докторська дисертація Н. В. Авраменко на тему «Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні» була захищена у спецраді Класичного приватного університету (м. Запоріжжя) у 2011 р. До основних авторки можна зарахувати таке: «...розроблено концептуальну модель організаційно-економічного механізму державного управління ресурсним потенціалом системи охорони здоров'я на регіональному рівні; розроблено регіональну структурну модель управління інноваційним процесом у системі охорони здоров'я; узагальнено науково-методологічні підходи до розробки Концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні; запропоновано виділення цільових програм у галузі охорони здоров'я за класифікаційними ознаками і розкрито взаємозв'язок вирішення медико-соціальних і регіональних проблем» [1].

Дисертація І. В. Рожкової на тему «Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні» була захищена у 2009 р. у спецраді Класичного приватного університету. До основних здобутків цього дослідження належить таке: «...обґрунтовано необхідність еволюції регіонального управління, а саме органів регіонального управління з охорони здоров'я як розпорядника коштів державного і місцевого

бюджетів, в стратегічного замовника послуг з охорони здоров'я відповідно до потреб територіальної громади; доведено доцільність перебудови організаційно-правових засад закладів охорони здоров'я, як постачальників послуг з бюджетних організацій до комунальних підприємств, діяльність яких базується на засадах управлінської автономії та фінансовому плані, на відміну від традиційного постатейного кошторисного фінансування за кодами економічної класифікації; обґрунтовано необхідність запровадження договірних відносин між замовником – органом регіонального управління та постачальниками послуг з охорони здоров'я, а саме розмежування управління та фінансування інфраструктурою від надання послуг» [147].

А. Ф. Шипко у 2011 р. у спецраді Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України захистив дисертаціну роботу на тему «Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення». Основними здобутками цього дослідження можна вважати такі: «...розглянуто традиційні і модернізовані функції органів місцевого самоврядування. Зокрема, встановлено, що реалізація здоров'язберігальної функції обласної ради передбачає запровадження заходів, серед яких розробка системи аналізу та контролю чинників, що впливають на стан здоров'я населення області, санологічна, здоров'язберігальна діяльність постійних комісій обласної ради з питань охорони здоров'я населення, удосконалення нормативно-правової та методичної бази системотвірної діяльності обласної ради у сфері охорони суспільного здоров'я, формування здоров'язберігальної компетенції державних службовців всіх рівнів державного управління та посадових осіб місцевого самоврядування, що забезпечить формування санологічного, здоров'язберігального типу мислення та стійкої мотивації до вирішення питань збереження та покращання стану здоров'я населення» [191].

Безпосередньо механізми державного управління у сфері охорони здоров'я розглядають у своїх дослідженнях такі вчені, як О. В. Галацан, О. В. Савкіна, Ю. А. Хунов та ін.

Розробці нових напрямів і технологій територіальної організації управління охороною здоров'я в мегаполісі, що дозволяє «...більш раціонально використовувати матеріальні й фінансові ресурси та засоби стратегічного планування розвитку галузі в українському суспільстві», присвячена дисертація О. В. Галацана на тему «Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я», яка була захищена у спецраді Харківського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України у 2004 р. [11].

Основні напрями державної політики щодо «...використання додаткових джерел фінансування системи охорони здоров'я за умов соціально-економічних трансформацій, і обґрунтування перспектив реорганізації механізмів управління та фінансового забезпечення галузі» розглянуто в дисертаційній роботі О. В. Савкіної на тему «Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України», яка була захищена в Донецькому державному університеті управління у 2006 р. [150].

За іншою спеціальністю, а саме 14.02.03 – організація охорони здоров'я була захищена докторська дисертаційна робота Ю. А. Хунова на тему «Наукове обґрунтування стратегічних напрямів реформ охорони здоров'я на регіональному рівні», у якій «...розраховано прогностну потребу в кадровому забезпеченні регіональної системи охорони здоров'я та запропоновано заходи щодо його поліпшення; визначено резерви підвищення ефективності управління регіональною системою охорони здоров'я та поліпшення фінансування медичної сфери шляхом запровадження багатоканальності фінансування; науково обґрунтовано концептуальні підходи до формування регіональної політики у сфері охорони здоров'я, а також розроблено регіональну комплексну програму розвитку охорони здоров'я, що базується на партнерстві та міжсекторальній взаємодії» [182]. Ця робота була захищена у 2003 р. у спецраді Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця.

У 2010 р. у спецраді Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві

України І. І. Фуртак захистив дисертаційну роботу на тему «Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України».

До основних здобутків цього дослідження належить «...визначення шляхів раціоналізації інституційного, фінансово-економічного й організаційно-правового механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я» [178]. Зокрема, приділено увагу «...еволюційній інтеграції інституції лікаря загальної практики – сімейної медицини як організатора первинної охорони здоров'я в системі охорони здоров'я України у контексті забезпечення доступності та якості медичної допомоги» [178].

Автором також висвітлено «...проблеми розробки проекту закону про первинне медико-санітарне забезпечення, що запроваджує застосування методів формування персоніфікованого фонду дільниць лікаря загальної практики – сімейної медицини з розрахунку «на мешканця» з бюджетів усіх рівнів і використання цих ресурсів за обсягом і якістю медичних послуг з використанням класифікаторів їх діагностично-затратних груп» [178].

У 2011 р. за спеціальністю 25.00.01 – теорія та історія державного управління у спецраді Дніпропетровського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України була захищена дисертаційна робота О. А. Скрипник на тему «Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід», де «...обґрунтовано впровадження структурно-функціональних змін у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні зі структуризацією державно-управлінської діяльності на різних рівнях (центральні органи державної влади, регіональні органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, лікувально-профілактичні заклади), за основними напрямками (державотворення, розроблення й реалізація державної політики) і формами державно-управлінської діяльності (нормативно-правова, організаційно-розпорядча та програмно-цільова) та відповідно до етапів реалізації державно-управлінських

рішень (цілепокладання, визначення й реалізації функцій держави, побудови структури органів управління)» [156].

До основних здобутків дослідження також можна зарахувати «...визначення типології систем управління системами охорони здоров'я, еволюцію принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень з правовими засадами переходу від державного управління до державного регулювання та територіального керівництва процесами надання медичної допомоги» [156]. Також автором представлено «...процес розробки управлінських рішень у вигляді впровадження структурно-функціональних змін у систему державного управління охороною здоров'я в Україні зі структурізацією державно-управлінської діяльності на різних рівнях, за основними напрямками та формами, відповідно до етапів реалізації державно-управлінських рішень. У контексті представленої системи державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні запропоновано основні системоутворювальні елементи впровадження відповідних структурно-функціональних змін і визначено умови їх упорядкування з Державною стратегією регіонального розвитку» [156].

У 2011 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України В. Р. Григорович була захищена дисертаційна робота на тему «Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України».

До основних здобутків цього дослідження можна зарахувати «...розробку теоретико-методологічних засад удосконалення державного управління процесами підготовки та прийняття стратегічних управлінських рішень у системі охорони здоров'я України» [13]. Автором, зокрема, «...обґрунтовано започаткування в регіональних і загальнодержавних стратегічних програмах розвитку охорони здоров'я розвиток в Україні персоналізованої медицини та лікування рідкісних захворювань» [13].

В. Р. Григорович також «...розроблено та запропоновано сучасну управлінську модель системи формування, прийняття та контролю рішень щодо

суспільного здоров'я та обсягів медичної допомоги населенню з урахуванням зворотного зв'язку за результатами постійного моніторингу громадської та експертної думки» [13].

У 2004 р. К. М. Маншилін захистив дисертаційну роботу за спеціальністю 08.03.02 – економіко-математичне моделювання на тему «Моделювання процесів управління в медичних установах в умовах переходу до ринку» у спецраді Донецького національного університету. Автором розроблено систему управління медичною установою за умов трансформаційної економіки. З використанням принципів адаптивного підходу запропоновано «...концептуальну модель системи управління медичною установою з метою підвищення ефективності та гнучкості функціонування медичної установи» [62]. На підставі методу системної динаміки створено «...економіко-математичну модель управління обмеженими фінансовими ресурсами медичної установи для визначення необхідних обсягів її фінансування за умов невизначеності» [62]. За допомогою нейронних мереж і методів теорії вибору рішень розроблено «...комплекс економіко-математичних моделей прийняття рішень під час вибору методів лікування з метою підвищення ефективності процесу постановки діагнозу та вибору способів лікування з урахуванням обмеженості фінансових ресурсів» [62].

У 2008 р. О. Г. Стрельченко захищена дисертаційна робота на тему «Заохочення як метод управління у сфері охорони здоров'я» за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право у спецраді Київського університету внутрішніх справ. Ця дисертація має переважно теоретичний напрям і подає уточнені трактування термінів «стимулювання як метод управління», «заохочення як метод управління», «працівник охорони здоров'я», «особливі заслуги», «народний лікар», «заохочувальне (нагороджувальне) діяння», «заохочувальне провадження», «провадження щодо заохочення у сфері охорони здоров'я», «порядок (правила) заохочення» [164].

У 2010 р. С. В. Петрова захистила дисертаційну роботу на тему «Механізми забезпечення мотивації працівників у системі охорони здоров'я: державно-управлінський аспект» у спецраді Одеського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. У цьому дослідженні «...визначено стан мотивації працівників, що належать до різних структурно-функціональних груп працівників у системі охорони здоров'я» [98]. Також авторкою розроблено «...модель взаємозв'язків механізмів державного управління зі станом мотивації працівників у системі охорони здоров'я, що базується на нових теоретико-методологічних і практичних підходах» [98].

Близькою категорією до економічних є якість – якість надання медичної допомоги й послуг. Питання державного регулювання якості надання медичної допомоги та послуг громадянам України було предметом досліджень таких фахівців, як А. Б. Зіменковський, Ю. О. Котляревський, З. О. Надюк, А. В. Степаненко та ін.

Зокрема, в історичному порядку, у 2001 р. докторську дисертацію за спеціальністю 14.02.03 – організація охорони здоров'я на тему «Система забезпечення якості медичної допомоги населенню України та наукове обґрунтування її реалізації» захистила у спецраді Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця А. В. Степаненко.

У 2006 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України З. О. Надюком була захищена кандидатська дисертація на тему «Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України». Основними здобутками автора можна вважати такі [83]: «...запропоновано класифікацію-кодування стандартів медичної допомоги в Україні; на основі проведеного комплексного соціологічного дослідження стану задоволеності пацієнтів лікувально-профілактичних закладів та медичного персоналу цих закладів якістю медичної допомоги проаналізовано рівень правової освіченості пацієнтів та медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів; розроблено концептуальну модель оптимізації

державного управління системою інформаційно-освітнього забезпечення населення знаннями з якості медичної допомоги; сформовано і апробовано стандартизовані анкети вивчення думки пацієнтів у процесі оцінки якості її надання в амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних відділеннях цих закладів» [83].

У 2007 р. у спецраді Національної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика А. Б. Зіменковським захищена докторська дисертація за спеціальністю 14.02.03 – організація охорони здоров'я на тему «Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації». Автором «...запропоновано методику аудиту якості лікувального процесу з використанням доказової медицини; визначено механізми впливу на досягнення максимальної якості медичної допомоги за умов мінімальних витрат, які базуються на використанні доказової медицини та формулярної системи» [31], а також «...обґрунтовано науково-методичні та кадрово-дидактичні засади створення кафедри медичного вузу нового типу з використанням принципів медичної стандартизації; розроблено концептуальну модель управління якістю у галузі охорони здоров'я України» [31].

У 2009 р. за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління Ю. О. Котляревським у спецраді Національної академії державного управління при Президентіві України захищена кандидатська дисертація на тему «Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні», у якій автором науково обґрунтовано «...шляхи удосконалення організаційно-економічного механізму державного регулювання якості медичних послуг, який передбачає визначення джерел фінансування системи охорони здоров'я, розробку багаторівневої системи контролю якості медичних послуг і порядок ціноутворення внаслідок необхідності впровадження системи диференційованої оплати праці медичних працівників залежно від якості допомоги на підставі коефіцієнта трудової участі, покращання мотиваційних аспектів роботи медичного персоналу» [45].

Правовий механізм державного управління у сфері охорони здоров'я став предметом розгляду таких фахівців, як А. М. Коваль, С. О. Козуліна, І. М. Паращич, В. М. Пашков, Н. В. Хендель та ін.

У 2014 р. Н. В. Хендель захистила дисертацію на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук на тему «Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я» за спеціальністю 12.00.11 – міжнародне право.

Основними здобутками цього дослідження є запропонована вперше періодизація становлення міжнародно-правового регулювання санітарного (епідеміологічного) співробітництва держав у сфері охорони здоров'я [179]:

а) I період (з XVI ст. до 1851 р.) – пов'язаний із виникненням міжнародно-правового регулювання санітарного (епідеміологічного) співробітництва держав у сфері охорони здоров'я;

б) II період (1851–1902 рр.) – пов'язаний із проведенням перших міждержавних санітарних конференцій та прийняттям конвенцій;

в) III період (1902–1939 рр.) – створення перших спеціалізованих міжнародних урядових організацій;

г) IV період (1939–1945 рр.) – посилення спеціалізованого міжнародно-правового співробітництва держав у сфері охорони здоров'я під час Другої світової війни;

д) V п'ятий період (із 1945 р. – до теперішнього часу) – утворення та функціонування ВООЗ та виникнення міжорганізаційного співробітництва у сфері охорони здоров'я.

Також набули подальшого розвитку пропозиції та рекомендації щодо «... участі України в міжнародно-правовому співробітництві у сфері охорони здоров'я та вдосконалення механізмів імплементації міжнародно-правових норм у сфері охорони здоров'я у законодавство України» [179].

У 2010 р. І. М. Паращич захистив у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України дисертаційну роботу «Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і

тенденції розвитку». До основних здобутків цього дослідження належить виокремлення неврегульованих правових питань, таких як «...права пацієнтів щодо надання медичної допомоги на платній основі; безпеки медичної послуги; одержання пацієнтами інформації про виконавця послуги і її самої, а також інформації про причини, які впливають на якість медичної послуги; форми та зміст інформованої згоди пацієнта на медичне втручання; вибору та використання санкцій за невиконання та неналежне виконання зобов'язань угоди про медичної послуги; додержання надавачем послуги термінів надання медичної послуги, зокрема своєчасного виконання медичної послуги в контексті їх специфіки» [94].

Також у дисертаційній роботі І. М. Паращичем визначено перспективні судові способи щодо захисту прав пацієнтів, а саме «...звернення до конституційного судочинства, адміністративне судочинство, звернення до Європейського суду з прав людини, використання механізму третейського судочинства у захисті пацієнтів» [94].

Автором обґрунтовано еволюційні особливості системи державного регулювання прав пацієнтів в Україні та визначено два основних напрями її оптимізації [94]: «...законодавче закріплення прав пацієнтів спеціальним Законом України «Про права пацієнта» та запровадження в державі інституту медичного омбудсмена – Уповноваженого з питань охорони здоров'я».

Ми поділяємо думку автора, що «...удосконалення державних механізмів забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні є ключовим інструментом реалізації державної політики в даній сфері, що вплине на підвищення якості медичного обслуговування, та активізацію адаптації національного законодавства у сфері охорони здоров'я до міжнародних та європейських стандартів медичного права» [94].

У 2011 р. А. М. Коваль захистила дисертаційну роботу «Статус пацієнта: адміністративно-правове регулювання» у спецраді Національного університету державної податкової служби України за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право.

Основними здобутками цієї дисертаційної роботи є «...розробка й обґрунтування рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення законодавчого забезпечення реалізації прав пацієнтів за здійснення медичної діяльності щодо надання медичної допомоги та медичних послуг та їх захисту у разі порушення» [37].

У 2004 р. С. О. Козуліна захистила дисертаційну роботу «Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект)» у спецраді Одеського регіонального інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України.

Основними здобутками авторки є «...обґрунтування доцільності впровадження медико-правової служби; розробка її концептуальної моделі, з конкретизацією завдань, функцій, структури та схеми управління; дослідження на підставі висновків комісійної судово-медичної експертизи правопорушень та їх негативного впливу на якість подання медичної допомоги» [39].

У 2010 р. В. М. Пашков захистив докторську дисертаційну роботу на тему «Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я» у спецраді Національної юридичної академії України імені Ярослава Мудрого за спеціальністю 12.00.04 – господарське право; господарсько-процесуальне право.

Основними здобутками цього дослідження ми вважаємо такі [95]:

– «...дослідження правової природи й особливостей суспільних відносин у сфері здоров'я»;

– «...визначення поняття «медична діяльність» і «фармацевтична діяльність», а також суспільні відносини, що підлягають господарсько-правовому регулюванню»;

– «...встановлення підстави виникнення та функціонування господарських правовідносин у випадку медичного та фармацевтичного обслуговування»;

– розгляд «...сутності та особливостей медичних, аптечних і фармацевтичних закладів, виробників фармацевтичної продукції, запропоновано їх визначення»;

– «...дослідження питання щодо організаційно-господарських повноважень органів державної влади та місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, а також проаналізовано їх господарську компетенцію в даній сфері» [95].

Автором також запропоновано «...залежно від видів лікувально-профілактичної допомоги, що гарантується державою передбачити в Основах законодавства України про охорону здоров'я наявність типових господарсько-правових договорів з первинної, спеціалізованої (вторинної) та високо спеціалізованої (третинної) лікувально-профілактичної допомоги, на підставі чого розроблено визначення господарського договору на надання медичних послуг якими пропонується доповнити Основи» [91]: «господарсько-правовий договір на надання медичних послуг» – це «...угода, укладена між учасниками господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, в силу якої одна сторона (виконавець) – заклад охорони здоров'я як суб'єкт господарювання зобов'язується за замовленням другої сторони (замовника) – як юридичної або фізичної особи, надати цій фізичній особі або третій стороні (послугоотримувачу), первинну, спеціалізовану або високоспеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу в межах клінічних рекомендацій або медичних стандартів, а замовник зобов'язується оплатити зазначені медичні послуги, якщо інше не встановлено договором» [95].

Різні аспекти державного управління сферою охорони здоров'я з погляду морально-етичних норм буття у суспільстві були предметом досліджень Т. П. Попченко, Г. Т. Терешкевич та ін.

Так, Т. П. Попченко у 2010 р. захистила дисертаційну роботу на тему «Розвиток державно-управлінських механізмів протидії виникненню корупції у сфері охорони здоров'я в Україні», яка була захищена у спецраді Національної академії державного управління при Президентіві України. До здобутків цього

дослідження належить розробка напрямів розвитку механізмів державного управління щодо «...протидії виникненню та поширенню корупції у сфері охорони здоров'я в Україні, при цьому акцентовано увагу на питаннях розвитку громадянського суспільства як основного контролера стану протидії корупційним проявам у сфері охорони здоров'я» [102]. У роботі також розглянуто «...особливості корупції у сфері охорони здоров'я в Україні: системність її проявів, поширеність як верхівкової, так і низової корупції, вертикальних корупційних взаємозв'язків; тісний зв'язок корупції з тіньовою економікою; терпиме ставлення суспільства до корупції» [102].

Також авторкою вдосконалено «...підходи до розуміння взаємозв'язку між рівнем корупційних діянь у сфері охорони здоров'я і тіньовою медициною як взаємообумовлених та взаємопідтримуючих факторів, які необхідно враховувати під час розробки та впровадження державно-управлінських механізмів протидії виникненню корупції у досліджуваній сфері» [102].

У 2004 р. у спецраді Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України Г. Т. Терешкевич була захищена дисертаційна робота на тему «Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект)». До основних здобутків можна зарахувати дослідження «...процесу розвитку біоетики, науки, яка виникла як реакція на нівелювання цінності людського життя у результаті поглиблення загрози екологічної катастрофи, впливу нових біологічних і медичних технологій, обмеженого підходу щодо лікування хворих, кризи патерналістських стосунків «лікар – пацієнт» [169].

Також у дисертації розглянуто «...правові й медико-соціальні аспекти державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні на засадах біоетики, основу яких складає принцип визначення людського життя як найвищої фундаментальної і недоторканої цінності» [169]. Авторкою відстежено «...вплив біоетики на діяльність органів державного управління охороною здоров'я, зокрема у сфері запобігання розповсюдженню алкоголізму, ВІЛ-інфекції, наркоманії та забезпечення ресоціалізації залежних осіб» [169], а

також продемонстровано «...ефективність урахування принципів біоетики у галузі експериментування над людиною, трансплантації органів, у питаннях демографії, захисту прав людського ембріону, запропоновано впровадження паліативного лікування як альтернативи пропагованої на Заході евтаназії» [169]. На нашу думку, проблемні питання акушерства і паліативної терапії потребують ширшого осмислення.

У цій дисертації авторкою також обґрунтовано «...доцільність вивчення та необхідність створення комітетів з біоетики при медичних закладах», розроблено «...робочу навчальну програму та методику викладання біоетики, встановлено можливість впровадження основних принципів нової науки у діяльність органів державного управління у межах їх компетенції» [169].

Теоретичне осмислення становлення та розвитку державного регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я України здійснено у дисертаційній роботі Н. Б. Мезенцева на тему «Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти», яка була захищена у 2010 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України за спеціальністю 25.00.01 – теорія та історія державного управління.

До основних здобутків цієї дисертації варто зарахувати «...розробку кваліфікаційних вимог до сучасного фахівця в галузі медичного права, в основу яких покладено принцип медико-правового удосконалення знань і навичок впродовж всієї професійної діяльності; передбачення цілеспрямованого впливу на формування у даній категорії спеціалістів професіоналізму, культури професійної діяльності, особистісного професійного потенціалу, готовності до прийняття стандартів суспільної поведінки шляхом розробки й ефективного використання відповідних компетенцій» [68].

Аспекти державного управління реабілітацією пацієнтів і розвитком курортно-туристичної сфери з погляду медичної реабілітації розглянуто в докторській дисертації О. С. Шаптала на тему «Державне управління сферою рекреаційного обслуговування в Автономній Республіці Крим в умовах

ринкових відносин». Зокрема, автором «...обґрунтовано структуру та механізм процесу формування управлінських рішень у системі державного управління сферою рекреаційного обслуговування; запропоновано шляхи його вдосконалення в АРК на інтеграційній і оптимізаційній основі, а також на підставі обґрунтування зворотного зв'язку з використанням функції контролю за процесами функціонування й розвитку дослідженої сфери та керування ними органами державного управління» [188].

У 2010 р. була захищена дисертаційна робота Е. Е. Комисаренко на тему «Формування механізмів державного регулювання розвитком трансплантології в Україні» у спецраді Класичного приватного університету (м. Запоріжжя). У цьому дослідженні обґрунтовано необхідність удосконалення державної стратегії розвитку й управління вітчизняною трансплантологією [50].

Державне управління у сфері надання стоматологічної допомоги було предметом дослідження таких учених, як: І. О. Бедрик, Н. М. Федак та ін. Зокрема, І. О. Бедрик у 2010 р. у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України захистила дисертацію на тему «Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади». До її основних здобутків належать такі [5]:

– визначення «...проблемних аспектів в управлінні стоматологічною допомогою – надання стоматологічної допомоги на платній основі, одержання пацієнтом інформації про виконавця стоматологічної послуги та самої послуги, форма та зміст інформованої згоди пацієнта на медичне втручання та форма і зміст договору про надання платних стоматологічних послуг»;

– розробка «...моделі структури зовнішнього контролю приватної стоматологічної організації, під час використання якої між лікарями-експертами й адміністративними органами організацій-учасників системи надання та контролю якості стоматологічної послуги встановлюються функціональні зв'язки та виключається лінійна підпорядкованість» [5].

У 2010 р. у спецраді Академії муніципального управління дисертація Н. М. Федак захищена дисертаційна робота на тему «Державне регулювання

стоматологічної допомоги населенню України». Основними здобутками цього дослідження є побудова концептуальних підходів до «...реструктуризації стоматологічної служби регіону та підвищення ефективності її функціонування, які сформовано на принципово нових засадах, що передбачають побудову системи координації діяльності стоматологічних закладів, зміну їх організаційно-правової форми та перехід від класичної системи бюджетування до програмно-цільового управління видатками місцевих бюджетів на стоматологічну допомогу з урахуванням критеріїв її загальної ефективності» [177].

Також авторкою вдосконалено «...комплексний організаційний механізм державного регулювання системи стоматологічної допомоги населенню шляхом визначення структурно-організаційних, нормативно-правових, адміністративно-розпорядчих і фінансово-економічних засобів, за допомогою яких передбачається вирішення питання реструктуризації стоматологічної служби, а також раціонального розподілу ресурсів і цільового використання коштів державного та місцевих бюджетів у середньостроковій перспективі» [177].

Освітній механізм як компонент кадрового механізму державного управління у сфері охорони здоров'я був предметом розгляду в дослідженнях В. О. Жаховського, Т. М. Курило, Т. І. Чернишенко та ін.

Дисертаційна робота В. О. Жаховського на тему «Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті європейської та євроатлантичної інтеграції України» була захищена в спецраді Національної академії державного управління при Президентові України у 2005 р. У цьому дослідженні основною метою кадрової політики медичної служби визначено «...створення оптимальної професійної й ефективної організаційно-штатної структури медичної служби Збройних Сил України, залучення до реформування медичного забезпечення та формуванні оптимальної системи охорони здоров'я військовослужбовців найбільш досвідчених медичних працівників, укомплектування військово-медичних закладів і органів управління медичної служби ініціативними та

компонентними кадрами, які визнають необхідність якісних і структурних змін у медичному забезпеченні та можуть упровадити їх у життя» [25].

Дисертаційна робота Т. М. Курило «Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції» захищена в спецраді Національної академії державного управління при Президентові України у 2005 р. Авторка розробила теоретико-методологічні засади вдосконалення «...процесу державного управління підготовкою керівників для лікувально-профілактичних закладів України за умов інтеграції в єдиний європейський освітній простір на засадах Болонського процесу, зокрема, розроблено алгоритм підготовки та перепідготовки керівного складу та менеджерів у галузі охорони здоров'я, а також обґрунтовано модель менеджера майбутнього як глобального стратега, політика *par excellence* (без кордонів), лідера, провідника змін» [49].

У 2003 р. дисертацію на тему «Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні» захистила Т. І. Чернишенко у спецраді Національної академії державного управління при Президентові України. У цьому дослідженні авторкою обґрунтовано «...суть, зміст та особливості освіти фахівців охорони здоров'я, а саме керівних кадрів галузі та фахівців зі спеціальності «сестринська справа» за умов суспільних трансформацій. Також було доведено, що підготовка керівників галузі охорони здоров'я на базі магістерської програми з державного керування та спеціалізації «управління охороною здоров'я», а також організаційно-функціональної медсестринської моделі найбільше відповідає сучасним суспільним потребам та міжнародним нормам і стандартам» [186].

Аналіз сучасних наукових розробок виявив їх мультидисциплінарність. Наукові дослідження у сфері державного управління первинною медико-санітарною допомогою ведуть на стику декількох наук. Виходячи з предмета цього дослідження – механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні, це, насамперед, наука державного управління й медичні науки. Варто відзначити також юридичні науки, зокрема за

спеціальністю «адміністративне право і процес, фінансове право, інформаційне право». Також дотичними до окресленої проблематики є праці фахівців з економічних наук, зокрема у сфері економіки та управління національним господарством.

1.2. Розвиток державного управління системою охорони здоров'я в зарубіжних країнах

Сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, створюються кількома факторами, у тому числі найбільш важливими: географічними, історичними, соціокультурними, політичними та адміністративними. На їх тлі можна також слідувати загальним тенденціям розвитку національних систем охорони здоров'я. Для того, щоб створити сучасну парадигму розвитку національної системи охорони здоров'я, потрібно проаналізувати моделі глобальної системи охорони здоров'я у світовій спільноті, зокрема її сильні й слабкі сторони.

У недалекому минулому, як свідчать результати аналізу літературних джерел, здебільшого в основу класифікації систем охорони здоров'я було покладено структурний критерій. Наприклад, з погляду соціально-політичної структури суспільства, M. G. Field умовно виділяє п'ять типів систем охорони здоров'я [212]:

- класичну (невпорядковану);
- плюралістичну;
- страхову;
- національну;
- соціалістичну.

М. Фотакі [176] розглядає сучасні системи охорони здоров'я, базуючись на категорії країн різних рівнів соціального розвитку. Вона виділяє такі моделі систем охорони здоров'я:

- універсалістську (модель Бевериджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південну» (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія);
- інституційну або соціал-демократичну «скандинавську»;
- ліберальну (залишкового соціального забезпечення);
- консервативно-корпоративну (Японія);
- латиноамериканську;
- системи охорони здоров'я держав Східної Азії;
- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою.

Інші вчені О. П. Щепін, В. Б. Філатов, Я. Д. Погорелов [193] пропонують розмежовувати три основні типи систем охорони здоров'я: утилітарну, комунотарну та ліберальну.

На думку І. А. Тогунова [171], у сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних відносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними (конституційними) свободами особистості. Він вважає, що «...адекватну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану й обгорнену законодавчою «оболонкою», необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході» [171].

В основу класифікації покладено маркетингові (ліберальні) відносини суб'єктів системи [171]:

- натуральні («примітивні») моделі системи охорони здоров'я – системи, які характеризуються відсутністю або вкрай низьким рівнем правової впорядкованості відносин лікар-пацієнт;
- ринкові (маркетингові) моделі системи охорони здоров'я – системи, які спираються у своєму функціонуванні та еволюції на об'єктивні дії економічних

та інших суспільних законів, що визначають цільові взаємодії надавача й користувача медичної допомоги;

– неринкові (соціалістичні) моделі системи охорони здоров'я – системи невиробничого економічного принципу функціонування, в яких надання медичної допомоги забезпечується тотальною роллю держави;

– моделі системи охорони здоров'я змішаного типу – системи, які поєднують і патерналістичні відносини між лікарем та пацієнтом, і ліберальну маркетингову суть таких взаємодій.

Federico Toth (2016), крім тритипової стандартної класифікації (за типом страхування – добровільне страхування, соціальне медичне страхування та загальне охоплення), пропонує розглядати ще такі типи: «...обов'язкове національне медичне страхування та внутрішні резидентські програми» [246]. Що стосується надання послуг і відносин між страховиками та постачальниками, то він розрізняє вертикально інтегровані й відокремлені системи. Припускаючи, що всі системи є гібридними, цей фахівець пропонує «...відкласти класичну логіку для класифікації систем охорони здоров'я (згідно з якою окремі країни вписуються в різні класи залежно від переважаючої системи) на користь логіки ідентифікаторів» [246]. Для досягнення цієї мети є корисною концепція сегментації (медичних послуг або населення).

Тема класифікації систем охорони здоров'я і їх державного регулювання є, беззаперечно, актуальною. Справді, кожна наукова спільнота має на меті визначити характерні та поширені критерії класифікації й необхідні фактори для верифікації наступних досліджень. Це стосується всіх предметних сфер, і вивчення систем охорони здоров'я не є винятком.

Протягом багатьох років було висунуто багато пропозицій щодо класифікації систем охорони здоров'я. Чимало авторів пропонують класифікувати системи «на основі 3» (Terris, 1978 [242]; OECD, 1987 [231]; Rothgang et al., 2005 [238]; Freeman and Frisina, 2010 [213]). Найбільш широко використовувана класифікація дійсно поділяє системи охорони здоров'я на три великі моделі (ОЕСР, 1987 [216]):

- 1) добровільне страхування;
- 2) соціальне медичне страхування;
- 3) національна служба охорони здоров'я (NHS – National Health Service).

Розподіл систем охорони здоров'я на основі цих трьох ідеальних типів можна вважати стандартною тристоронньою класифікацією (Freeman і Frisina 2010 [213]), яку багато авторів використовували в своїх дослідженнях (Rothgang et al. 2005 [238]; Rothgang et al. 2010 [239]; Blank and Buraу 2004 [202]). Інші вчені запропонували класифікації систем охорони здоров'я «на основі 4» (Roemer 1960 [236]; Field 1973 [212]; Moran 2000 [228]; Lee et al. 2008) [222]: кожна із цих пропозицій, однак, використовує різні критерії класифікації й різні позначки для ідентифікації 4 типів.

Wendt et al. (2009) [248] підійшла до теоретизації існування 27 різних можливих «комбінацій» системи охорони здоров'я. Однак 24 із цих комбінацій можна вважати гібридними формами, залишивши лише три чисті моделі (і, таким чином, повертаючись, навіть у цьому випадку, до трихотомічної класифікації).

Böhm et al. (2013) [204] проаналізували 27 згаданих вище комбінацій і зазначили, що багато хто з них «навряд чи правдоподібні» з погляду логіки, і що на практиці деякі ідеальні типи не застосовуються в реальному світі: системи охорони здоров'я в країнах ОЕСР можна тому групувати за п'ятьма основними напрямками. Незалежно від того, чи класифікація базується на основі 3, 4 або 5, усі вищезазначені пропозиції переважно мають – деякі більше, деякі менше – ті самі рамки: вони в кінцевому підсумку включають ті самі категорії системи охорони здоров'я, які відрізняються одна від одної (деякі типології). Щодо кожної країни, то ми беремо до уваги лише модель, що переважає, хоча це ризик спростити модель системи в дослідженнях. Розглянемо кілька прикладів.

Стандартна трикомпонентна класифікація відносить Великобританію та такі країни, як Канада та Австралія, до однієї категорії – «національна служба охорони здоров'я». Але той, хто добре знайомий з канадськими та

австралійськими системами, знає, що вони не побудовані за аналогією з британською національною службою охорони здоров'я.

У багатьох дослідницьких роботах Швейцарію та Нідерланди включено до однієї категорії з такими країнами, як Франція чи Німеччина. Але швейцарська й голландська системи істотно відрізняються від класичного Бісмаркського прототипу та дотримуються різних логік.

США – ще один приклад. Позначення американської системи як найпростішого прикладу «добровільного приватного страхування» є очевидним надмірним спрощенням. Американська система є дуже складною (Marmor and Oberlander 2011) [227], де державне втручання є не надто помітним, про що свідчить той факт, що в США витрати на охорону здоров'я становлять близько 7,9% ВВП (OECD 2015); які є вищі, ніж у «універсальних» країн, таких як Великобританія, Іспанія, Італія або Канада. Беручи до уваги те, що національна система охорони здоров'я в США має складну архітектуру своєї структури, ми не поділяємо погляд на неї як систему, що використовує лише приватне страхування.

Вищенаведені проблемні аспекти у класифікації систем охорони здоров'я й державного управління чи регулювання у цій сфері не дають підстав вважати запропоновані в сучасній літературі класифікації систем охорони здоров'я придатними до використання повністю. Безсумнівно, вони (класифікації) є корисними, проте потрібно брати до уваги, який саме аналіз ми здійснюємо і які цілі ставимо перед собою в нашому дослідженні. Якщо певний ступінь спрощення є прийнятним, то класифікації, запропоновані досі, починаючи зі стандартної трикомпонентної, є адекватними. І навпаки, більш глибокий аналіз, який наголошує на відмінностях між системами та спрямований на повне розуміння логіки, що лежить в основі кожної системи охорони здоров'я, вимагає прийняття більш складних концептуальних схем. Ми повинні розмежовувати інтегровані та відокремлені системи.

На перетині обсягу фінансування, з одного боку, й обсягу надання медичної допомоги та медичних послуг ми отримуємо десять різних видів

медичної організації. Для того, щоб добре використовувати запропоновану типологію, потрібно визначити поняття «сегментація населення» й «сегментація охорони здоров'я». Справді, загальноприйнятим є те, що всі національні системи охорони здоров'я є гібридними, тому що вони поєднують комбіновані елементи, притаманні різним моделям. У такому разі групування різних країн лише на основі моделі, що переважає, імовірно, спростить це питання.

Розглянемо спочатку моделі фінансування різних систем охорони здоров'я. Для класифікації механізмів фінансування систем охорони здоров'я можна використовувати декілька критеріїв. Перший, широко використовуваний критерій стосується державного або приватного характеру страхової схеми (OECD, 2004 [232]; Thomson et al., 2009 [244]): страховики можуть бути державними, приватними некомерційними або приватними некомерційними організаціями (Mossialos і Dixon, 2002 [229]; Wendt et al., 2009 [249]; Rothgang et al., 2010 [239]). Другий критерій стосується рівня обов'язковості страхової схеми (OECD, 1994 [231]; OECD, 2004 [232]), свободи вибору, наданої застрахованому (Hurst 1991 [218]):

- програми добровільного страхування, де можна вільно вибрати страховика;
- обов'язкові системи, у яких можливий вибір страхового агента;
- обов'язкові системи без можливості вибору – усе сфокусовано на єдиному страховому агенту (громадянин, за законом, зобов'язаний укласти страхування із цим страховиком).

Таким чином, ми можемо розрізняти системи з однією чи багатьма сторонами, що фінансують (Hussey and Anderson, 2003 [219]). У випадку систем з декількома платниками важливо визначити, відносини між страховиками є конкурентоспроможними чи ні (Mossialos and Dixon, 2002 [230]; OECD, 2004 [233]). Багато класифікацій надають значення методу внеску (Roemer, 1960 [236]; OECD, 2004 [231]; Rothgang et al., 2005 [243]; Thomson et al., 2009 [244]); схема страхування дійсно може фінансуватися за рахунок податків, соціальних

внесків, пропорційних зарплаті, або страхових премій; в останньому випадку доречна формула, за якою обчислюються премії (Mossialos and Dixon, 2002 [229]; OECD, 2004 [232]). Іншим критерієм, що використовують для класифікації різних схем медичного страхування, є підстава для права застосовувати (Terris 1978 [242]; Frenk and Donabedian 1987 [214]; Mossialos and Dixon 2002 [229]): належність до певної схеми страхування може, дійсно, залежати від того, чи є особа резидентом конкретної країни, виплачувала чи ні регулярні внески, чи належить до певних «декретованих» або «привілейованих» категорій (Френк і Донабедіан 1987 [214]). Критерій прийнятності зазвичай впливає на рівень страхового покриття населення (OECD 1987 [231]; Rothgang et al. 2005 [238]), і це є додатковим критерієм класифікації. Нарешті, схеми фінансування можуть бути порівняні за рівнем та режимами регулювання фінансових органів та страхового ринку (OECD 2004) [231]; державне регулювання може бути більш-менш жорстким (Rothgang et al. 2010 [239]).

Намагаючись усунути вищезазначені критерії, було розроблено три ідеальні типи систем фінансування:

- 1) добровільне страхування (так зване «приватне медичне страхування» і «добровільне медичне страхування»);
- 2) соціальне медичне страхування;
- 3) універсальне охоплення.

Деякі фахівці зазначають потребу додати (і ми поділяємо їх думку) ще дві категорії:

- 4) «цільові» програми;
- 5) національне медичне страхування.

Розглянемо детальніше ці моделі.

Добровільне страхування (Voluntary insurance – VI). Модель добровільного страхування не передбачає зобов'язання щодо отримання страхового покриття від ризиків для здоров'я. Той, хто вибирає страхування, може мати податкові або грошові пільги, водночас штрафи можуть бути накладені на тих, хто, незважаючи на економічні можливості, приймає рішення

про відмову від страхування. У будь-якому разі, громадяни в основному можуть вільно вибирати, чи підписуватись на страхування. Той, хто не може або не хоче отримати страхове покриття, оплатить необхідні медичні послуги з власних кишень. І навпаки, той, хто бажає отримати поліс медичного страхування, може вибрати з-поміж приватних страховиків. Останні конкурують один з одним і можуть пропонувати різні моделі, розроблені для окремих абонентів. Страховиками можуть бути комерційні страхові компанії або неприбуткові установи та фонди. У першому випадку премія, імовірно, буде оцінюватися за ризиком, тобто розраховуватися на основі індивідуального ризику кожного окремого абонента. Ніщо не заважає неприбутковим страховим організаціям обчислювати премії на основі індивідуального ризику, але вони часто віддають перевагу страховим преміям за рейтингом спільноти або груповим рейтингом (Mossialos і Dixon 2002) [224, 225, 229], тобто вони дискримінують на основі характеристик більших груп.

Соціальне медичне страхування (Social health insurance – SHI) Основним принципом моделі соціального медичного страхування є те, що держава вимагає від певних категорій працівників сплачувати внески із зарплати до фонду медичного страхування. Фондами медичного страхування керують квазіпублічні, неприбуткові організації, що підлягають жорсткому державному регулюванню, призначені для збору внесків своїх абонентів (Saltman 2004) [240]; у свою чергу, абоненти страхових фондів отримують повне або часткове відшкодування витрат на медичне обслуговування. Таким чином, модель SHI поділяє населення на дві групи, які мають різні рівні свободи. З одного боку, є такі, які, як члени певних професій, повинні сплачувати обов'язкові внески. Вони не можуть вибирати, чи підписуватись на схему медичного страхування, вони змушені це робити. З іншого боку, є такі, які не підлягають жодним зобов'язанням; якщо вони цього бажають, вони можуть брати добровільний страховий поліс або витрачати власні кошти на медичне обслуговування.

Класична модель SHI, введена в дію Бісмаркським законодавством кінця XIX ст., передбачає, що різні фонди медичного страхування, які не конкурують

між собою, функціонують у межах однієї країни: працівники приписуються до певного фонду за законом, залежно від їх професії. Лише останнім часом деякі країни ввели варіант оригінальної моделі: працівник має право вибирати власний фонд медичного страхування. У цих країнах, у тому числі в Німеччині, обов'язково сплачувати внески, але можна вибрати, на який фонд медичного страхування потрібно зареєструватися. Варто нагадати, що основною особливістю SHI є те, що це типова професійна система: зобов'язання сплачувати внески на охорону здоров'я не спричинені національністю або місцем проживання, а скоріше професією. Потрібно також зазначити, що внески, що сплачуються до фонду медичного страхування, які можуть сплачуватися спільно працівником і роботодавцем, не обчислюються як відсоток від загального доходу, а лише від заробленого доходу.

Цільові програми (Residual Programs – RP). У країнах, де переважає добровільне або соціальне медичне страхування, часто існують програми, які можна визначити як «залишкові». Термін «залишок» взято з літератури про державу «благоденства» (Wilensky and Lebeaux 1958 [251]; Titmuss 1974 [245]). Програми, які ми визначаємо як залишкові в цьому розділі, це ті, які фінансуються за рахунок загального оподаткування та призначені для конкретних цільових груп. Бенефіціари цих програм, як правило, є найбільш уразливими категоріями, найбільш схильними до ризиків для здоров'я: особи з низькими доходами, літні та неповнолітні, особи, які страждають важкими захворюваннями, ув'язнені та біженці. Різні країни мають цільові програми не тільки для «слабших груп», але і для певних професійних категорій, які вважаються особливо гідними захисту з боку держави, наприклад, військових чи державних службовців. Ключовою відмінністю між цільовими програмами та іншими моделями фінансування є те, що в останніх той, хто платить, отримує право на отримання допомоги від програми, що фінансується. У випадку цільових програм це не обов'язково так: бенефіціари збігаються лише частково (або зовсім не) з тими, хто фінансує такі програми. Програму охорони здоров'я для безробітних, наприклад, фінансують платники податків, які мають роботу;

охорону здоров'я ув'язнених оплачують ті, хто не перебуває у в'язниці; програму, розроблену для неповнолітніх, фінансують дорослі, які сплачують податки тощо. Прості програми є, коротко кажучи, такими, що фінансуються спільнотою, але доступні лише окремим категоріям.

Обов'язкове національне медичне страхування (Compulsory national health insurance – CNHI). Позначення «національне медичне страхування» вживають у літературі з кількома значеннями (Evans 1981 [210]; Frenk and Donabedian 1987 [214]; OECD 1994 [231]; Lee et al. 2008 [222]; Böhm et al. 2013 [204]). Тому необхідно пояснити деякі моменти.

Ми розглядаємо національне медичне страхування (NHI) як принцип, згідно з яким держава зобов'язує всіх мешканців брати приватне медичне страхування, яке охоплює основні медичні послуги, використовуючи індивідуальні ресурси. Не існує єдиної державної схеми, за якою можна сплачувати внески, політика повинна бути виведена з різними, неприбутковими чи некомерційними страховиками, які конкурують між собою. Таким чином, NHI є системою з декількома платниками, в якій громадяни можуть обирати своїх страховиків. Держава може надавати субсидії громадянам з низькими доходами (яким інакше складно платити страхову премію регулярно), а також може запровадити регулювання страхового ринку. Страхові пакети, як правило, відрізняються один від одного й можуть забезпечувати додаткове покриття до мінімуму, передбаченого законом. Тому ми повинні мати на увазі, що можуть бути відмінності між послугами, що надаються окремим користувачам охорони здоров'я.

Універсальна система (Universal System). Універсальна система, як ми побачимо пізніше, не є синонімом Національної служби охорони здоров'я. Універсальна система визначається як схема страхування одного платника (отже, єдина для всього населення), що охоплює всіх резидентів і фінансується за рахунок оподаткування. Порівняно з іншими страховими схемами, універсальна система відзначається тим, що право на охорону здоров'я пов'язане не з виплатою премії або внеску, а з проживанням у цій країні. Таким

чином, охорона здоров'я є правом громадян цієї країни. З погляду тих, хто має фінансово сприяти, універсальна система не надає свободи вибору. Крім небагатих країн, де можлива певна форма відмови, мешканці не можуть вибирати, чи фінансувати універсальну схему: вони зобов'язані сплачувати податки, а отже, і фінансувати програму. Враховуючи, що (прямі) податки зазвичай сплачуються більше ніж пропорційно по відношенню до доходу, універсальна схема виявляється типово прогресивною системою фінансування (Mossialos and Dixon 2002 [229]; Hussey and Anderson 2003 [219]). Важливо підкреслити, що, на відміну від моделі SHI, універсальна система передбачає оподаткування не тільки на зароблені доходи, а й на всі форми доходу. Отже, фінансування універсальної схеми має чіткий перерозподільний задум: найбагатші в кінцевому підсумку оплачують, принаймні частково, медичні послуги, що надаються бідним громадянам.

Розглянемо нижче фінансове забезпечення охорони здоров'я: інтегровані й відокремлені системи. Деякі автори пропонують зобразити систему охорони здоров'я як трикутник (Mossialos і Dixon 2002 [229]; Rothgang et al. 2005 [238]), враховуючи взаємодію, що розвивається між: 1) користувачами; 2) страховиками; 3) постачальниками.

Якщо ми застосуємо цей образ, враховуючи лише аспект фінансування, це означатиме обмеження обговорення лише однією стороною трикутника, тобто відносинами між користувачами та страховиками. Вважається, що належна класифікація систем охорони здоров'я вимагає включення не тільки фінансового аспекту, а й надання послуг з догляду. Якщо ми також включимо постачальників, обговорення буде осмислювати три сторони трикутника, відносини між провайдерами та користувачами, а також між постачальниками та страховиками. Для наведення порядку між різними системами надання медичної допомоги були запропоновані різні критерії класифікації.

Перший критерій розмежовує провайдерів відповідно до їх правового статусу (OECD 1987 [232]; Rothgang et al., 2005 [238]; Lee et al. 2008 [222];

Wendt et al. 2009). Тому ми виділяємо державних, приватних некомерційних і приватних неприбуткових постачальників.

Другий критерій зосереджений на більшій чи меншій свободі вибору пацієнтів (Blank and Bureau 2004; Reibling і Wendt 2012 [250]). У деяких системах громадяни, якщо вони охоплені певною схемою страхування, можуть вільно вибирати серед усіх провайдерів, що працюють у країні. І навпаки, існують системи, в яких вибір постачальника обмежений підмножиною активних провайдерів. Деякі програми страхування, наприклад, дозволяють своїм абонентам звертатися тільки до тих, хто їх лікує, – медичних працівників, з якими вони уклали спеціальний договір; різноманітні програми, що фінансуються за рахунок загального оподаткування, обмежують вибір пацієнтів тільки державними.

Третім критерієм класифікації систем надання медичної допомоги є наявність або відсутність обов'язкового механізму охорони здоров'я (Rothgang et al. 2005 [238]; Wendt 2009 [248]; Reibling і Wendt 2012 [234]). Також ми розрізняємо системи, що ґрунтуються на дотриманні принципу воротаря і системи, що дозволяють «прямий доступ» до власне спеціалістів. У країнах, де необхідна підтримка для доступу до спеціалізованої допомоги (а також діагностичні тести та певні препарати), потрібен спеціальний рецепт лікаря первинної медичної допомоги (рецепт не потрібний для невідкладної допомоги). У системах з прямим доступом громадянин може безпосередньо звернутися до спеціалізованих медичних закладів.

Інтегрована модель та розділена модель. Немає сумніву, що три вищезазначені критерії (правовий статус, свобода вибору пацієнта та принцип «воротаря») є трьома дуже важливими аспектами для класифікації різних систем надання медичних послуг і розуміння того, як вони діють на практиці. У цьому підрозділі ми пропонуємо альтернативний критерій: інтеграція страховиків і постачальників, – тому розрізняємо інтегровані та відокремлені системи. Ця відмінність була висунута в різних попередніх роботах, які стосуються вертикальної інтеграції систем охорони здоров'я (Evans 1981 [210]; Hurst 1991

[218]; OECD, 1994 [233]; Robinson and Casalino 1996 [235]; Londoño i Frenk 1997 [223]; OECD 2004 [231]).

В інтегрованій моделі страховики надають більшу частину допомоги, необхідну їхнім власникам, безпосередньо – через власні засоби та медичний персонал. У такій моделі страховик і постачальник взаємодіють, утворюючи єдину систему.

У відокремленій моделі страховики та постачальники функціонально розділені. Вони належать до різних, автономних організацій. Таким чином, страховики не мають власних об'єктів і власного медичного персоналу; вони лише відшкодовують витрати, понесені за медичне обслуговування, надане третіми особами.

Вище ми згадували так званий «трикутник охорони здоров'я». Зрозуміло, що такий трикутник неможливо застосувати до інтегрованої моделі. Оскільки страховик і постачальник є єдиним об'єктом, учасниками системи є лише двоє; тому взаємодія є подвійною. І навпаки, розділена модель зберігає трикутну структуру з трьома окремими учасниками.

Концептуалізація, запропонована в цьому підрозділі, передбачає інтеграцію/поділ страховиків та постачальників для різновидів механізму фінансування системи. Тому повернемося до моделей фінансування, перелічених вище в підрозділі.

Кожна система фінансування матиме дві версії: інтегровану та відокремлену. Це дає діаграму 5x2, що відповідає десяти різним моделям організації системи охорони здоров'я. Щоб краще визначити ці 10 типів, ми включили деякі конкретні приклади (табл. 1.1).

Спочатку розглянемо систему добровільного страхування. Почнемо з першої системи фінансування – системи приватного добровільного страхування. Прикладом комплексного добровільного страхування є НМО (Health Medical Organization), що діє в США.

Моделі організацій систем охорони здоров'я

		Інтеграція чи відокремлення страховиків і провайдерів	
		Інтегрована модель (приклади)	Відокремлена модель (приклади)
Система фінансування	VI	Персонал-орієнтована модель	Плани відшкодування
	SHI	ІКА у Греції (до 2011 р.); деякі фонди страхування здоров'я в Австрії	Фонди обов'язкового страхування здоров'я у Франції
	RP	VHA – Асоціація здоров'я ветеранів у США	Medicaid у США
	CNHI	Clalit в Ізраїлі	Страхові компанії у Швейцарії
	US	NHS у Великобританії	Medicare у Канаді й Австралії

Примітки: VI – добровільне страхування; SHI – соціальне медичне страхування; RP – цільові програми; CNHI – національне медичне страхування; US – універсальне охоплення.

НМО являють собою страхові компанії, які безпосередньо надають більшість медичних послуг своїм учасникам через свої засоби та персонал (приклади НМО з персоналом моделі – це План охорони здоров'я Harvard Pilgrim або Група охорони здоров'я в Сієтлі). Приватні страхові компанії, які є в багатьох європейських країнах, є прикладами відокремленого добровільного страхування: ці компанії не володіють будь-якими медичними закладами, а лише відшкодовують витрати на послуги, надані третіми особами. Навіть традиційні плани відшкодування в Сполучених Штатах є типовими випадками відокремленого добровільного страхування.

Соціальне медичне страхування. Інтегровані та відокремлені фонди медичного страхування можуть існувати навіть у системах соціального медичного страхування. Розглянемо, наприклад, основні французькі фонди медичного страхування: CNAMTS, MSA або CANAM. Вони не мають власного обладнання для надання послуг, тому втілюють відокремлену модель SHI. До реформи 2011 р. ІКА в Греції була прикладом інтегрованого соціального страхування. ІКА (Idrima Kinonikon Asfalisseon, Грецький інститут соціального страхування) дійсно мав власний медичний персонал, клініки та лікарні, завдяки яким він забезпечував переважно первинну, спеціалізовану й стоматологічну допомогу, необхідну їх абонентам. Ми також знаходимо

прикладі інтегрованих фондів охорони здоров'я в Австрії (Hofmarcher 2013 [217]).

Цільові програми. Як згадувалося вище, «цільові» програми фінансуються загальним оподаткуванням і призначені для конкретних цілей населення. Прикладом інтегрованої цільової програми в Сполучених Штатах є Управління ветеранів охорони здоров'я: воно має свої власні лікарні та поліклініки, якими керує штатний персонал, який безпосередньо надає медичну допомогу ветеранам. Крім того, у США програма Medicaid є відокремленою цільовою програмою: немає медичних закладів та клінік, якими безпосередньо керує Medicaid; охорона здоров'я надається третіми особами, і компанія Medicaid лише відшкодовує відносні витрати.

Національне медичне страхування. Країна, яка протягом декількох років прийняла обов'язкове національне страхування, – Швейцарія. У цій країні існує багато приватних компаній (включаючи Helsana, CSS і Mutuel), які пропонують різноманітні страхові пакети. Особливо, коли страховики вибирають «традиційний» пакет, страхові компанії лише відшкодовують витрати, понесені за рахунок медичних послуг зовнішніми постачальниками. Таким чином, ці схеми підходять під відокремлену національну модель страхування.

Ізраїльська система охорони здоров'я багато в чому схожа з обов'язковою національною системою страхування, незважаючи на те, що вона не є прекрасним прикладом (схема NHI, прийнята в Ізраїлі, також має деякі типові елементи SHI й універсальної системи). Основним фондом медичного страхування в Ізраїлі є Clalit: він має свій власний персонал з охорони здоров'я, володіє та управляє лікарнями й амбулаторними закладами, завдяки яким надає медичну допомогу власникам полісів страхування (Rosen and Samuel 2009) [237]. Тому Clalit близька до інтегрованої національної моделі страхування.

Універсальна система. Як було згадано вище, системи охорони здоров'я Канади та Австралії часто співвідносяться із системами охорони здоров'я Сполученого Королівства, Італії та Іспанії під назвою «національні медичні послуги». Але вони такими не є. Програми Medicare в Канаді та Австралії є

відокремленими універсальними системами. Британська національна служба охорони здоров'я є інтегрованою універсальною системою: всю національну територію охоплює мережа закладів охорони здоров'я, керованих безпосередньо NHS, з власним персоналом.

Канада й Австралія мають державні лікарні, але вони не належать до Medicare. Таким чином, як у канадській, так і в австралійській версії, Medicare є лише схемою фінансування й не має власної унітарної структури надання медичної допомоги. Таким чином, термін «національна служба охорони здоров'я» повинна бути зарезервована тільки для інтегрованих універсальних систем; такі програми, як Medicare в Австралії та в Канаді, становлять окрему категорію – «відокремлені універсальні системи».

Вище ми описали 10 різних моделей організації охорони здоров'я. Дотримуючись класичної логіки класифікації, спробуємо окреслити окремі національні системи охорони здоров'я в одній з 10 визначених моделей: куди можна віднести Німеччину, Нідерланди?

Той, хто вивчає системи охорони здоров'я в порівняльній перспективі, знає, що немає, принаймні більше немає будь-яких національних систем, які використовують лише одну з вищеописаних моделей. Усі країни використовують щонайменше дві. Іншими словами, усі національні системи охорони здоров'я є гібридами. Існує широкий консенсус щодо цього питання серед фахівців, які досліджують систем охорони здоров'я (Roemer 1960 [236]; Terris 1978 [242]; Frenk and Donabedian 1987 [214]; Burau and Blank 2006 [205]; Wendt et al. 2009 [220]; Böhm et al. 2013 [204]). Але, якщо ми констатуємо, що всі країни мають гібридні системи, підбір одного з десяти ідеальних типів стає складним. Деякі автори пропонують вирішити цю проблему, враховуючи для кожної країни систему, яка переважає (Roemer 1960 [236]; Terris 1978 [242]; Wendt et al. 2009 [248]). Використання моделі, що домінує, як доцільної має очевидну практичну цінність. Але посилалися тільки на наявну схему видається спрощенням, коли йдеться про певні країни з особливо складними системами охорони здоров'я (Frenk and Donabedian 1987) [214]. Для вирішення проблеми

необхідно ввести в концептуальну схему аспект сегментації систем охорони здоров'я. Під сегментацією ми розуміємо наявність певних критеріїв, згідно з якими загальна національна система розбивається на підсистеми, до яких застосовуються різні моделі організації охорони здоров'я. Існує два основних принципи сегментації:

- 1) сегментація медичних послуг;
- 2) сегментація населення.

Сегментація медичних послуг передбачає поділ усього спектра послуг охорони здоров'я на різні «пакети». Приклад сегментації медичних послуг може привести до розрізнення процедур на:

- 1) «істотні» (тобто ті, які вважаються необхідними, отже, включаються до основного страхового пакету);
- 2) «додаткові» (ті, що не вважаються необхідними з медичної точки зору, наприклад, косметична хірургія);
- 3) «виняткові», пов'язані з ризиками «катастрофи» (для хронічних або, у будь-якому разі, виключних умов, витрати яких були б фінансово нестійкими для більшості населення).

Другий тип сегментації стосується населення. Ця логіка сегментації передбачає розподіл громадян на окремі групи, пов'язані з різними схемами страхування. Населення може бути сегментовано за різними критеріями. Найбільш поширеними є:

- професія (наприклад, розрізняють працівників і самозайнятих працівників, державних і приватних працівників);
- зароблений дохід;
- вік (можуть бути програми, призначені тільки для молодих або літніх людей).

Крім цих трьох, є й інші критерії сегментації населення; можуть існувати програми, присвячені виключно етнічним меншинам, громадянам, які страждають від певних захворювань, ув'язненим, вагітним жінкам тощо. Наприклад, у Німеччині населення сегментують за професією (працівники чи

самозайняті) і заробленим доходом (той, у кого дохід перевищує певний рівень, можуть відмовитися від SHI). У США населення розподіляють за різними критеріями, включаючи вік: фактично існують цільові програми для осіб старше 65 років (Medicare) та неповнолітніх (CHIP).

Нижче ми розглянемо для прикладу національні системи охорони США, Швейцарії та Нідерландів як такі, що важко піддаються класифікації (Bureau and Blank 2006 [203]; Wendt 2009 [248]; Wendt 2014 [250]).

Сполучені Штати витрачають 16,4% ВВП на охорону здоров'я (більше, ніж будь-яка інша країна ОЕСР), близько 52% з яких – приватні витрати, а 48% – державні витрати (OECD 2015) [253]. Для більшості громадян витрати стосуються фінансування зазвичай цільових програм. Medicare – програма, призначена, передусім, для людей старше від 65 років; Medicaid підтримує бідних; CHIP (програма дитячого медичного страхування) призначена для дітей з низькими доходами. Інші цільові програми призначені для збройних сил, ветеранів війни, федеральних службовців, корінних американців, ув'язнених та інших «декретованих» груп.

Ці програми можуть бути інтегровані (як уже згадувалося вище) у ветеранському управлінні або відокремлені. Взяті разом, цільові програми охоплюють близько 36% населення США (Бюро перепису населення США 2015) [247]. Решта – навіть після реформи Обама 2010 р. – увійшла до системи добровільного приватного страхування. Приватні страховики, з яких американці можуть вибрати, можуть бути інтегровані або відокремлені. Коли ми говоримо про те, що Сполучені Штати мають типову добровільну систему приватного страхування, наша заява не є абсолютно неправильною, але досить неповною. Враховуючи населення, охоплене державними програмами та приватним страхуванням, правильніше було б сказати, що дві третини американської системи охорони здоров'я базується на добровільному страхуванні, а третина – на цільових програмах.

Варто зазначити, що 36%, що підтримуються цільовими програмами, – це не будь-яка третина американського населення: вона включає категорії, які,

імовірно, зазнають підвищеного ризику для здоров'я, а отже, і більш дорогих користувачів охорони здоров'я. Виходячи із цих міркувань, якщо замість того, щоб розглядати населення, охоплене різними програмами, ми зосереджуємося на відносних витратах на охорону здоров'я, пропорції змінюються: американську систему становить 55% добровільного страхування, а решта 45% є залишковою (Центри для Medicare & Medicaid Services 2014) [206].

З 1996 р. Швейцарія або виключена з вищезазначених класифікацій (Wendt 2014) [226], або позначена як система SHI (Saltman 2004 [240]; Böhm et al. 2013) [204]. Відповідно до визначень, наведених у цьому підрозділі, швейцарський випадок є досить гарним прикладом національного медичного страхування. Усі швейцарські мешканці (а не працівники) зобов'язані мати базовий поліс медичного страхування. Громадяни повинні робити це власними засобами й можуть вільно вибирати з багатьох страховиків, які конкурують між собою. Страховики повинні дотримуватися суворих державних правил: вони не можуть отримувати прибуток від цієї діяльності, не можуть вибирати власників полісів (відповідно до принципу відкритості) і повинні розраховувати премії за принципом спільноти. Бідні отримують державні субсидії, щоб вони могли оплачувати медичне страхування. Що стосується відносин між страховиками та постачальниками, то швейцарська система має тенденцію бути відокремленою. Однак, за прикладом США, Швейцарія починає покладатися на НМО. Швейцарські НМО не володіють лікарнями, але керують клініками та залучають персонал охорони здоров'я.

Вищевикладене входить до основного пакету медичної допомоги, тобто охорони здоров'я, що підлягає обов'язковому страхуванню. Хоча основний пакет є досить повним, деякі процедури залишаються поза увагою, включаючи більшість стоматологічних послуг. Для покриття несуттєвих процедур швейцарці можуть отримати додаткове страхування. Додаткове страхування здійснює типова добровільна приватна система страхування.

Система охорони здоров'я в Нідерландах застосовує сегментацію охорони здоров'я, що поділяється на три окремі сектори:

- 1) «виняткові» медичні витрати;
- 2) базовий пакет необхідної медичної допомоги;
- 3) «додаткові» процедури.

«Виняткові» витрати (визначені акронімом AWBZ), пов'язані, зокрема, з доглядом за інвалідами та довгостроковими послугами, покриваються єдиною обов'язковою національною схемою, яка охоплює все населення. Схема AWBZ схожа на універсальну систему, хоча вона фінансується за рахунок внесків, що розраховуються пропорційно до заробітної плати, а не поступово на загальний дохід.

Другий сектор (Zvw), що складається з основного пакету для основної медичної допомоги, покладається на систему ННІ, яка, однак, представляє деякі типові елементи системи SHI з точки зору методу розрахунку страхових премій. Є страховий поліс, що охоплює основну медичну допомогу, у конкуренції один з одним, і державні субсидії надаються як для малозабезпечених громадян, так і для неповнолітніх. Більшість страховиків Zvw є незалежними від постачальників медичних послуг (відокремлених ННІ). Дві категорії людей виключаються з обов'язкового страхування (це приклад сегментації населення):

- 1) військові, оскільки вони мають відокремлену цільову схему;
- 2) особи, які відмовляються від страхування з релігійних причин або з принципу (вони, однак, повинні сплачувати внески).

Існує також третій сегмент, тобто «допоміжний» догляд (стоматологічна допомога, фізіотерапія, альтернативна медицина, косметичні процедури тощо). Допоміжний догляд підходить під типову добровільну приватну систему страхування (відокремлення).

1.3. Генезис розвитку державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні

Реформування сфери охорони здоров'я в частині створення сімейної медицини виправдало себе й принесло позитивні результати в багатьох країнах світу, зокрема в Німеччині, США, Франції, Австралії, Канаді, Туреччині, Македонії. Як бачимо, Україна має, на кого рівнятися. Запропонована модель сімейної медицини повинна наблизити вітчизняну сферу охорони здоров'я до європейської.

Однак у процесі реалізації реформи виявилось, що це не так уже й просто зробити. І хоча з моменту впровадження реформи пройшло немало часу та багато змін у медицині відбулися, проте, на сьогодні більшість населення й лікарів до кінця не розуміють суті поняття «сімейна медицина». Тому на сьогодні набуває актуальності дослідження генезису, історії зародження сімейної медицини та перспективи її розвитку на теренах України.

У 2002 р. Європейська організація сімейних лікарів (Wonca Europe – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Assotiations of General Practitioners / Family Physicians, або World Organization of Family Doctors) дала таке визначення загальної практики/сімейної медицини: «Загальна практика/сімейна медицина – це академічна і наукова дисципліна зі своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю» (De Maesneer J.M., De Sutter A., 2004) [207].

Основна відмінність нової форми медицини від старої полягає в тому, що сімейна медицина спрямована на забезпечення не лише здоров'я одного хворого, а й усього суспільства. Тобто їй притаманний тісний зв'язок із суспільством. За визначенням ВООЗ, «первинна медико-санітарна допомога є основою медико-профілактичного обслуговування населення, яка виконується за допомогою науково-практичних, соціально прийнятних методів і технологій» [252]. Першопочатковим у сімейній медицині було запропоноване поняття

«лікар загальної практики», яке почало свою історію ще з XIX ст., коли допомога лікаря надавалася в індивідуальному порядку, тому кожен хворий мав свого лікаря, тобто лікаря, до якого вони найчастіше зверталися. Пацієнти своєму лікарю вірили, спираючись на професіоналізм, а лікарю, у свою чергу, було зручно, оскільки міг спостерігати за станом хворого, знаючи історію хвороби, крім того, могли спостерігати за здоров'ям усієї родини.

Сімейний лікар повинен мати індивідуальний підхід до хворого, знати його сім'ю та як вона впливає на стан пацієнта. Тобто він повинен постійно працювати не лише з хворим, а й із його сім'єю. Сімейний лікар повинен не лише фізично лікувати хворого, а й брати до уваги його емоційний стан, його ставлення до своєї хвороби. Однак тут існує й інший бік, адже хвороба впливає негативно не лише на самого хворого, а й на його близьких, родичів. Тому важливо, щоб сімейний лікар це розумів, знав і намагався завжди підтримувати позитивний емоційний стан у сім'ї.

Отже, основними ознаками сімейної медицини є: ефективність та доцільність допомоги; довготривалість та безперервність спостереження; попереджувальність, застосування превентивних заходів; ставлення до всієї сім'ї як до одного пацієнта.

Сімейний лікар має постійно контролювати ставлення сім'ї до свого здоров'я, до спорту, до екології, до шкідливих звичок, щоб своєчасно передбачити й запобігти виникненню чи розвитку певного захворювання. Саме профілактичні дії є важливим атрибутом сімейної медицини. Тільки в сімейного лікаря є справжнє бажання займатись не лише лікуванням хвороби, а й, передусім, профілактикою захворювань. Адже лише він знає всі шкідливі звички своїх пацієнтів і для гарного результату своєї роботи безпосередньо зацікавлений у зниженні рівня їх захворюваності.

На сьогодні важливо, щоб населення України зрозуміло, що вигідніше мати універсального, єдиного, свого лікаря, ніж звертатися по допомогу до багатьох вузькоспеціалізованих лікарів. Сімейним лікарям теж варто усвідомити їхню ключову роль у реформуванні всієї системи охорони здоров'я,

бути націленими на лікування конкретного пацієнта і його сім'ї, а не всього суспільства. Саме за таких умов реалізація сімейної медицини принесе очікувані результати. Тому, враховуючи всі позитивні й негативні сторони, сімейна медицина є важливим фактором покращення якості надання медичної допомоги й підвищення авторитету лікаря загальної практики. Саме за нею стоїть майбутнє всієї нації.

Варто зазначити, що для повноцінної реалізації реформи й ефективного становлення та функціонування сімейної медицини недостатньо просто змінити назву поліклініки, потрібно внести докорінні зміни в сутність самої медицини. І ці зміни мають розпочатися із самого медпрацівника, тобто лікарі й медсестри мають відчувати відмінність у підході до людини та її здоров'я. Оскільки сімейний лікар зобов'язаний лікувати свого пацієнта не лише фізично, а й на психологічному та соціальному рівнях. Адже здоров'я людини полягає в рівнозначності й балансі всіх його рівнів: фізичного, соціального та психологічного.

За штатним нормативом у сімейній медицині 1 посада сімейного лікаря на 1500 осіб дорослого і дитячого населення в містах та на 1200 – у сільській місцевості, що становить основу організаційного й економічного механізмів державного управління розвитком сімейної медицини. Всесвітня організація сімейних лікарів ставить 6 основних вимог до сімейного лікаря (рис. 1.1).

ВИМОГИ ДО СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ



Рис. 1.1. Вимоги до сімейного лікаря

Джерело: складено автором з використанням джерела [243]

В Україні зародження та розвиток сімейної медицини відбувався відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я. Зауважимо, що ще в 1987 р. у Львові затверджено регіональний експеримент, у процесі якого

розроблено ряд документів, які визначають посадові обов'язки сімейних лікарів, порядок їхньої роботи та систему переходу від лікарів дільничих до лікарів практичної сімейної медицини. У табл. 1.2 подано хронологію впровадження та розвитку сімейної медицини в Україні.

Таблиця 1.2

Хронологія впровадження та розвитку сімейної медицини

Рік	Подія
1	2
1991	У Львові перейшли до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у 3-річній інтернатурі за програмою, розробленою Львівським медінститутом і затвердженою МОЗ України
1992	Створено першу амбулаторію сімейних лікарів у Дрогобичі. Верховна Рада України прийняла законодавство про охорону здоров'я, де визначено правові, соціальні та економічні передумови переходу охорони здоров'я на засади сімейної медицини. Міністерством охорони здоров'я України затверджено типовий навчальний план і програму спеціалізації (інтернатури) випускників медичних інститутів і медичних факультетів університетів зі спеціальності «Лікар загальної практики»
1993	Переглянуто Програму підготовки в інтернатурі за участю фахівців Київського інституту удосконалення лікарів та Одеського медінституту
1994	Підготовлено та затверджено кваліфікаційну характеристику лікаря за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»
1995	Наказом МОЗ України від 22 червня 1995 р. № 114 затверджено посаду «лікар загальної практики/сімейний лікар». МОЗ України затвердило навчальний план та програму циклу спеціалізації з сімейної медицини (розробник – Львівський державний медінститут)
1996	У Київській медичній академії післядипломної освіти відкрито кафедру сімейної медицини
1997	Наказом МОЗ України від 19 грудня 1987 р. до номенклатури лікарських спеціальностей включено спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина». Створено Українську асоціацію сімейної медицини
1998	У Києві проведено I Українсько-Британську конференцію з питань сімейної медицини
1999	У Дніпропетровську проведено II Українську науково-практичну конференцію з питань сімейної медицини з міжнародною участю «Актуальні проблеми підготовки сімейних лікарів, організація та впровадження сімейної медицини в Україні»

Продовження табл. 1.2

1	2
2000	В Одесі проведено III Українську науково-практичну конференцію з міжнародною участю «Актуальні питання сімейної медицини». 2000 р. – Прем'єр-міністром України підписано постанову Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» № 989
2004	Експеримент в м. Комсомольськ Полтавської області зі створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню з пріоритетним впровадженням сімейної медицини (наказ МОЗ від 16 січня 2004 р. № 16). Експеримент з міжнародною участю щодо впровадження сучасної моделі сімейної медицини в Автономній Республіці Крим, Запорізькій та Хмельницькій областях (наказ МОЗ від 06 липня 2004 р. № 338)
2005	Київська медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика – створення першого факультету «Загальна практика – сімейна медицина»
2009	Створено в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика Інститут сімейної медицини
2011	Впроваджено реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини в пілотних регіонах: Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві
2012	Наказ № 866 «Про оцінку оснащеності лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги»
по сьогодні	Подальше реформування сфери охорони здоров'я та реалізація останніх етапів сімейної медицини

Джерело: розроблено автором з використанням джерела [6].

Зважаючи на давню історію зародження сімейної медицини в Україні, стрімкого розвитку вона набула в 2018 р., коли 19 жовтня 2017 р. було прийнято Закон 2168–VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» і таким чином дала «зелене світло» реформі фінансової системи медицини [109].

Першим кроком реформування охорони здоров'я стало створення Національної служби здоров'я України – центрального органу виконавчої влади, який реалізує основний принцип медреформи «гроші йдуть за пацієнтом» – оплачує вартість реально наданих медичних послуг.

Найбільш активними були жителі Полтавської, Хмельницької, Житомирської і Чернігівської областей – тут декларації зі своїм лікарем підписали понад 60% мешканців. Позначку 50% не перетнули лише в трьох

областях України – у Луганській (тут свого лікаря обрали 49% мешканців), Одеській (43% мешканців) та Закарпатській (41%) [216].

Лідером за оплатами від Нацслужби здоров'я за третій квартал 2018 р. став Київ (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

**Лідери за оплатами від Національної служби здоров'я
(станом на III квартал 2018 р.)**

Регіон	Кількість медичних закладів	Сума, млн грн
Київ	30	266,8
Вінницька область	24	96,2
Полтавська область	17	92,2
Дніпропетровська область	15	83,7
Хмельницька область	9	53,8

Джерело: складено автором з використанням джерела [216].

Як бачимо з табл. 1.3, 30 медичних закладів Києва, які під час першої хвилі реформування охорони здоров'я уклали договори з Національною службою здоров'я, отримали фінансування в розмірі 266,8 млн грн.

Останнє місце – 5-те посідають 9 закладів Хмельницької області, яким виділено було суму в розмірі 53,8 млн грн. Однак є й такі області, з яких жодний медичний заклад не уклав договір з Національною службою, а саме: Тернопільська, Луганська й Волинська. Тобто ці області взагалі не отримали фінансування від Нацслужби.

Планується, що в 2021 р. сімейні лікарі перейдуть на електронний документообіг, тобто повністю працюватимуть без паперу. Крім того, у повному обсязі буде реалізована реформа системи охорони здоров'я.

Висновки до першого розділу

Аналіз сучасних наукових розробок виявив їх мультидисциплінарність. Наукові дослідження у сфері державного управління первинною медико-санітарною допомогою ведуть на стику декількох наук. Виходячи з предмета цього дослідження – механізмів державного управління первинною медикосанітарною допомогою в Україні, це, насамперед, наука державного управління й медичні науки. Варто відзначити також юридичні науки, зокрема за спеціальністю «адміністративне право і процес, фінансове право, інформаційне право». Також дотичними до окресленої проблематики є праці фахівців з економічних наук, зокрема у сфері економіки й управління національним господарством.

Під механізмом державного управління запропоновано розуміти сукупність правових, організаційних, нормативних, економічних, фінансових, мотиваційних та інформаційних механізмів надання медичної допомоги. Вони створюють систему управління галуззю, тому розглядати їх потрібно в сукупності впливу кожного на організаційне суспільство та один на одного.

Для напрацювання подальших рекомендацій щодо кращого функціонування механізмів державного управління первинною медикосанітарною допомогою вивчено зарубіжний досвід у цій сфері, зокрема проаналізовано структуру сучасних моделей системи охорони здоров'я в різних країнах.

Визначено, що сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, створені під впливом декількох чинників, з них найбільш важливими є географічні, історичні, соціокультурні, політичні та адміністративні. На тлі цих чинників можна також слідувати загальним тенденціям розвитку національних систем охорони здоров'я. Для того, щоб створити сучасну парадигму розвитку національної системи охорони здоров'я,

необхідно проаналізувати зарубіжні моделі системи охорони здоров'я, оцінити їх сильні й слабкі сторони.

Проблемні аспекти в класифікації систем охорони здоров'я й державного управління в цій сфері не дають підстав вважати запропоновані в сучасній літературі класифікації систем охорони здоров'я цілком придатними до використання. Безсумнівно, вони (класифікації) є корисними, проте потрібно брати до уваги, який власне критерій авторами класифікацій взятий за її основу і з якою метою вона була створена.

Розвиток власне державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні бере свій початок від проголошення незалежності нашою державою у 1991 р. Хоча потрібно зауважити, що ще в 1987 р. у Львові було затверджено проведення регіонального експерименту, у процесі якого розроблено низку документів щодо посадових обов'язків сімейних лікарів, порядку їх роботи та принципи переходу від системи дільничних лікарів до лікарів практичної сімейної медицини.

Реформування системи охорони здоров'я з проведенням її структурної перебудови, пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної медичної допомоги, підвищенням якості медичних послуг, керованим розвитком платних медичних послуг та введенням загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування досі не реалізовано. Актуальними є створення конкуренції між надавачами медичних послуг і забезпечення свободи вибору цих послуг з одночасним гарантованим безкоштовним медичним обслуговуванням соціально не захищених верств населення. Важливим завданням є вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути приведена у відповідність до норм і принципів міжнародного права.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

2.1. Організаційний механізм державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні

У 2017 р. в законодавстві України відбулися суттєві зміни власне в галузі системи охорони здоров'я країни. Реформи, що відбулися, не мали однозначного сприйняття ні в політичних колах, ні серед професійних учасників системи, ні посеред реципієнтів. Реформи в системі охорони здоров'я України не набули такої популярності, як свого часу реформи в банківській сфері, оподаткуванні, корпоративному управлінні та судовій системі.

Прихильники попередньої системи охорони здоров'я України вважають зміни, запроваджені тогочасним міністром охорони здоров'я, такими, що виступають проти основних потреб пацієнтів та їх сімей. Але водночас охорона здоров'я фінансується Україною – близько 7% бюджету, що є величезною частиною державних витрат, котрі є під загрозою не бути повернутими з причин сталої корупції, що мала місце в попередній версії структури охорони здоров'я України.

Ключові проблеми існують вже більше ніж тридцять років. Відсутність ефективних реформ призвела до того, що український сектор охорони здоров'я не отримував достатнього фінансування. Водночас мали місце проблеми недосконалості бюрократичних процедур та відслідковування інтересів окремих зацікавлених осіб, несанкціонованої, нелегальної співпраці мереж компаній-підрядників з парламентарями та урядовцями, які отримували прибуток від штучних націнок, контролювали закупівлю ліків і медичного обладнання.

Розподіл бюджетних грошей у державних клініках та лікарнях керувався більше одноосібними рішеннями політично впливових головних лікарів, ніж потребами пацієнтів. Звичайні громадяни України платили величезні суми особистих коштів за так зване безкоштовне медичне обслуговування. Понад 600 000 українських сімей щороку стикаються з фінансовою катастрофою через вимоги отримати медичний хабар або необов'язкові «благодійні пожертви» для клінік та лікарень.

Революція 2014 р. в країні відкрила ті самі можливості для змін у галузі охорони здоров'я, що й в інших секторах. Протягом кількох років масштаби та темпи медичної реформи були вражаючими. Першим кроком у 2015 р., зумовленим давньою боротьбою з корупційними закупівлями в Міністерстві охорони здоров'я, були передані фармацевтичні закупівлі ЮНІСЕФ, Програмі розвитку ООН та Crown Agents (Великобританія). Купівля ліків через міжнародні організації забезпечила прозорість та усунула корумпованих посередників, різко знизивши ціни на вакцини та інші лікарські засоби, а також зменшивши дефіцит вакцин, що призвів до спалахів кору, поліомієліту та інших захворювань, яким запобігають вакцинації [199].

У 2016 р. під керівництвом першого в історії справді реформаторського Міністерства охорони здоров'я на чолі з виконуючим обов'язки міністра доктором Уляною Супрун розпочалася серйозна робота над новою системою фінансування охорони здоров'я. Згідно із законом, прийнятим у 2017 р., більшість дорослих українців зараз підписали контракт із лікарем первинної медичної допомоги на свій вибір. Нове агентство з однооплачувальними послугами, Національна служба охорони здоров'я України (НСЗУ), платить цим лікарям за надання чітко визначеного набору основних медичних послуг кожному пацієнтові у їх списку безкоштовно.

Уперше приватним установам дозволено конкурувати з державними клініками за державне фінансування, ще більше розширюючи можливості пацієнтів. Нова система електронного здоров'я та інформаційна панель Національної служби здоров'я України, що базуються на мережі інтернет,

забезпечують постійно оновлювані, прозорі дані про надання та фінансування допомоги та дотримання стандартів, різко звужуючи простір для корупції. Більше ніж 70% українців, які брали участь в опитуванні, заявляють, що задоволені якістю наданої їм допомоги, а більшість лікарів задоволені зарплатою, яка зросла в два-три рази.

Наступною була реформа лікарні. Стара модель фінансування лікарень з розрахунку на одне стаціонарне ліжко була скасована. Починаючи з квітня 2020 р., лікарням відшкодовують виплати залежно від хвороб та умов, які вони насправді лікують, і свобода вибору є ключовою: гроші слідують за пацієнтом, і пацієнти обирають заклади, що пропонують найкращу допомогу та дають найкращі результати. Більшість лікарень почали готуватися до цієї нової структури стимулювання ще в 2017 р. За підтримки місцевих органів влади вони відремонтували, придбали нове обладнання та зробили те, що було необхідно для залучення бізнесу.

Із самого початку передбачалося, що більшість лікарень будуть процвітати, але не всі переживуть цей етап реформи неушкодженим. Очікувалося, що місцеві органи влади надаватимуть пріоритети. Залежно від стану та потенціалу лікарні влада може вирішити інвестувати в найкращі, перепрофілювати одні, об'єднати інші та закрити ту кількість лікарень, що не використовуються достатньою мірою та потребують великих капіталовкладень чи ремонту. При цьому є одне «але». Згідно зі ст. 49 Конституції України, чинна мережа закладів охорони здоров'я не може бути скорочена.

Наразі щодо кількості цифр розбіжностей мало: за реформою, 954 лікарні – це майже дві третини з них – цього року підписали контракти з НСЗУ на більше грошей, ніж отримали з бюджету на 2019 р. У решти їх бюджет зменшився різною мірою – від декількох процентних пунктів до половини. Саме так було задумано: припинить викидати гроші на заклади з малою кількістю пацієнтів і незадовільною якістю обслуговування.

Центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я в Україні є Міністерство охорони здоров'я. Правовою основою функціонування

цього органу є Положення, затверджене Указом Президента України № 1918/2000 від 24 липня 2004 р., із змінами й доповненнями, та Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» № 1542 від 02 листопада 2006 р.

Національна служба здоров'я України була створена як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів через Міністра охорони здоров'я [142, ст. 2]. Вона покликана реалізувати державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними її завданнями є такі [142, ст. 3]:

– «...реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій)» [142];

– «...виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій» [142];

– «...внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення» [142].

Структурно Національна служба здоров'я України складається з юридичного департаменту (5 осіб), у складі якого виділено відділи:

- судово-претензійної роботи;
- роботи з договорами про медичне обслуговування населення та реімбурсацію;
- нормативно-правового забезпечення;
- правової та роз'яснювальної роботи.

У складі Департаменту управління персоналом є управління добору та оцінювання персоналу, яке у свою чергу складається з таких відділів:

- відділ добору персоналу;
- відділ організаційного розвитку;

- відділ внутрішнього навчання і підвищення кваліфікації персоналу;
- відділу оцінювання персоналу.

У складі Департаменту взаємодії із зацікавленими сторонами виокремлено відділ координації роботи територіальних органів і відділ взаємодії з органами місцевого самоврядування.

Безпосередньо до теми нашого дослідження має стосунок Департамент договірної роботи, у складі якого є такі відділи:

- відділ роботи з договорами щодо надання первинної медичної допомоги;
- відділ роботи з договорами щодо спеціалізованої, високоспеціалізованої та екстреної медичної допомоги;
- відділ роботи з договорами щодо паліативної медичної допомоги та реабілітації;
- відділ координації договірної роботи територіальних органів.

Департамент моніторингу Національної служби здоров'я України складається з двох відділів – відділу фактичного моніторингу та перевірки надавачів і відділу автоматичного моніторингу.

Департамент фінансів та бухгалтерського обліку складається з управління бухгалтерського обліку та звітності, управління планово-фінансової роботи; відділу бюджетування управління планово-фінансової роботи; відділу нарахування заробітної плати; відділу планово-аналітичної роботи.

Департамент замовлення медичних послуг та лікарських засобів складається з управління фінансових гарантій медичного обслуговування; аналітичного управління; відділу розробки програми медичних гарантій; відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування.

До складу Департаменту розвитку електронної системи охорони здоров'я входять відділ аналізу процесів; відділ управління актуальністю даних електронної системи охорони здоров'я; відділу захисту персональних даних.

Департамент інформаційних технологій складається з управління інфраструктури та підтримки; управління розвитку та супроводу системи; відділу розвитку та супроводу прикладних систем; відділу інформаційної безпеки та розподілу доступів.

До складу Департаменту комунікацій входять управління інформаційно-довідкової служби; управління зв'язків з громадськістю, відділ взаємодії з державними органами; відділ зовнішніх комунікацій.

Адміністративний департамент складається з господарського управління; управління документального забезпечення, публічної інформації та розгляду звернень громадян; відділу будівництва та нерухомості; відділу матеріально-технічного забезпечення.

У структурі Національної служби здоров'я України є 5 департаментів за регіонами держави. Це Центральний міжрегіональний департамент; Північний міжрегіональний департамент; Південний міжрегіональний департамент; Східний міжрегіональний департамент; Західний міжрегіональний департамент. До складу вищезгаданих департаментів входять управління та відділи моніторингу за областями України, географічно розділеними за цими департаментами [99].

Також до складу Національної служби здоров'я України входять самостійні відділи, які не є згрупованими в департаменти. Це відділ управління стратегічними проектами, відділ з питань запобігання та виявлення корупції, відділ внутрішнього аудиту й сектори – режимно-секретної роботи; мобілізаційної роботи та цивільного захисту; питань охорони праці та пожежної безпеки.

З квітня 2020 р. розпочато другий етап медичної реформи України. Зміни мають місце на всіх рівнях, проводиться повна трансформація системи охорони здоров'я. Уже відбулася перебудова первинної ланки, суттєві зміни в роботі сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів вже дають свої результати. Водночас думки фахівців та учасників системи суттєво різняться, створюючи дискусії, підтримуючи чи критикуючи стан речей.

Щодо фінансування змін та сучасних реформ в системі охорони здоров'я, то на сьогодні всі питання щодо коштів визначено в Законі України про Державний бюджет України. Частка коштів Державного бюджету України, що надаються для реалізації програми медичних гарантій, зокрема, розраховується згідно з визначеною відсотковою ставкою та становить не менше ніж 5% валового внутрішнього продукту України. Загалом на витрати в системі охорони здоров'я у 2020 р. з держбюджету виділено 137,2 млрд грн, що становить близько 3% ВВП.

Програма медичних гарантій реалізується з квітня 2020 р. у всіх закладах охорони здоров'я, що були долучені до програми та які надають відповідну медичну допомогу. Такі комунальні заклади повинні мати укладені договори з Національною службою здоров'я України про медичне обслуговування населення. Для реалізації програми з Державного бюджету України на I квартал 2020 р. відведено 14,6 млрд грн.

Згідно з умовами бюджетної програми КПКВК 2308060 «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» Міністерства охорони здоров'я України, на її реалізацію повинно бути відведено 72 млрд грн у 2020 р.

Реформи вторинної та третинної медичної допомоги запроваджуються з квітня 2020 р. Кошти за надані медичні послуги в рамках програми медичних гарантій будуть гарантовані та оплачені за рахунок коштів Державного бюджету України.

Національною службою здоров'я України було укладено 1524 договори про співпрацю з надання безоплатної медичної допомоги населенню із закладами спеціалізованої медичної допомоги. Таким чином, було розпочато другий етап реформування системи фінансування охорони здоров'я в Україні.

Суттєва увага приділяється боротьбі з корупцією та хабарництвом у медичних установах України. Опрацьовуються схеми та методи протидії корупції. Запроваджуються різні запобіжні методи в цьому напрямі. Чітко

відслідковуються та захищаються права пацієнтів, що мають підписані угоди та право на безкоштовне медичне обслуговування.

Кожен пацієнт при виникненні ситуації, коли в процесі отримання медичної допомоги у відповідному закладі надання таких медичних послуг де працівники або офіційні підрядники вимагали винагороду в будь-якій формі за надання медичних послуг, котрі є частиною програми медичних гарантій, може подати скаргу та має право передати відповідну інформацію на розгляд до правоохоронних органів. У свою чергу, при визнанні судом такої інформації такою, що мала місце, працівника чи підрядника надавача медичних послуг буде притягнуто до кримінальної відповідальності за порушення права на безоплатну медичну допомогу громадянам України.

У разі виникнення таких ситуацій, коли порушуються права громадян, з метою протидії корупції, а також за наявності інших додаткових причин НСЗУ має право в односторонньому порядку розірвати укладений договір з медичною установою.

Вже близько 90% закладів, станом на перше півріччя 2020 р., подали свої заявки та прописало пропозиції до співпраці з НСЗУ. Ще частина лікарень та закладів охорони здоров'я очікують на підписання договорів та завершення документальної процедури оформлення співпраці. Окрім державних та комунальних закладів охорони здоров'я виявили бажання співпрацювати також і деякі приватні.

У такий спосіб практично всі районні, міські та обласні лікарні взяли участь у процесі реформи. За фактом підписання договору кожен медичний заклад має право на надання безоплатної медичної допомоги пацієнтам, що прописано у 26 пакетах медичної допомоги. Згідно з умовами такого договору лікарня буде отримувати кошти від НСЗУ за кожного пацієнта, котрому було надано відповідну медичну допомогу.

Таким чином, успішність лікарні буде розраховуватись відповідно до кількості пацієнтів, котрі до неї звернулися по допомогу. У свою чергу, й успішність та якість наданих послуг лікарями буде прослідковуватись за цією

самою схемою й розраховуватись за тією самою формулою. Успішні лікарні та лікарі будуть мати можливість отримувати краще фінансування та збільшувати свій бюджет пропорційно до своєї ефективності.

Крім того, на регіональному рівні місцева влада мала можливість подбати про технічний стан закладів охорони здоров'я на місцях, оснащення необхідною технікою та забезпечення висококваліфікованим персоналом. При забезпеченні необхідного рівня такі заклади охорони здоров'я мали можливість зголоситися на співпрацю та надання медичних послуг згідно з максимальною кількістю пакетів. При цьому деякі пріоритетні послуги оплачуються НСЗУ за збільшеним тарифом.

Порівняно з попередньою схемою фінансування системи охорони здоров'я України, Програма медичних гарантій надає більшу кількість коштів на багато інших медичних послуг, таких як гемодіаліз, мобільний паліатив та стаціонарний, лікування онкологічних хворих, на медичну реабілітацію тощо.

Згідно з Програмою медичних гарантій, кожен пацієнт має право на безоплатне отримання медичних послуг в авторизованих закладах охорони здоров'я. У Програмі медичних гарантій надано детальний перелік таких медичних послуг, котрі гарантовані державою. Скористатися таким правом може кожен громадянин України, котрий уклав декларацію із сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром.

Отримати послуги профільних медичних спеціалістів кожен пацієнт може згідно з направленням від лікаря, з котрим підписано декларацію. При цьому, згідно з умовами Програми медичних гарантій, допомога таких профільних спеціалістів, як психіатр, нарколог, гінеколог чи стоматолог, може бути надана без направлення. Також екстрена медична допомога надається в Україні кожному, хто потребує, без наявності декларації чи інших документів.

Наразі щодо кількості цифр розбіжностей мало: за реформою, 954 лікарні – це майже дві третини з них – цього року підписали контракти з НСЗУ на більше грошей, ніж отримали з бюджету на 2019 р. У решти їх бюджет зменшився різною мірою – від декількох процентних пунктів до половини.

Саме так було задумано: припинити викидати гроші на заклади з малою кількістю пацієнтів і незадовільною якістю обслуговування.

Система охорони здоров'я загалом і система первинної медичної допомоги зокрема є надзвичайно широкою сферою державного управління. Для забезпечення ефективної діяльності власне системи первинної медичної допомоги необхідно забезпечити її інфраструктурно, матеріально-технічно й кадрово. Це є комплексною державною проблемою, а не лише галузевою.

Організація надання первинної медичної допомоги останнім часом значно змінилася. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» і Закон України «Про медичну допомогу», а також інші підзаконні нормативно-правовими акти регламентують основні принципи її надання. Організація та забезпечення надання екстреної медичної допомоги громадянам та іншим особам здійснюються відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу» і згідно зі ст. 37 «Надання медичної допомоги в невідкладних та екстремальних станах» Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Цей Закон визначає:

1) «...організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків»[113];

2) «...засади створення системи екстреної медичної допомоги, її функціонування» [113];

3) «...напрями розвитку системи екстреної медичної допомоги» [113].

Цей Закон став базовим для процесу реформування національної системи екстреної медичної допомоги. Уперше вводиться поняття надання двоетапної медичної допомоги на догоспітальному й госпітальному етапах. Також він регламентує створення Територіальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної)

медичної допомоги в багатопрофільних лікарнях, а також забезпечує організацію госпітальних округів, перепрофілювання закладів із вторинною (спеціалізованою) допомогою та інше [113].

Інший новий (щодо наказу МОЗ України № 370) принцип – послідовності та безперервності надання екстреної медичної допомоги та її відповідності єдиним вимогам – закладає основи чіткого дотримання стандартів і протоколів надання екстреної медичної допомоги в усіх випадках її надання, що має надзвичайно важливе значення для забезпечення якості такої допомоги й впливає безпосередньо на ефективність реанімаційних заходів і збереження життя та здоров'я пацієнтів.

Систему медичної допомоги можна подати як множини взаємопов'язаних і взаємодоповнюваних блоків (рис. 2.1).

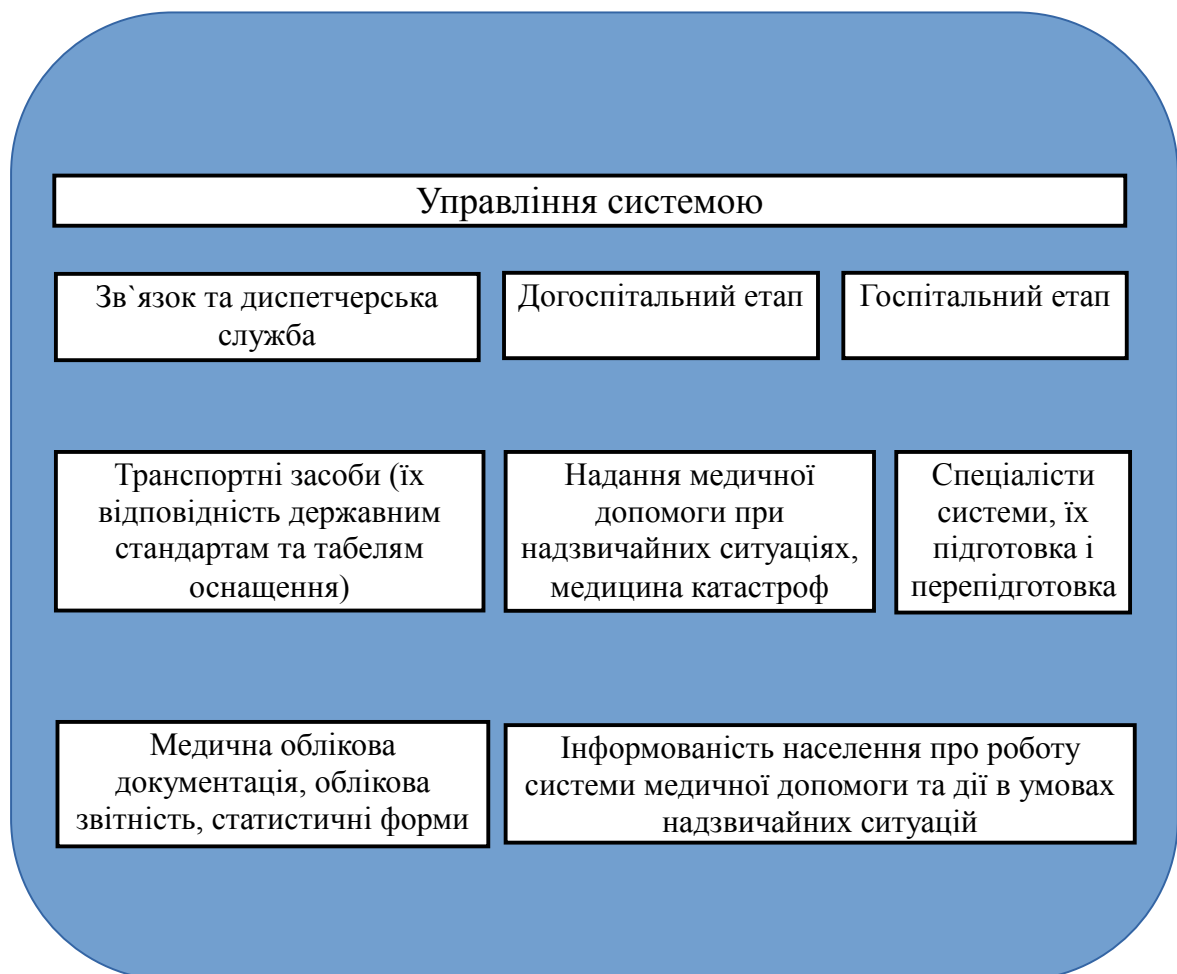


Рис. 2.1. Компоненти системи медичної допомоги

Розглянемо кожний блок окремо. Управлінський блок представлений Українським науково-практичним центром медичної допомоги та медицини катастроф (національний рівень) і територіальними центрами екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (регіональний рівень).

Блок догоспітальної екстреної медичної допомоги представлений Службою швидкої медичної допомоги (структурна одиниця – бригада швидкої медичної допомоги). Також на цьому етапі можуть надавати екстрену медичну допомогу особи, які не мають медичної освіти, але згідно з функціональними обов'язками зобов'язані її надавати – немедичний персонал системи екстреної медичної допомоги (рятувальники, працівники Міністерства внутрішніх справ тощо).

Згідно з даними [159], на догоспітальному етапі в Україні з 3147 бригад Е(Ш)МД, фельдшерські бригади становлять 58% (в сільській місцевості цей показник сягає 80%).

Госпітальний рівень надання екстреної медичної допомоги представлений відділеннями невідкладної медичної допомоги багатoproфільних лікарень з цілодобовим режимом роботи; лікарнями швидкої медичної допомоги, центрами травми трьох рівнів.

Показник смертності від нещасних випадків в Україні становить 132 випадки на 100 000 населення. Згідно з даними [161], 24% з них помирає в лікарняних закладах, а 76% – на догоспітальному етапі (у країнах з розвинутою ринковою економікою 72% постраждалих від нещасних випадків вмирає у лікарнях, а 28% – на догоспітальному етапі).

Щодо четвертого компоненту – кадрового, то потрібно зазначити, що їх підготовка й перепідготовка здійснюються в різних закладах: немедичного персоналу – у спеціальних центрах підготовки; фельдшерів, медичних сестер бригад швидкої медичної допомоги – у вищих навчальних медичних закладах I–II рівнів акредитації; лікарів зі спеціальності «Медицина невідкладних станів» – у закладах вищої освіти III–IV рівнів акредитації.

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» у 2019 р. почне

здійснювати сертифікацію викладачів вищих медичних навчальних закладів і викладачів навчально-тренувальних центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Для здійснення курсів навчання викладачі закладу отримали міжнародні сертифікати Європейської ради з реанімації і стали членами Єдиної бази сертифікованих викладачів-інструкторів.

З метою аналізу стану і прогнозування розвитку системи надання медичної допомоги використовується блок медичної облікової документації, облікової звітності і статистичних форм.

Важливим компонентом системи медичної допомоги є інформаційний блок (інформування населення про роботу системи екстреної медичної допомоги; як діяти в умовах надзвичайних ситуацій).

За оцінками МОЗ України, непрофільні виклики бригад екстреної медичної допомоги, чи такі, які не закінчуються госпіталізацією пацієнта, становлять близько 70%. Іншими словами, якщо пацієнт потребує вчасного надання екстреної медичної допомоги, а бригада в цей час консультує іншого пацієнта, у якого просто підвищилася температура тіла, скажімо до 38,9 С (що не потребує госпіталізації).

В. о. міністра охорони здоров'я У. Супрун [166] закликає місцеві адміністрації: «...підтримати роботу пунктів первинної медичної допомоги, що дасть змогу знизити навантаження на бригади екстреної медичної допомоги шляхом зменшення кількості власне непрофільних викликів. Для трансформації системи охорони здоров'я, зокрема системи екстреної медичної допомоги потрібна активна участь громадськості на місцях. В пілотних регіонах (Одеській, Вінницькій, Донецькій, Полтавській, Тернопільській областях і в місті Києві), у рамках трансформації системи охорони здоров'я, заплановано підвищення кваліфікації бригад і зарплат фахівців, там придбають новий транспорт, оснащений необхідним обладнанням, а також за єдиним алгоритмом запрацюють сучасні диспетчерські служби, які пізніше об'єднають єдиною електронною системою по всій країні» [131, 140].

2.2. Аналіз нормативно-правового забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні

Згідно із чинним законодавством, а саме ст. 2 «Законодавство України у сфері надання медичної допомоги», передбачено чітку ієрархію правозастосування нормативно-правових актів у цій сфері:

- міжнародні договори (згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України);
- Конституція України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
- інші законодавчі акти, що регулюють відносини з питань, пов'язаних з охороною здоров'я, зокрема у сфері екстреної медичної допомоги.

До основних міжнародних нормативно-правових актів, які регулюють відносини щодо надання первинної медичної допомоги фахівці [188, с. 239], вважають такі [20-22; 26; 41-42; 71-72; 172; 197]:

- Міжнародна хартія прав людини (Загальна декларація прав людини; Міжнародний пакт про громадянські та політичні права; Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права; Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права; Другий факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, що стосується скасування смертної кари);
- Конвенція про права дитини;
- Європейська соціальна хартія;
- Європейський кодекс соціального забезпечення;
- Європейська хартія прав пацієнтів;
- Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини;
- Конвенція про права людини та біомедицину.

Як зазначають фахівці [12, с. 262; 84; 93], основними напрямками імплементації норм міжнародного права у національне законодавство є такі:

– прямий (шляхом реалізації обов'язкових до виконання рішень Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної організації праці);

– опосередкований (шляхом укладання та ратифікації міжнародних угод, які містять зобов'язання для держави у галузі забезпечення права на охорону здоров'я (Угода про надання медичної допомоги громадянам держав – учасниць Співдружності Незалежних Держав, 27 березня 1997 р. – ратифікована із застереженнями 1 червня 2000 р., Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я і медичних наук між Міністерством охорони здоров'я України та МОЗ Китайської Народної Республіки, 31 жовтня 1992 р.);

– доктринальний (через використання базових ідей та засадничих принципів, які розроблені або розробляються світовою спільнотою в галузі медичного права (Рекомендація № R(90)3 Комітету міністрів Ради Європи державам учасникам відносно медичних дослідів на людині, прийнята 6 лютого 1990 р. на 43-й нараді заступників міністрів);

– інституційний (через урахування напрацювань та рекомендацій міжнародних організацій у галузі медичного права, таких як Всесвітня медична асоціація, Всесвітня асоціація медичного права тощо) [93].

Нормативно правове забезпечення процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні можна умовно поділити на такі напрями:

- загальне (базове) законодавство у сфері охорони здоров'я;
- законодавство про організаційну структуру і процес надання первинної медико-санітарної допомоги;
- права лікарів і пацієнтів;
- ліцензійні умови надання первинної медико-санітарної допомоги (матеріально-технічне забезпечення);
- фінансово-економічні аспекти діяльності у сфері охорони здоров'я;
- підготовка кадрового потенціалу;

- інформаційна складова процесу (у тому числі елементи е-урядування);
- тощо.

До базового законодавства у сфері охорони здоров'я, беручи до уваги предмет нашого дослідження, ми зараховуємо:

- Конституцію України;
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Перш за все, потрібно зазначити, що, відповідно до ст. 24 Конституції України, «...громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом», а, отже, стосовно сфери охорони здоров'я це означає, що у процесі надання медичної допомоги «...не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками» [43, ст. 24].

Статтею 3 Конституції України здоров'я людини, а також її життя, честь, гідність, недоторканість і безпека проголошені в Україні найвищими соціальними цінностями [43, ст. 3]. Кожен громадянин України має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, які «...забезпечуються державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм» [43, ст. 49].

У цій же статті Конституції регламентовано створення державою «...умов для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно, при цьому «...існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена» [43, ст. 49].

Держава також бере на себе зобов'язання сприяти розвиткові лікувальних закладів усіх форм власності. Стосовно предмета нашого дослідження це означає, що надання первинної медико-санітарної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюється безоплатно, а мережа закладів охорони здоров'я, у яких така медична допомога надається, не може

бути скороченою. Також звертаємо увагу на зобов'язання держави сприяти розвиткові усіх закладів охорони здоров'я, незалежно від форми їх власності.

Відповідно до ст. 283 «Право на охорону здоров'я» Цивільного кодексу України, кожна фізична особа має право на охорону її здоров'я, яка «...забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України та законом» [183, ст. 283].

Власне право на медичну допомогу регламентовано ст. 284 цього Кодексу. У ній, зокрема, закріплене право на надання фізичній особі медичної допомоги, у випадку настання чотирнадцяти років і більше – право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря [183, ст.284]. Зазначимо також ще два аспекти. Зокрема, право дієздатної фізичної особи відмовитися від лікування. По-друге, надання необхідної медичної допомоги фізичній особі без її згоди, згоди її батьків (усиновлювачів), опікунів, піклувальників у випадку наявної реальної загрози її життю [ЦК, ст. 284].

Крім позитивних дій самої особи, згідно із ЦК України (ст. 283), повинні забезпечуватися ще три умови, а саме [183, ст. 283; 183, т. 1. с. 469–470]:

– повинні бути наявні засоби, за допомогою яких громадянин зміг би задовольнити свої законні інтереси і можливість ними безперешкодно користуватися;

– можливість вимагати відповідних позитивних дій від зобов'язаних суб'єктів;

– у випадку порушення прав можливість застосувати заходи державного примусу.

Зауважимо, що в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» також регламентовано право громадянина на охорону здоров'я. Стаття 6 цього Закону, зокрема, передбачає [91, ст. 6]:

– життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;

– безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;

- санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де він проживає;
- безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;
- кваліфіковану медичну та реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- участь в обговоренні проєктів законодавчих актів і внесення пропозицій щодо формування державної політики в сфері охорони здоров'я;
- участь в управлінні охороною здоров'я та проведенні громадської експертизи з цих питань у порядку, передбаченому законодавством;
- можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи відповідного типу в разі незгоди громадянина з висновком державної медичної експертизи, застосування до нього запобіжного заходу як до особи, стосовно якої передбачається застосування примусових заходів медичного характеру або вирішувалося питання про їх застосування, примусових заходів медичного характеру, примусового лікування, примусової госпіталізації та в інших випадках, коли діями працівників охорони здоров'я порушуються права громадянина України на охорону здоров'я;
- право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї,

опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду;

– інформування про доступні медичні та реабілітаційні послуги із застосуванням телемедицини і телереабілітації.

Наведений вище перелік прав громадян у сфері охорони здоров'я не є вичерпним – законами України можуть бути визначені й інші права громадян у сфері охорони здоров'я.

Не менш важливим правом пацієнта є право відмовитися від лікування, що регламентовано п. 4 ст. 284 Цивільного кодексу України [183, ст. 284]. Аналізуючи чинне законодавство у сфері охорони здоров'я, потрібно констатувати, що це право пацієнта є й у Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Зокрема, ст. 43 цього документа передбачає право пацієнта, який набув повної цивільної дієздатності й усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, відмовитися від лікування.

Право на відмову від лікування, відповідно до Цивільного кодексу України, поширюється на повнолітніх дієздатних фізичних осіб, які усвідомлюють значення своїх дій і можуть керувати ними. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників (батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника). Також зауважимо, що у невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи чи її законних представників [91, ст. 43; 183, ст. 284].

Окремо чинним законодавством України регламентовано випадки, коли допускається обмеження прав громадян, пов'язане із станом їхнього здоров'я, запобіганням інфекційним захворюванням, небезпечним для населення, та у випадку здійснення спеціальних заходів профілактики й лікування соціально небезпечних захворювань [91, ст. 9, 30, 53].

Так, ст. 9 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає можливість обмеження прав громадян шляхом їх визнання

тимчасово або постійно не придатними за станом здоров'я до професійної або іншої діяльності, пов'язаної з підвищеною небезпекою для оточуючих, а також з виконанням певних державних функцій [91, ст. 9].

З метою запобігання інфекційним захворюванням, небезпечним для населення, відповідно до ст. 30 цього Закону, громадяни, які є носіями збудників інфекційних захворювань, небезпечних для всього населення, усуваються від роботи та іншої діяльності, яка може бути причиною поширення інфекційних хвороб [91, ст. 30]. Ці особи підлягають медичному нагляду та лікуванню за рахунок держави з виплатою в разі потреби допомоги по соціальному страхуванню.

Окремі особливо небезпечні інфекційні захворювання потребують здійснення обов'язкових медичних оглядів, профілактичних щеплень, лікувальних та карантинних заходів. Порядок і правила проведення таких заходів регламентується відповідними законами України.

Президент України, згідно з обов'язками, покладеними на нього, може обмежити права громадян шляхом запровадження особливих умов і режимів праці, навчання, пересування й перевезення на всій території України або в окремих її місцевостях, для запобігання виникненню, поширенню та для ліквідації епідемічних захворювань. Такі дії Президент України може чинити згідно із законами України, відповідно до рекомендацій органів охорони здоров'я для реалізації вищенаведеної мети.

Міністерство охорони здоров'я України визначає перелік особливо небезпечних і небезпечних інфекційних захворювань та умови визнання особи інфекційно хворою особою або носієм збудника інфекційного захворювання. Така інформація є загальнодоступною і публікується в офіційних джерелах масової інформації.

Ще однією категорією захворювань, що потребують спеціальних заходів профілактики та лікування, у тому числі й у примусовому порядку, є соціально небезпечні (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія), а також карантинні захворювання.

Порядок здійснення примусового медичного огляду і примусової госпіталізації, а також здійснення карантинних заходів допускається лише на підставі й у порядку, передбачених законами України [91, ст. 9, 53].

Українське законодавство, а саме ст. 286 Цивільного кодексу України, ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентують право громадянина на дотримання лікарської таємниці щодо інформації про стан його здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, встановлений діагноз, а також відомості, одержані при його медичному обстеженні.

При переході до ринкових відносин у сфері надання медичної допомоги зміняться правові відносини, що виникають між їх надавачем і споживачем. Керуючись ст. 22 Конституції України, варто зауважити, що права пацієнтів як громадян України можуть змінитися лише в бік їх розширення [43, ст. 22]. Отже, виникає потреба їх переосмислення й доповнення.

Декретовані групи пацієнтів, а саме ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД, також користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією, законами України та іншими нормативно-правовими актами України. Однією з форм захисту прав цієї групи громадян є здійснення системної державної політики у сфері боротьби із захворюванням на СНІД. Вона здійснюється шляхом організації виконання різних нормативно-правових актів України, а також розробкою, фінансовим та матеріальним забезпеченням реалізації відповідних загальнодержавних, регіональних та місцевих програм, що передбачають систему заходів щодо профілактики поширення ВІЛ-інфекції, інформування та навчання населення, спеціальну підготовку медичного персоналу, проведення фундаментальних і прикладних наукових досліджень, розвиток міжнародного співробітництва в цій сфері.

Ст. 4 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» декларує державну гарантію соціального захисту ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД і членів їхніх сімей [132, ст. 4].

Для всіх громадян України держава гарантує право на проходження безпечного для життя і здоров'я добровільного, якісного й ефективного медичного огляду (за бажанням громадянина – анонімного) з метою виявлення ВІЛ-інфекції, з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги.

Пацієнти, у яких виявлена ВІЛ-інфекція, і хворі на СНІД мають право на конфіденційність інформації про виявлене в них захворювання. Така інформація становить лікарську таємницю, яка регламентується положеннями ст. 286 Цивільного кодексу України, ст. 40 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Рішенням Конституційного Суду України № 5-зп від 30 жовтня 1997 р. та ст. 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [183, ст. 286; 91, ст. 40; 132, ст. 8]. Медичні працівники зобов'язані не розголошувати відомості, що становлять лікарську таємницю, крім передбачених чинним законодавством випадків. За незаконне розголошення лікарської таємниці передбачена кримінальна відповідальність (ст. 145 Кримінального кодексу України) [48, ст. 145].

Умови й порядок медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, облік ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, подання їм медичної допомоги та здійснення медичного нагляду за ними регламентується розділом II Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» [132].

Для медичних працівників, діяльність яких пов'язана з виявленням, повідомленням та наданням медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД громадянам, необхідно передбачити проходження спеціальної підготовки з психології, юриспруденції, епідеміології та з питань соціального захисту, що стосуються цієї категорії пацієнтів.

Аналізуючи чинне законодавство України щодо прав ВІЛ-інфікованих та хворих на синдром набутого імунodefіциту (СНІД), треба зазначити, що, крім загальних прав і свобод, визначених для всіх пацієнтів, вони користуються також спеціальними правами, серед яких виділимо право на безоплатне

забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку [132, ст. 17].

Механізм реалізації цього права, а саме принцип його фінансового забезпечення, у чинному законодавстві чітко не визначений. Також не зрозуміло, з яких коштів повинен лікувально-профілактичний заклад, що видав направлення на лікування ВІЛ-інфікованому чи хворому на синдром набутого імунodefіциту, забезпечувати реалізацію права такого пацієнта на безкоштовний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку.

Згідно зі ст. 5 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», фінансування загальнодержавної, регіональних та місцевих програм з профілактики захворювання на СНІД та соціального захисту ВІЛ-інфікованих здійснюється, відповідно, за рахунок коштів Державного бюджету України та місцевих бюджетів, коштів цільових фондів, інших джерел фінансування, не заборонених законами України [132, ст. 5].

Зрозуміло, що більш-менш стабільним джерелом фінансування є відрахування з Державного бюджету України та місцевих бюджетів. Водночас треба нагадати, що фінансування будь-яких програм з Державного бюджету, згідно зі ст. 95 Конституції України, визначається виключно законом про Державний бюджет України у межах передбачених цим законом видатків на відповідний поточний рік [8, ст. 95].

Розглянувши основні права пацієнтів у сфері охорони здоров'я, звернімо увагу і на права медичних працівників. Аналізуючи права й обов'язки медичних працівників, потрібно зауважити, що їх треба розглядати щонайменше для шістьох категорій медиків [82, с. 276]:

– права медичних працівників як громадян України, без урахування їхньої професійної діяльності;

– права медичних працівників, безпосередньо пов'язані з їхньою професійною діяльністю в лікувально-профілактичних закладах державної і

комунальної форм власності (у тому числі в лікувально-профілактичних закладах відомчого підпорядкування (Міноборони, МВС, МНС, Укрзалізниця тощо));

– права медичних працівників, які є суб'єктами підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я;

– права медичних працівників як найманих працівників;

– права медичних працівників, які працюють у лікувально-профілактичних закладах «третього сектора» (недержавних некомерційних неприбуткових організаціях);

– права медичних працівників як споживачів парамедичних послуг (діагностичних, фізіотерапевтичних, реабілітаційних тощо).

О. С. Мусій пропонує розглядати основні питання соціально-економічного захисту медичних працівників у таких аспектах [77]:

– економічному, що віддзеркалює рівень зайнятості медичних працівників і є системою відносин щодо забезпечення робочими місцями, оплати праці та участі в розвитку економіки держави;

– соціальному, що характеризується чинниками, які є визначальними при формуванні та розвитку особистості медичного працівника;

– демографічному, що відображає стан захищеності медичних працівників, залежно від їхнього віку, статі, сімейного стану;

– регіональному, який відтворює особливості зайнятості медичних працівників, залежно від природних та екологічних умов, історичних традицій, форм поселення, етнічного складу населення тощо.

Щодо прав медичних працівників без урахування їх професійної діяльності, то вони є звичайними людьми – громадянами України, а отже, користуються всіма правами, передбаченими в розділі II «Права, свободи і обов'язки людини і громадянина» Конституції України [43].

Аналізуючи чинне українське законодавство щодо професійних прав медичних працівників, потрібно констатувати, що, згідно з Конституцією України та ст. 2 Кодексу законів про працю України, існує рівність трудових прав усіх

громадян незалежно від походження, соціального і майнового стану, расової та національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, роду й характеру занять, місця проживання та інших обставин [38, 43]. Професійні права медичних працівників, з одного боку, повинні бути забезпечені державою на юридичному рівні, з іншого – забезпечені суспільством на соціальному рівні. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентує основні професійні права та пільги медичних та фармацевтичних працівників. Ці права виступають як основа захисту медичних працівників у правовідносинах, що виникають у сфері охорони здоров'я.

Зокрема, медичні і фармацевтичні працівники мають право на [91, ст. 77]:

а) «...заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації» [91, ст. 77];

б) «...належні умови професійної діяльності» [91, ст. 77];

в) «...підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах» [91, ст. 77];

г) «...вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики» [91, ст. 77];

д) «...безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків» [91, ст. 77];

е) «... обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством» [91, ст. 77];

є) «... соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання, каліцтва або в інших випадках втрати працездатності, що настала у зв'язку з виконанням професійних обов'язків» [91, ст. 77];

ж) «...встановлення у державних закладах охорони здоров'я посадових окладів (тарифних ставок) на основі Єдиної тарифної сітки, у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України» [91, ст. 77];

з) «...скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством» [91, ст. 77];

и) «...пільгові умови пенсійного забезпечення» [91, ст. 77];

і) «пільгове надання житла та забезпечення телефоном» [91, ст. 77];

ї) «...безплатне користування житлом з освітленням і опаленням в межах норм, встановлених законодавством, тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту» [91, ст. 77];

й) «...першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами» [91, ст. 77];

к) «...створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій» [91, ст. 77];

л) «...судовий захист професійної честі та гідності» [91, ст. 77];

м) «...безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, розташованих на території відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам, встановлених законом для ведення особистого селянського господарства» [91, ст. 77];

н) «...лікарі дільничних лікарень, головні лікарі та лікарі амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, дільничні медсестри територіальних ділянок поліклінік (поліклінічних

підрозділів) та дільничні медичні сестри амбулаторій, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, керівники амбулаторій та відділень сімейної медицини, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, медичні працівники оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні. При цьому зберігаються права інших категорій медичних працівників на додаткову оплачувану відпустку у межах існуючих норм» [91, ст. 77];

о) «...безкоштовне паркування транспортних засобів у спеціально відведених для цього місцях у разі: обладнання транспортного засобу, яким керує медичний працівник, спеціальним розпізнавальним знаком встановленого законодавством зразка; розміщення на автомобілі спеціального стікера із зазначенням контактного телефону медичного працівника, який керує цим транспортним засобом» [91, ст. 77].

Законодавством може бути передбачено інші права та пільги для медичних і фармацевтичних працівників. На них також можуть поширюватися пільги, що встановлюються для своїх працівників підприємствами, установами і організаціями, яким вони надають медичну допомогу.

Загалом можна виокремити такі основні нормативно-правові документи, які регулюють організаційний механізм державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні на загальнодержавному рівні [44; 45; 86; 91; 106-108; 112; 114-116; 127-130; 132; 134;]:

- Конституція України;
- Цивільний кодекс України;

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
- Закон України «Про державну реєстрацію юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців»;
- Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку органів ліцензування»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про терміни дії ліцензії на провадження певних видів господарської діяльності, розміри і порядок зарахування плати за її видачу»;
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності»;
- Наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики» № 38/63 від 16 листопада 2001 р., зареєстрований у Міністерстві юстиції України 02 березня 2001 р. за № 189/5380;
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 359 від 19 грудня 1997 р. «Про подальше удосконалення атестації лікарів», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 14 січня 1998 р. за № 14/2454 (із змінами й доповненнями).

Верховна Рада України формує основу державної політики охорони здоров'я. Для цього «...здійснюються дії щодо закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердженням загальнодержавних програм у сфері охорони здоров'я» [91, ст. 13].

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладена на органи державної виконавчої влади. Так, до компетенції Кабінету Міністрів віднесено такі заходи [91, ст. 14]:

- розробку та здійснення державних цільових програм,
- створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у галузі охорони здоров'я;
- забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я;
- укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я;
- здійснення інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я, у межах своєї компетенції.

Основний закон України у сфері охорони здоров'я – «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – за своєю суттю є рамковим нормативним актом, а не законом прямої дії. Він на сьогодні подає визначення 21 терміну [91, ст. 3]: життєдіяльність, здоров'я, заклад охорони здоров'я, медична допомога, медична субсидія, медичне обслуговування, мережа закладів охорони здоров'я, невідкладний стан людини, обмеження життєдіяльності, особа, уповноважена на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я, охорона здоров'я, оцінка медичних технологій, пацієнт, послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга), домедична допомога, реабілітаційна допомога у сфері охорони здоров'я, реабілітаційна послуга, реабілітація, рідкісне (орфанне) захворювання, стан здоров'я, телемедицина.

За текстом аналізованого документу, в інших статтях, крім ст. 3 «Поняття і терміни, що вживаються в законодавстві про охорону здоров'я», також подаються визначення деяких термінів. Так, наприклад, у ст. 14 «Система стандартів у сфері охорони здоров'я» наведені визначення понять «стандарт медичної допомоги (медичний стандарт)», «клінічний протокол», «протокол надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я», «табель матеріально-технічного оснащення», «лікарський формуляр».

У ст. 16 «Заклади охорони здоров'я» – дається визначення терміна «госпітальний округ»: «...сукупності закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, що забезпечують медичне обслуговування населення відповідної території» [91, ст. 16].

У ст. 34 «Лікуючий лікар» подається визначення власне лікуючого лікаря. У ст. 35 «Екстрена медична допомога» наводиться трактування терміну «Екстрена медична допомога», при цьому, зауважимо, що трактування терміну дещо відрізняється від такого ж, наведеного у профільному законі – Законі України «Про екстрену медичну допомогу». У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» «екстрена медична допомога» трактується як «...медична допомога, яка полягає у здійсненні *медичними працівниками* відповідно до закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я» [91, ст. 35]. У Законі України «Про екстрену медичну допомогу», «екстрена медична допомога» трактується як «...медична допомога, яка полягає у здійсненні *працівниками системи екстреної медичної допомоги* відповідно до цього Закону невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я» [113, ст. 1]. Відмінності у трактуванні термінів виділені нами.

Відмінності полягають у тому, які особи мають право надавати екстрену медичну допомогу – медичні працівники (згідно з Основами законодавства про охорону здоров'я) чи працівники системи екстреної медичної допомоги (згідно з Законом «Про екстрену медичну допомогу»). Нагадаємо, що працівниками системи екстреної медичної допомоги вважаються [113, ст. 11]:

– медичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної

(швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які безпосередньо надають екстрену медичну допомогу та/або забезпечують її надання згідно із цим Законом;

– немедичні працівники центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, які здійснюють організаційно-технологічне забезпечення надання екстреної медичної допомоги медичними працівниками системи екстреної медичної допомоги.

Тобто профільний закон вказує на ширшу категорію осіб, хто має право надавати екстрену медичну допомогу. Є потреба скоригувати вищенаведені визначення для їх адекватного сприйняття у правовому полі сучасної системи охорони здоров'я України.

Статті 35-1, 35-2 і 35-3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» подають визначення відповідно первинної, вторинної і третинної медичної допомоги. Стаття 74-1 подає трактування терміну «народна медицина (цілителство)».

Ми вважаємо вищенаведений перелік термінів неадекватним щодо змістовного відображення цього важливого документа. Наприклад, не подано визначення таких термінів, як «система охорони здоров'я», «якість медичної допомоги», «захворювання» тощо. Складається враження, що кожен новоприйнятий закон у сфері охорони здоров'я привносить в Основи якісь нові терміни, проте вони не є широкоживаними.

Основними негативними факторами, які впливають на доступність і якість медичної допомоги і медичних послуг сільським населенням, є такі [2; 58; 59; 76]:

– територіальний (географічна віддаленість від центральних районних лікарень);

– матеріально-технічний (недостатнє транспортне забезпечення; невідповідність матеріально-технічної бази сучасним вимогам надання медичної допомоги);

– інфраструктурний (незадовільний стан покриття доріг місцевого значення);

– кадровий (низька мотивація медичного персоналу і небажання працювати у сільській місцевості);

– та інші.

Окремо звертаємо увагу на проблему забезпечення транспортом медичних закладів і працівників у сільській місцевості, де відстані (доступність медичної допомоги) є вагомим фактором, який впливає на якість медичної допомоги. У розрізі регіонів України, як зазначають фахівці Національного інституту стратегічних досліджень [2], існують значні міжрегіональні відмінності: від 5,2 автомобіля на 10 тис. сільського населення у Харківській області до 1,3 автомобіля у Тернопільській, Івано-Франківській та Рівненській областях. За даними Міністерства охорони здоров'я України автопарк первинної допомоги в усіх регіонах зношений на 80 % і більше.

Показник кадрового забезпечення медичних закладів у сільській місцевості також потребує покращення. За даними [153], молоді спеціалісти категорично відмовляються від розподілу у сільську медицину. Кількість введених штатних посад лікарів первинної ланки часто є нижчою за нормативну, а рівень їх укомплектованості становить 76,6 %. Навантаження на лікаря первинної допомоги у сільській місцевості подекуди сягає 5–6 тис. прикріпленого населення [2].

З метою заохочення молодих спеціалістів до роботи у сільській місцевості, рішенням Колегії Міністерства охорони здоров'я України від 29 квітня 2010 р. «Сучасний стан, реформування та подальший розвиток первинної медико-санітарної допомоги» було передбачено внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2006 р. № 1361 «Про надання одноразової грошової допомоги деяким категоріям випускників вищих

навчальних закладів» стосовно віднесення випускників вищих медичних навчальних закладів, які направляються на роботу у сільську місцевість, до переліку випускників, яким надається одноразова грошова допомога у п'ятикратному розмірі мінімальної заробітної плати (п. 3.1.2). Проте, як зазначено в аналітичній записці Національного інституту стратегічних досліджень «Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів» [2], виконання цього пункту рішення так і залишилось на папері.

У сільській місцевості відбувається за визначенням [173] прихована ліквідація мережі лікувальних закладів. За даними Державної служби статистики України, станом на 2015 р. (починаючи з 2000 р.), кількість лікарняних закладів (з ліжками) скоротилася більше ніж у 12 разів (з 1007 до 74), самостійних лікарських амбулаторій та поліклінік більше ніж у 4 рази (з 2321 до 525), ФАПів – майже на 3000 (з 16113 до 13205) [18].

З метою зупинення зазначеного процесу Законом України від 23 лютого 2014 р. було введено мораторій на ліквідацію та реорганізацію закладів охорони здоров'я. Але на сьогодні він визнаний таким, що втратив чинність. Таким чином, усупереч законодавству право сільських мешканців на охорону здоров'я продовжує порушуватися.

2.3. Характеристика організаційно-економічного механізму державного управління у національній системі охорони здоров'я

В Україні щороку випускається статистичний збірник, який містить результати розрахунків витрат на охорону здоров'я у вигляді стандартного набору таблиць Національних рахунків охорони здоров'я, що показують рух фінансових потоків від одного учасника системи охорони здоров'я до іншого та

аналітичний огляд з питань фінансування системи охорони здоров'я з відповідними міжнародними порівняннями.

Розрахунки та побудова таблиць здійснюються згідно з Методологічними рекомендаціями щодо складання Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) в Україні, затверджених наказом Держкомстату від 10 травня 2007 р. № 137, які розміщено на офіційному вебсайті Держстату (www.ukrstat.gov.ua) у розділі «Методологія та класифікатори» / «Статистична методологія» / «Демографічна та соціальна статистика» / «Охорона здоров'я». Система кодування в таблицях відповідає Класифікації Національних рахунків охорони здоров'я в Україні.

За визначенням Національних рахунків охорони здоров'я, національні витрати на охорону здоров'я – це «...всі витрати, пов'язані з економічною діяльністю, спрямованою на покращання здоров'я, зміни поведінки щодо стану здоров'я або зміни системи діяльності та її фінансування з перебігом певного часового періоду» [70].

Таким чином, межі діяльності щодо виробництва продукції охорони здоров'я визначаються на функціональній основі як «...діяльність, що здійснюється юридичними та фізичними особами шляхом застосування знань та технологій в галузі медицини, парамедицини та сестринського нагляду з метою пропаганди здорового способу життя, профілактики захворювань; лікування хвороб та зниження передчасної смертності; здійснення нагляду за особами, які страждають хронічними захворюваннями та інвалідами, які потребують стороннього догляду; забезпечення для пацієнтів належних умов утримання; управління державною охороною здоров'я; управління програмами щодо охорони здоров'я, медичного страхування, іншою діяльністю з охорони здоров'я».

Інформація національних рахунків охорони здоров'я є корисною у процесі прийняття управлінських рішень, оскільки дає змогу оцінити використання ресурсів у системі охорони здоров'я на цей час і може застосовуватися для порівняльного аналізу між національними системами охорони здоров'я різних

країн, що є дуже важливо для постановки стратегічних та тактичних цілей у системі. Цю методологію також можна використовувати для функції прогнозування за умови регулярного використання її показників, розрахованих для національної системи охорони здоров'я.

Джерелами даних Національних рахунків охорони здоров'я України є [70]:

- звіт про виконання державного бюджету;
- звіт про виконання місцевих бюджетів;
- звіт Фонду державного загальнообов'язкового страхування на випадок тимчасової втрати працездатності;
- адміністративні дані Міністерства охорони здоров'я України про мережу та результати діяльності підпорядкованих медичних закладів (форми № 47-здоров та № 20-звіт лікувально-профілактичного закладу);
- адміністративні дані Міністерства охорони здоров'я України про використання коштів лікарняних кас;
- адміністративні дані Державної комісії з регулювання ринків фінансових послуг «Звіт про доходи та витрати страховиків»;
- вибіркоче модульне обстеження домогосподарств «Здоров'я та освіта», Світовий банк;
- результати опитування донорів щодо обсягів та розподілів коштів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я в Україні;
- державні статистичні спостереження з питань діяльності підприємств сфери послуг (форма № 1-послуги (річна) «Звіт про обсяги реалізованих послуг»);
- вибіркоче обстеження умов життя домогосподарств.

Нами здійснено порівняльний аналіз динаміки окремих національних рахунків охорони здоров'я за період 2003–2016 рр. включно (табл. 2.1).

**Аналіз динаміки окремих національних рахунків охорони здоров'я
(Україна, 2003-2016 рр.)(побудовано автором на основі [78-80])**

№з	Показник	Роки									Показн ик динамі ки
		2003	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Загальна чисельність населення, млн осіб	48,0	46,9	45,8	45,6	45,6	45,4	42,9	42,8	42,6	-5,4

Здійснимо аналіз зазначених національних рахунків у сфері охорони здоров'я. Нагадаємо, що система національних рахунків застосовується в умовах ринкових відносин у світовій практиці для відображення розвитку економіки на різних етапах процесу відтворення.

За своєю суттю, національні рахунки – це економічні показники, які характеризують економічні явища і процеси (виробництво, доходи, нагромадження капіталу та фінансів, споживання). В Україні застосовуються дві версії стандартів, за якими здійснюються розрахунки – міжнародний стандарт СНР-2008 і європейський стандарт ESA-2010. Ці рахунки створюються Державним комітетом статистики України.

Аналіз загальних витрат держави на охорону здоров'я у динаміці за останні 15 років свідчить про їх зростання на 0,66% ВВП, що в доларовому еквіваленті становить +3613,4 млн US\$. Проте, зауважимо, що населення України за цей самий час зменшилося на 5,4 млн осіб.

Аналізуючи розподіл загальних витрат за джерелами фінансування, потрібно зауважити, що частка держави зменшилась з 58% у 2003 р. до 44% у 2016 р. Також зменшилась частка витрат приватних фірм і корпорацій (з 2,9% у 2003 р. до 1,7% у 2016 р.). Натомість зросли витрати домогосподарств – з 38,6% у 2003 р. до 52,8% у 2016 р. відповідно.

Якщо ж аналізувати витрати в розрізі провайдерів медичних послуг, то відзначимо зменшення частки лікарень (з 38,4% у 2003 р. до 31,8% у 2016 р.) й установ сестринського та довготривалого догляду (з 8,0% до 2,9% відповідно). Натомість зростає частка роздрібних продавців і інших постачальників медичних товарів. Це вказує на те, що пацієнти все більше оплачують своє лікування з власних заощаджень, держава, незважаючи на задекларовану в Конституції безоплатність медичної допомоги, все більше усувається від своєї соціальної ролі й полишає громадян сам-на-сам зі своїми потребами.

Також зауважимо, що пацієнти все частіше намагаються оминати лікування в стаціонарах, віддаючи перевагу самолікуванню й отриманню «консультації» в закладах аптечних мереж чи в мережі Інтернет, що є

небезпечним. Варто згадати про позитивний історичний досвід, коли російський цар Петро I видав указ про заборону під страхом смертної кари аптекарям консультувати пацієнтів і давати їм поради щодо їх недуг.

Якщо звернути увагу на світову статистику, то відзначимо такі країни, як США, Китай, Японія, Німеччина, Південна Корея, Франція, Індія, що найбільше інвестують у наукові дослідження (згідно з даними ЮНЕСКО, 2018 (з урахуванням паритету купівельної спроможності)) [67]. Найвищі показники кількості дослідників на мільйон мешканців спостерігається у США (4295) і у Китаї (1096). Тобто інвестиції в наукові дослідження означають, що ці країни прагнуть розвиватися в довгостроковій перспективі.

У національному законодавстві задекларовано, що «...державна сприяє розвитку наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я» [91, ст. 20]. За рахунок державного бюджету, відповідно до ст. 20 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», здійснюється фінансування досліджень, що проводяться академічними і відомчими науковими установами, навчальними закладами та іншими науковими установами і підрозділами або окремими науковцями. Також дозволяється використовувати фінансування з інших джерел, що не суперечать законодавству.

В Україні відсутня тривала практика підтримки науки громадянським суспільством. У зародковому стані перебуває краудфандинг, перспективнішими є можливість фінансування наукових розробок венчурним та соціально відповідальним бізнесом.

З метою здійснення державного контролю й нагляду у сфері охорони здоров'я всі державні цільові програми та найважливіші заходи щодо їх здійснення підлягають науковій експертизі, яка проводиться відповідно до закону у провідних національних і міжнародних установах, визначених Кабінетом Міністрів України [91, ст. 20].

Основними напрямками наукових досліджень у сфері державного управління охороною здоров'я повинні бути скеровані на вирішення глобальних проблем, серед яких фахівці виокремлюють такі:

- державна політика щодо процесу постаріння населення, потреби підвищення соціального забезпечення й додаткового демографічного навантаження на працездатне населення;

- державні програми профілактики цукрового діабету, онкозахворювань, серцево-судинних захворювань, деменції (разом становлять понад 70% смертей у світі);

- забезпечення кібербезпеки в контексті захисту даних пацієнтів;

- підтримка розробок у фармацевтичній галузі щодо подолання стійкості до антибіотиків;

- державні програми запобігання забрудненню навколишнього природного середовища й подолання його наслідків.

Висновки до другого розділу

Сучасна реформа децентралізації влади дає змогу впливати на формування державної політики органам місцевого самоврядування. Важливим напрямом сучасної політики охорони здоров'я є принцип фінансування, який передбачає надходження коштів до закладу охорони здоров'я за пацієнтом, а пацієнт самостійно вирішує, з яким сімейним лікарем він підписує договір про надання послуг. Таким чином, держава регулює й мотивує професійну компетенцію медичних працівників.

Іншим сучасним трендом в організаційному механізмі державного управління є впровадження й повний перехід на електронний документообіг: медична карта пацієнта, електронні рецепти, лікарняні листки тощо. Є певні проблеми з імплементацією всіх цих нововведень, пов'язані з потребою

оновлення чи повного забезпечення матеріально-технічної складової, а також кадрового механізму (його освітньої компоненти – інформаційної й комп'ютерної грамотності).

На основі аналізу сучасного стану національної системи охорони здоров'я виокремлено такі пріоритетні напрями у сфері охорони здоров'я:

- підвищення якості медичних послуг, їх доступності;
- оптимізація використання наявних ресурсів системи;
- спрощення дозвільної системи й адміністративних послуг; приведення системи санітарних і фітосанітарних стандартів у відповідність із законодавством ЄС;
- розробка й реалізація державних програм щодо профілактики та боротьби із соціально значущими захворюваннями;
- приведення у відповідність із потребами галузі кадрового потенціалу із забезпеченням його якісного навчання на дипломному й післядипломному рівнях; забезпечення популяризації здорового способу життя та здійснення заходів профілактичного спрямування тощо.

Проаналізовано сучасний стан нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні. На підставі здійсненого аналізу вдосконалено теоретичний підхід до формування законодавчого поля у сфері охорони здоров'я шляхом систематизації нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою. Зокрема, визначено потребу розробки й прийняття нормативно-правових актів у таких напрямках: організаційному (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я; лікарське самоврядування та громадські організації у сфері охорони здоров'я); правовому (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи, і таких, що пов'язані з пандемією COVID-19); фінансовому (приватна діяльність у сфері охорони здоров'я); соціальному (профілактична й валеологічна спрямованість державної політики) тощо.

Аналізуючи правовий механізм державного управління надання медичних послуг, потрібно зазначити, що він загалом відповідає чинній законодавчій базі, що регулює відносини між суб'єктами медичних послуг. Наприклад, Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020рр., згідно з якою вітчизняна медицина має будуватись на таких принципах, як орієнтованість на результат, на людину та на реалізацію кращого досвіду й технологій.

Модернізація правового механізму державного управління надання медичної допомоги повинна базуватися, зокрема, на таких нормативно-правових актах, як:

– Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015, яка передбачає створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав;

– Концепція розвитку системи громадського здоров'я, яка схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України 30 листопада 2016 р. і яка передбачає формування та реалізацію ефективної державної політики для збереження й зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, запобігання захворюванням, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства;

– Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з яким з 1 січня 2020 р. почали діяти всі види медичної допомоги.

Аналіз сучасного стану державного управління первинною медико-санітарною допомогою дав змогу визначити основні тригерні чинники, які ускладнюють її ефективне державне управління, а саме:

– освітній (рівень освіти адміністрації закладу охорони здоров'я за напрямом «Управління», рівень комп'ютерної грамотності медичних працівників);

– демографічний (значна кількість медичних працівників пенсійного та передпенсійного віку; нерівномірність густоти розселення пацієнтів у сільській і міській місцевості);

– матеріально-технічний (забезпеченість комп'ютерним обладнанням і можливостями якісного підключення до мережі Інтернет);

– фінансово-економічний (оплата витрат, пов'язаних з викликом, за потреби, лікаря додому («лежачі» хворі); виїзд лікаря для констатації факту смерті людини; кореляція тарифної сітки медичного персоналу тощо);

– організаційний (перерозподіл пацієнтів між лікарями у випадку лікарняного, календарної відпустки, декретної відпустки; неврегульованість дій і відповідальності з підсистемами екстреної медичної допомоги і вторинної медичної допомоги).

За статистичними даними, від $\frac{2}{3}$ до $\frac{3}{4}$ фінансування, виділеного на заклади охорони здоров'я, витрачають для забезпечення виплати заробітної плати медичним працівникам. Тарифна ставка заробітної плати медичних працівників у таких закладах вираховується на основі кількості ліжок і не може змінюватися. Близько $\frac{1}{10}$ від виділеного фінансування витрачається на оплату комунальних послуг. Залишок, а це, за різними оцінками, 7–8% від загальних коштів витрачають на ліки й перев'язувальний матеріал.

На оновлення необхідної лікувально-діагностичної апаратури коштів немає. Зазвичай існує практика фінансування таких витрат за рахунок третіх осіб – спонсорів і меценатів, а також коштів, зібрані з благодійних внесків пацієнтів чи їх родичів.

Під час аналізу фінансових даних привертає увагу те, що загальний рівень видатків на охорону здоров'я в Україні зріс приблизно на 10%.

Враховуючи наведені вище дані, отримані в результаті аналізу нормативно-правової бази у сфері організації й надання екстреної медичної допомоги в Україні, рекомендуємо Міністерству охорони здоров'я України привести внутрішню документацію у відповідність із чинним законодавством

України для забезпечення єдності та уникнення юридичних колізій у державному управлінні національною системою охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

3.1. Сучасні напрями вдосконалення національної політики держави щодо забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги

Виокремлені в другому розділі дисертації проблемні чинники в державному управлінні первинною медико-санітарною допомогою, а саме освітній, демографічний, матеріально-технічний, фінансово-економічний, організаційний, потребують адекватної стратегії вирішення з боку держави.

Освітня компонента комплексного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою може бути реалізована шляхом організації дистанційного навчання (без відриву від основної професійної діяльності), що особливо важливо в умовах пандемії COVID-19, а також відповідає сучасним принципам тайм-менеджменту. Така форма навчання також знижує фінансові витрати споживачів освітньої послуги, пов'язані з очним відвідуванням освітніх закладів. Крім цього, дистанційна форма навчання дає змогу залучити велику кількість слухачів, а також запросити кращих фахівців для здійснення навчання.

Видається доцільним запропонувати враховувати час для надання онлайн-консультацій чи участі в онлайн-семінарах як такий, що може бути додатково оплаченим. Витрати на це необхідно закласти в бюджет лікувально-профілактичних закладів. Також співплата і/або повна оплата освітніх послуг для працівників закладів буде виступати як додатковий мотиваційний стимул для них.

Демографічну проблему забезпечення медичними працівниками потреб національної системи охорони здоров'я можна вирішити, лише піднявши

престиж професії медичного працівника, насамперед, за рахунок фінансового й соціального забезпечення. Це потребує розробки довгострокової державної стратегії з відповідними фінансовими дотаціями. Причому варта підтримки думка фахівців, що економічна віддача від цього настане лише через 10–15 років (середня тривалість офіційного навчання на сертифікат лікаря-спеціаліста, під яким розуміється особа, яка виконала державний норматив і отримала ліцензію на медичну практику, отримала додаткові сертифікати, згідно з курсами підвищення кваліфікації, і є самодостатнім фахівцем з певного медичного напрямку).

Недостатня забезпеченість медичними кадрами, особливо в сільській місцевості, призводить, у кращому разі, до збільшення робочих годин у графіках чергування сімейних лікарів. Відповідно такий стан справ є значним потенційним чинником настання фізичного та морального перевантаження з подальшим розвитком різних ступенів синдрому професійного вигорання.

Також виявлено потребу в удосконаленні організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні щодо профілактичної спрямованості діяльності сімейних лікарів. Перехід на оплату праці лікарів за кожен випадок наданої медичної допомоги чи послуги згідно з підписаним договором з Національною службою здоров'я України не передбачає просвітницької компоненти діяльності лікарів і молодшого медичного персоналу.

Така ситуація зводить роботу лікаря до механічного надання первинної медико-санітарної допомоги без фокусування на профілактиці й подальшому запобіганні захворюванням пацієнтами (тобто втрачаються шанси на економію коштів держави, оскільки такий пацієнт може й надалі недбало ставитися до власного здоров'я, способу життя та харчування, що провокуватиме подальші загострення й рецидиви хвороби, як наслідок, знов потребуватиме медичної допомоги).

Профілактична компонента є в усіх моделях первинної медичної допомоги, які сьогодні функціонують у світовій медичній практиці. Нагадаємо,

що, за визначенням, сімейна медицина – це «...наука, що спрямована на формування, збереження, зміцнення і відновлення здоров'я окремої людини та її сім'ї через реалізацію комплексу валеологічних, профілактичних і лікувально-реабілітаційних заходів із первинної медико-санітарної допомоги, а сімейний лікар – це фахівець, який опанував науковими знаннями і реалізує цей комплекс заходів» [30, с. 5].

Нагадаємо, що державні програми розробляються відповідно до чинних нормативно-правових актів України в цій сфері. Основним з них є Закон України «Про державні цільові програми» № 1621-IV від 18 березня 2004 р., зі змінами і доповненнями. Згідно із цим Законом, «Державною цільовою програмою» вважається «...комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави, окремих галузей економіки або адміністративно-територіальних одиниць, здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням» [110, ст. 1]. Для загальнодержавних програм характерні такі спільні ознаки:

- вони «...охоплюють всю територію держави або значну кількість її регіонів»;
- вони «...мають довгостроковий період виконання»;
- «...здійснюються центральними та місцевими органами виконавчої влади» [110, ст. 1].

Відповідно до означення загальної мети розробки державних цільових програм, метою розробки таких програм у сфері охорони здоров'я (згідно з класифікацією державних цільових програм, програми у сфері охорони здоров'я потрапляють до категорії «соціальні» державні цільові програми («...передбачають розв'язання проблем підвищення рівня та якості життя, проблем безробіття, посилення соціального захисту населення, поліпшення умов праці, розвиток охорони здоров'я та освіти»)) є сприяння реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я шляхом «...забезпечення концентрації фінансових, матеріально-технічних, інших ресурсів, виробничого

та науково-технічного потенціалу, а також координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій для розв'язання найважливіших проблем» у сфері охорони здоров'я [110, ст. 2].

Відповідно, державна цільова програма у сфері охорони здоров'я може бути розроблена, якщо дотримуються такі умови:

– існує проблема у сфері охорони здоров'я, яку неможливо розв'язати на регіональному рівні чи в межах окремо взятої галузі (системи охорони здоров'я), вона потребує координації управління центральних і регіональних органів публічного управління;

– мета програми відповідає пріоритетним напрямам державної політики (чинна раніше ст. 7 «Загрози національним інтересам і національній безпеці України» Закону України «Про основи національної безпеки України», вказувала, що «...криза системи охорони здоров'я і соціального захисту населення і, як наслідок, небезпечне погіршення стану здоров'я населення; поширення наркоманії, алкоголізму, соціальних хвороб» є прямою загрозою національній безпеці [110, ст. 7]. «...Системні проблеми у сфері охорони здоров'я, біобезпеки та соціального захисту» визнані у Стратегії національної безпеки України «Безпека людини – безпека країни», затвердженої Указом Президента України № 392/2020 від 14 вересня 2020 р. [117, ст. 29]);

– наявна потреба скоординувати діяльність технологічно пов'язаних галузей та виробництва (для сфери охорони здоров'я це – фармацевтична галузь, біотехнологічна галузь, медична галузь тощо);

– виконання програми є матеріально-ресурсно забезпечене (на основі ст. 3 Закону України «Про державні цільові програми») [110, ст. 3].

Потрібно зазначити, що розробка державних цільових програм має певний алгоритм, який є прописаним у чинному законодавстві – у ст. 5 «Основні стадії розроблення та виконання державної цільової програми».

Відповідно до цього алгоритму, спершу повинне бути здійснене ініціювання розробки державної цільової програми, а також публічне обговорення її концепції. Щодо ініціювання розробки програми, то ініціаторами

можуть виступати лише державні інституції на національному і регіональному рівнях. До них чинним законодавством віднесені такі: «...Кабінет Міністрів України, центральні органи виконавчої влади, розвідувальні органи України, Національний банк України, Національна академія наук України, Верховна Рада Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські ради, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації» [110, ст. 6].

До початку громадського обговорення повинна бути розроблена концепція державної цільової програми. Проєкт цієї концепції повинен містити такі обов'язкові складові: «...визначення проблеми, на розв'язання якої спрямована програма; аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування необхідності її розв'язання шляхом розроблення і виконання програми; визначення мети програми; визначення, порівняльний аналіз можливих варіантів розв'язання проблеми та обґрунтування оптимального варіанта; визначення на основі оптимального варіанта шляхів і засобів розв'язання проблеми, строків виконання програми; оцінку очікуваних результатів виконання програми, зокрема економічних, соціальних, екологічних, та визначення її ефективності; оцінку фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів, необхідних для виконання програми» [110, ст. 6]. Також проєкт концепції повинен бути опублікований в офіційних засобах масової інформації з метою його подальшого громадського обговорення.

Після позитивного громадського обговорення концепція державної цільової програми повинна бути схвалена Кабінетом Міністрів України. У випадку позитивного схвалення приймається рішення щодо розробки проєкту програми, визначаються державні замовники та терміни її розробки.

Зазвичай існує практика, що ініціатор розробки концепції державної цільової програми згодом є її державним замовником і розробляє власне проєкт самої програми.

До компетенцій державного замовника, згідно із чинним законодавством, належить [110, ст. 8]:

- призначення керівника програми;
- подання пропозицій щодо змін чи припинення програми;
- щорічне звітування.

Згодом відбувається власне процес розробки проєкту державної цільової програми. Він включає в себе такі складові, як визначення заходів, завдань програми, пріоритетів їх виконання, джерел фінансування проєкту і їх обсягу.

Є певні вимоги до проєкту державної цільової програми. Вони включають у себе такі компоненти: «...паспорт програми; визначення мети програми; обґрунтування шляхів і засобів розв'язання проблеми, а також необхідності фінансування за рахунок коштів Державного бюджету України; перелік заходів і завдань з визначенням виконавців, строків виконання (в цілому і поетапно), обсягів та джерел фінансування (з розбивкою за роками); розрахунок очікуваних результатів (економічних, соціальних, екологічних тощо) виконання програми та її ефективності; розрахунок обсягів та визначення джерел фінансування програми, у тому числі за рахунок коштів Державного бюджету України (з розбивкою за роками)» [110, ст. 9].

Після розробки проєкту державної цільової програми він піддається обов'язковій державній експертизі.

Оскільки державні цільові програми у сфері охорони здоров'я є соціальними, то вони затверджуються, згідно з національним законодавством, відповідним законом після подання їх у Верховну Раду України Кабінетом Міністрів України.

Для виконання державних цільових програм у сфері охорони здоров'я державний замовник програми може залучати будь-які підприємства, установи чи організації, незалежно від їх форми власності [110, ст. 11]. Для їх залучення здійснюється конкурсний відбір.

Загальний контроль за виконанням програми здійснюється Кабінетом Міністрів України, а проміжний – безпосередньо замовником програми.

Під бюджетною програмою розуміється сукупність заходів, спрямованих на досягнення єдиної мети, завдань та очікуваного результату, визначення та

реалізацію яких здійснює розпорядник бюджетних коштів відповідно до покладених на нього функцій [9, ст. 2], а національним проєктом вважається проєкт із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку, що має стратегічно важливе значення для забезпечення технологічного оновлення та розвитку базових галузей реального сектору економіки, розвитку регіону, розв'язання соціальних проблем, а також впливає на покращення якості життя громадян України, а також внесений до переліку проєктів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку та до Державного реєстру національних проєктів [117, ст. 2].

Пропонована нами цільова програма дала би змогу консолідувати зусилля суміжних центральних та регіональних органів публічної влади на досягненні пріоритетного завдання – збереження життя і здоров'я кожного громадянина держави.

3.2. Модернізація організаційно-правового механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою в умовах реформування системи охорони здоров'я України

Аналізуючи правовий механізм державного управління надання медичних послуг, потрібно зазначити, що він загалом відповідає чинній законодавчій базі, що регулює відносини між суб'єктами медичних послуг. Наприклад, Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на період 2015–2020рр., згідно з якою вітчизняна медицина має будуватись на таких принципах, як орієнтованість на результат, на людину та на реалізацію кращого досвіду й технологій.

Модернізація правового механізму державного управління надання медичної допомоги повинна базуватися, зокрема, на таких нормативно-правових актах, як:

– Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015, яка передбачає створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав;

– Концепція розвитку системи громадського здоров'я, яка схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України 30 листопада 2016 р. і яка передбачає формування та реалізацію ефективної державної політики для збереження й зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, запобігання захворюванням, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства;

– Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», згідно з яким з 1 січня 2020 р. почали діяти всі види медичної допомоги.

Відповідно до Європейської хартії місцевого самоврядування, органи місцевого самоврядування наділені повноваженнями для прийняття рішень у частині надання медичної допомоги. Однак, реформа децентралізації ще не завершена і на сьогодні відсутні чіткі розмежування між повноваженнями з управління між органами державної влади та місцевого самоврядування. Через цю розбіжність держава неефективно здійснює функцію управління наданням медичної допомоги і послуг.

В умовах сьогодення затримується розроблення та подання на розгляд Кабінету Міністрів України законопроектів, прийняття яких Верховною Радою України має сприяти впровадженню ефективної моделі медичного обслуговування населення, спрямованої на забезпечення належних умов реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, рівний і справедливий доступ кожної людини до медичних послуг.

Так, Кабінет Міністрів України ще 2016 р. мав був визначити й затвердити нормативи визначення вартості медичних послуг і порядку їх відшкодування з державного бюджету; запровадити застосування нових механізмів оплати

медичних послуг (використання нормативу на одного жителя – для первинної ланки, оплати за пролікований випадок на основі DRG – для стаціонарної допомоги); розробити та запровадити систему обліку обсягу надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я та контролю їх якості [158].

Використання уніфікованих лікувальних протоколів у процесі надання медичної допомоги і послуг громадянам надає переваги не лише пацієнтам і лікарям, але й усій національній системі охорони здоров'я. Фахівці до таких переваг відносять [75]:

а) підвищення ефективності роботи шляхом стандартизації надання медичної допомоги і послуг пацієнтам і оптимізації вартості лікування;

б) підвищення рівня довіри до національної системи охорони здоров'я зокрема, та держави загалом.

Відповідальним за ведення реєстру медико-технологічних документів, матеріально-технічне та організаційно-методичне забезпечення навчання членів мультидисциплінарних груп, інформаційний та методичний супровід розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини, відповідно до наказу МОЗ України № 751 від 28 вересня 2012 р. (зі змінами) [138], визначено державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Остаточний успіх реформи охорони здоров'я в Україні залежить від низки факторів, включаючи фінансову основу економічної стабільності країни, забезпечення балансу між державними та приватними витратами на охорону здоров'я та здатність ліквідувати тривалу практику, особливо коли вони пов'язані з діяльністю лобістських груп, що займають певні посади в системі охорони здоров'я. Наслідком дій, що здійснюються особами, хто приймає політичні рішення у довгостроковій перспективі, є також значне визначення шансів на успіх реформи.

Іншою ваговою проблемою є правова захищеність медичних працівників. Констатуємо, що на сьогодні не існує загальної юридичної системи захисту медичних працівників, у тому числі працівників первинної медичної допомоги.

Існують розрізнені нормативно-правові акти, положення яких частково декларують правовий і соціальний захист медичних працівників, дотримання їх прав і свобод.

Зокрема, ст. 77 «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентує професійні права та пільги медичних та фармацевтичних працівників. Серед них ми виокремимо такі: «...належні умови професійної діяльності; обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством; судовий захист професійної честі та гідності та інші» [91, ст. 77].

Відзначаємо відсутність єдиного комплексного підходу до вирішення цього питання. Існує певна хаотичність у прийнятті нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Також варто забезпечити пільгове соціальне й медичне страхування всіх медичних працівників під час виконання ними своїх професійних посадових обов'язків. У процесі переходу з моделі державного фінансування закладів охорони здоров'я і послуг, які в них надаються до змішаної чи повністю ринкової моделі, зростатиме питома вага скарг пацієнтів на медичних працівників за неякісну (суб'єктивно чи об'єктивно) отриману медичну допомогу чи медичні послуги.

Тобто пацієнти стають вимогливішими до отриманих послуг, оскільки вони за них платять гроші (переважно неофіційно). Вище у дисертації ми вказували на зростання, згідно з офіційними статистичними даними, частки фінансування витрат на охорону здоров'я з боку домогосподарств. Це спонукає пацієнтів активніше відстоювати свої права у цій сфері. Натомість серед споживачів медичних послуг поширена думка, що в медичних працівників не можуть бути права, а лише обов'язки щодо виконання вимог своєї посади.

Фахівці юристи [151] відзначають, що їх клієнти – медичні працівники зазвичай звертаються по юридичну допомогу лише в найкритичніших випадках,

нагадуючи власне сучасного пацієнта – ігнорування профілактичних заходів і оглядів, спроба самолікування, а тоді – вже з ускладненнями – звертання до фахівця.

Відзначається нижчий рівень правової освіченості лікарів, ніж пацієнтів. Ще одним фактором, який впливає на зростання потреби в підвищенні правової грамотності медичних працівників, є нерозвиненість ринку страхових послуг у сфері охорони здоров'я України. За умови насичення цього ринку, ризики щодо юридичного представлення медичних працівників беруть на себе повністю страхові компанії, оберігаючи своїх клієнтів від непотрібного витрачання професійного часу.

Натомість, як зазначають фахівці, в умовах сьогодення поширене явище «відхрещення» адміністрації закладу охорони здоров'я чи його профспілкової організації від захисту прав своїх медичних працівників у випадку настання такої потреби.

Також є потреба звернути увагу на забезпечення виконання таких прав медичних і фармацевтичних працівників, які надають медичну допомогу, у тому числі первинну, і послуги в сільській місцевості. Нагадаємо, що чинним законодавством України, а саме п. «ї», «м», «н» ст. 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», передбачені права медичних і фармацевтичних працівників, які працюють у сільській місцевості. Зокрема, це:

– «...безплатне користування житлом з освітленням і опаленням в межах норм, встановлених законодавством, тим, хто проживає і працює у сільській місцевості і селищах міського типу, а також пенсіонерам, які раніше працювали медичними та фармацевтичними працівниками і проживають у цих населених пунктах, надання пільг щодо сплати земельного податку, кредитування, обзаведення господарством і будівництва приватного житла, придбання автотранспорту» [91, ст. 77, п. «ї»];

– «...безоплатне одержання у власність земельної ділянки в межах земельної частки (паю) члена сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, розташованих на території

відповідної ради, із земель сільськогосподарського підприємства, сільськогосподарської установи та організації, що приватизуються, або земель запасу чи резервного фонду, але не більше норм безоплатної передачі земельних ділянок громадянам, встановлених законом для ведення особистого селянського господарства» [91, ст. 77, п. «м»];

– «...лікарі дільничних лікарень, головні лікарі та лікарі амбулаторій, розташованих у сільській місцевості, дільничні лікарі-терапевти, лікарі-педіатри, дільничні медсестри територіальних ділянок поліклінік (поліклінічних підрозділів) та дільничні медичні сестри амбулаторій, лікарі загальної практики (сімейні лікарі) та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини, завідувачі терапевтичних та педіатричних відділень поліклінік, керівники амбулаторій та відділень сімейної медицини, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, медичні працівники оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, медичні працівники відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги – за безперервну роботу на зазначених посадах у зазначених закладах (на територіальних ділянках) понад три роки мають право на додаткову оплачувану щорічну відпустку тривалістю три календарних дні» [91, ст. 77, п. «н»].

Якщо п. «н» ст. 77 не потребує значних капіталовкладень з боку держави, то п. «ї», «м» є достатньо фінансовомісткими.

Також зауважимо, на певну дискримінацію працівників сфери медичної реабілітації. Згідно із чинним законодавством України, а саме проектом Закону України «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності» (ст. 10 «Фахівці з реабілітації»), до фахівців з реабілітації належать такі категорії осіб: «...лікарі фізичної та реабілітаційної медицини; фізичні терапевти; ерготерапевти; терапевти мови і мовлення; протезисти-ортезисти; психологи, психотерапевти;

сестри медичні з реабілітації; асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів» [133, ст. 10].

Ст. 27 цього проєкту Закону регламентує надання реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги, у тому числі і на первинному рівні. Зокрема, у п.2 цієї статті вказується, що «...на первинному рівні медичної допомоги забезпечується надання реабілітаційної допомоги низького обсягу в амбулаторних умовах:

1) фахівцями з реабілітації, які надають реабілітаційну допомогу самостійно в амбулаторних умовах або у вигляді домашньої реабілітації в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах;

2) фахівцями з реабілітації, які працюють у територіальних громадах, реабілітаційних закладах, відділеннях та підрозділах, що надають реабілітаційну допомогу згідно із законодавством протягом довготривалого реабілітаційного періоду;

3) лікарями, що надають первинну медичну допомогу, які координують процес скерування пацієнтів» [133, ст. 27].

Тобто немедичні працівники, які є, за визначенням, фахівцями з реабілітації і які надають реабілітаційну допомогу, у тому числі на первинному рівні її надання, не потрапляють під дію ст. 77 «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», і на них не поширюються пільги у зв'язку з працею в сільській місцевості.

Також потрібно нагадати, що на органи місцевого самоврядування в межах їх повноважень покладено такі основні зобов'язання у сфері медичної реабілітації: «...забезпечують дотримання на території відповідної територіальної громади законодавства про реабілітацію; організовують ефективне проведення реабілітації, сприяють формуванню оптимальної мережі реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів; здійснюють управління реабілітаційними закладами, закладами охорони здоров'я, що включають реабілітаційні відділення, підрозділи, які належать територіальним громадам

або передані їм, організовують їх матеріально-технічне та фінансове забезпечення; затверджують цільові програми розвитку системи реабілітації, здійснюють розподіл переданих з державного бюджету коштів у межах повноважень, визначених законодавством» [133, ст. 16].

У сучасному українському законодавстві у сфері охорони здоров'я прописаний механізм вільного вибору пацієнтом лікаря і закладу охорони здоров'я, де йому буде надаватися первинна медична допомога і медичні послуги. Також визначено умови, коли пацієнт може вимагати заміни лікуючого лікаря.

Зауважимо, що ефективність процесу лікування того чи іншого захворювання залежить і від бажання пацієнта вилікуватися, дотримання ним усіх рекомендацій його лікуючого лікаря.

У Кримінальному кодексі України передбачено декілька статей, які стосуються процесу надання медичної допомоги і послуг. Ми виділили такі з них:

– ст. 131 «Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби» [48, ст. 131];

– ст. 132 «Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби» [48, ст. 132];

– ст. 134 «Незаконне проведення абортів або стерилізації» [48, ст. 134];

– ст. 135 «Залишення в небезпеці» [48, ст. 135];

– ст. 136 «Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані» [48, ст. 136];

– ст. 137 «Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей» [48, ст. 137];

– ст. 138 «Незаконна лікувальна діяльність» [48, ст. 138];

– ст. 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником» [48, ст. 139];

- ст. 140 «Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником» [48, ст. 140];
- ст. 141 «Порушення прав пацієнта» [48, ст. 141];
- ст. 142 «Незаконне проведення дослідів над людиною» [48, ст. 142];
- ст. 143 «Порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини» [48, ст. 143];
- ст. 144 «Насильницьке донорство» [48, ст. 144];
- ст. 145 «Незаконне розголошення лікарської таємниці» [48, ст. 145].

Отже, безпосередньо до можливих негативних наслідків взаємодії медичного працівника й пацієнта в процесі надання первинної медичної допомоги та медичних послуг ми відносимо таке в декількох площинах:

- інформаційній – ст. 132, 145;
- екстренній – ст. 135, 136;
- компетентнісній – ст. 137, 138, 139, 140.

Зауважимо, що настання кримінальної відповідальності за ст. 139 Кримінального кодексу України настає лише у тому випадку, коли медичний працівник, хто був зобов'язаний згідно з чинним законодавством надати пацієнту первинну медичну допомогу, мав де-факто таку можливість. Юридичний коментар до цієї статті вказує на поважні причини, які нівелюють настання відповідальності, а саме: «...непереборну силу, стан крайньої необхідності (наприклад, необхідність надати першочергову допомогу більш тяжкохворій особі), хвороба самого медичного працівника, відсутність для надання конкретного виду допомоги кваліфікації, знань, обладнання чи ліків тощо» [40].

Дія ст. 132 Кримінального кодексу України може настати у випадку, коли медичним працівникам, які надають первинну медичну допомогу, під час роботи з документацією пацієнта чи під час збору анамнезу стає відомо про проходження ним медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Щодо ст. 145, то її дія настає коли медичні працівники умисно розголосили лікарську

таємницю і їхні такі дії призвели до настання тяжких наслідків. Тобто потрібно довести, по-перше, умисність дії медичних працівників (розголошення даних), а, по-друге, довести, що такі дії спричинили тяжкі наслідки, хоча не надається пояснення цим наслідкам. У коментарях до Кримінального кодексу подається розуміння «тяжких наслідків» – «самогубство чи самокалічення пацієнта, серйозне загострення його хвороби внаслідок переживань тощо» [48, ст. 132].

Обов'язки медичних працівників, які призводять до настання навіть кримінальної відповідальності за неякісне надання чи ненадання медичної допомоги, ми проаналізували вище.

Права медичних працівників ми також проаналізували вище в таких площинах: матеріальне забезпечення для проживання й праці в сільській місцевості; правовий захист у випадку виникнення скарг пацієнтів на результати надання медичної допомоги чи послуги. Є потреба детальніше розглянути питання, пов'язані з професійною взаємодією з пацієнтами, які звернулися по допомогу до медичних працівників.

Основне питання чи може медичний працівник, за аналогією з відмовою пацієнта від лікаря і вимагання його заміни, також відмовитися від пацієнта. Якщо може, то в яких випадках це дозволено зробити.

Діючий офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України у своїй публікації від 05 червня 2019 р. «Лікар має право: У яких випадках лікар може відмовитись від подальшого ведення пацієнта» вказує на такі причини права лікаря відмовитися від ведення пацієнта:

– «...пацієнт не виконує медичних приписів і при цьому нічого не загрожує життю пацієнта чи здоров'ю людей, які його оточують» [56];

– «...пацієнт порушує правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я і при цьому нічого не загрожує життю пацієнта чи здоров'ю людей, які його оточують» [56].

Усі вищевказані ситуації повинні бути задокументовані. Наприклад, це можна зробити у медичній карті пацієнта, листку непрацездатності тощо. Правила внутрішнього розпорядку є типовими для закладів охорони здоров'я і

можуть незначно відрізнятись, враховуючи специфіку кожного окремого закладу охорони здоров'я.

Тобто в українському законодавстві розглядається можливість відмови лише від *подальшого* ведення пацієнта (*курсив* виділено автором) і лише за умови відсутності загрози життю пацієнта чи здоров'ю людей, які його оточують.

Відзначимо неухажність чи некомпетентність авторів матеріалу, розміщеного на вищезгаданій офіційній сторінці Міністерства охорони здоров'я України, які серед законів і нормативно-правових актів, якими регулюється право на відмову від ведення пацієнта, вказують і ст. 139–140 Кримінального кодексу України і ч. 5 ст. 284 Цивільного кодексу України. Зауважимо, що вказані статті вищезгаданих кодексів не містять прямих норм, що регулюють цей аспект надання первинної медичної допомоги.

Натомість не згадано ст. 297 Цивільного кодексу України «Право на повагу до гідності і честі». Тобто вияв неповаги (нецензурна лексика пацієнта, нахабна поведінка) щодо медичного працівника з боку пацієнта є підставою до відмови медичного працівника від пацієнта. Зрозуміло, що факти вияву неповаги повинні бути зафіксовані (аудіо-, відеофіксація, документальне звернення до керівника закладу).

Окремим випадком відмови лікаря від пацієнта є відмова в прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Такі випадки регламентовані Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу» № 503 від 19 березня 2018 р. Зокрема, «...подання заяви лікарем, який надає первинну медичну допомогу, про відмову від подальшого ведення пацієнта у зв'язку з тим, що пацієнт не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку надавача первинної медичної допомоги, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення» [119].

Медичним працівникам, які надають первинну медичну допомогу, наказом 503 заборонено відмовляти пацієнтам у прийнятті Декларації та

подальшому веденні пацієнта, окрім випадку, що в цього лікаря вже є максимальна кількість пацієнтів, що підписали з ним Декларацію.

Окремо прописано у вищезгаданому наказі про неприпустимість відмови у прийнятті Декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, за ознаками «...наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо» [119].

Згідно зі ст. 3.4 Етичного кодексу лікаря, прийнятого на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства в м. Євпаторія (27.09.2009 р.), лікар має право відмовитися від лікування хворого у таких випадках:

– «...якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна довіра» [23, ст. 3.4];

– «...коли відчуває себе недостатньо компетентним» [23, ст. 3.4];

– «...коли немає у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей» [23, ст. 3.4];

– «...в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України» [23, ст. 3.4].

Зазначимо, що Етичний кодекс лікаря є збірником морально-етичних правил і не має юридичної сили.

Таким чином, на сьогодні вся модернізація управління надання медичної допомоги не дає очікуваних результатів. На нашу думку, потребує вдосконалення частина кодифікації медичного законодавства, як це є в Європі, тобто створення єдиного медичного нормативно-правового акта – Медичного кодексу, до якого увійшли б закони, які регулюють медичну діяльність. В Україні є своя законодавча база з медицини, і вона є багатою, однак неефективною, адже цей показник вимірюється не кількістю, а якістю. Так, більша частина нормативних актів не виконується, інша частина, які є надважливими, потребує детальних змін.

Необхідно створити таку систему медичного права, яка б повною мірою відповідала вимогам часу та базувалася на загальноєвропейських підходах до забезпечення прав громадян на здорове життя і права медичного працівника на здійснення професійної діяльності. До нього мають увійти Закони «Про особливості діяльності закладів охорони здоров'я», «Про правовий статус медичних працівників», «Про права пацієнтів» та інші законодавчі акти, що регламентують правовідносини в системі охорони здоров'я [9].

З проведенням реформування сфери охорони здоров'я, актуальності набуває вдосконалення управлінського законодавства в частині надання медичної допомоги. Саме цьому сприяв би Медичний кодекс України, адже було б врегульовано:

- правовий статус закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги, як публічного суб'єкта договірних прав;

- наявні корупційні схеми сертифікації та ліцензування медичних засобів, які в кінцевому підсумку через фармацевтичних представників потрапляють до пацієнтів;

- правовий статус пацієнта та його законного представника;

- умови надання медичних послуг, підстави та порядок підписання договору;

- типовий договір надання медичних послуг;

- процедуру оплати медичних послуг з передбаченням механізмів покриття збитків;

- різновиди медичних помилок, які впливають на якість, достатність, доступність і допустимість медичного обслуговування.

Ст. 77 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» регламентує професійні права та пільги медичних та фармацевтичних працівників. Серед них ми виокремимо такі [91, ст. 77]:

- належні умови професійної діяльності;

– обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у разі заподіяння шкоди їх життю і здоров'ю у зв'язку з виконанням професійних обов'язків у випадках, передбачених законодавством;

– судовий захист професійної честі та гідності та інші.

Безпосередньо права, наприклад, працівників системи екстреної медичної допомоги регламентовані п. 4 і 5 ст. 11 Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Зокрема, передбачено обов'язкове страхування, яке забезпечується у порядку, визначеному законом, а також кожен працівник системи екстреної медичної допомоги, який входить до складу бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, під час виконання службових обов'язків має право на захист від протиправного посягання на своє життя та здоров'я, який забезпечується відповідно до законодавства [113, ст. 11]. Проте у згаданих документах власне механізм захисту не є прописаний взагалі.

Незрозумілим також є механізм фіксації посягань на життя чи здоров'я інших медичних працівників. Запропоновано впровадити кримінальну відповідальність за посягання на життя і здоров'я працівників медичної допомоги під час виконання ними професійних посадових обов'язків.

На сьогодні не існує загальної юридичної системи захисту медичних працівників, у тому числі працівників первинної медичної допомоги. Існують розрізнені нормативно-правові акти, положення яких частково декларують правовий і соціальний захист медичних працівників, дотримання їх прав і свобод. Констатуємо відсутність єдиного комплексного підходу до вирішення цього питання. Існує певна хаотичність у прийнятті нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я.

Також варто забезпечити пільгове соціальне і медичне страхування всіх медичних працівників під час виконання ними своїх професійних посадових обов'язків. У процесі переходу з моделі державного фінансування закладів охорони здоров'я і послуг, які в них надаються, до змішаної чи повністю ринкової моделі зростатиме питома вага скарг пацієнтів на медичних працівників за неякісну (суб'єктивно чи об'єктивно) отриману медичну

допомогу чи медичні послуги. Тобто пацієнти стають вимогливішими до отриманих послуг, оскільки вони за них платять гроші (переважно неофіційно).

У підрозділі 2.3 дисертації ми вказували на зростання, згідно з офіційними статистичними даними, частки фінансування витрат на охорону здоров'я з боку домогосподарств. Це спонукає пацієнтів активніше відстоювати свої права в цій сфері. Натомість існує розповсюджена думка серед споживачів медичних послуг, що у медичних працівників не можуть бути права, а лише обов'язки щодо виконання вимог своєї посади.

Фахівці-юристи [194] зазначають, що їх клієнти – медичні працівники зазвичай звертаються по юридичну допомогу лише в найкритичніших випадках, нагадуючи власне сучасного пацієнта – ігнорування профілактичних заходів і оглядів, спроба самолікування, а тоді – вже з ускладненнями – звертання до фахівця.

Потрібно також зауважити, що права медичних працівників, як не дивно, не висвітлені на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України. Якщо, наприклад, для громадян, їх права і обов'язки у статусі пацієнтів наведені у частині «Права пацієнтів» підрозділу «Медична опіка» у розділі «Громадянам», то такі самі структурні частини з інформацією для медичних працівників на сайті відсутні.

Заради справедливості зазначимо, що інформація про деякі аспекти прав медичних працівників є на сайті у вигляді статей з відповідною тематикою. Пошук такої інформації є важкий, а власне наведена інформація є неперевіреною і не завжди відповідає дійсності (неправильні посилання на статті, підрозділи, розділи законів і нормативно-правових актів). Не забезпечений також зворотний зв'язок для отримання роз'яснень щодо такої інформації.

3.3. Розробка Концепції створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів

Сучасний світовий досвід щодо сфери охорони здоров'я вказує на те, що близько 4/5 усіх проблем зі здоров'ям кожного конкретного індивідуума вирішуються засобами первинної медичної допомоги. Власне це сприяє позиціонуванню підсистеми первинної медичної допомоги як дієвого засобу антикризового менеджменту системи охорони здоров'я.

Модель національної системи охорони здоров'я, в основі якої лежить підсистема первинної медичної допомоги, є доказово економічно раціональною (за різними оцінками, споживає близько 1/3 усіх ресурсів системи), ефективною (вирішує майже 90% усіх проблем зі здоров'ям громадян на своєму рівні), просвітницькою (в основі функціонування – профілактична парадигма охорони здоров'я).

Доказове визнання первинної медико-санітарної допомоги як одного з основних компонентів побудови ефективної національної системи охорони здоров'я було наведене в Європейській рамковій програмі Всесвітньої організації охорони здоров'я. Вона була презентована на 66-й сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ для дій щодо організації інтегрованого надання медичних послуг.

Первинна медична допомога «...є першим рівнем контакту окремих осіб, сім'ї та громади з національною системою охорони здоров'я, максимально наближає медико-санітарну допомогу до місця проживання та роботи людей і являє собою перший етап безперервного процесу охорони здоров'я народу» [103].

Нами розроблено Концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів в Україні. Такі локальні об'єднання сімейних лікарів можуть бути створені для надання (разом з тими закладами охорони здоров'я чи фізичними особами-підприємцями, з якими підписані договори Національною

службою охорони здоров'я) первинної медико-санітарною допомогою населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості.

Основна мета Концепції – сприяння кращій доступності первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості. Досягати цього запропоновано шляхом створення об'єднань сімейних лікарів – фізичних осіб-підприємців з відповідною ліцензією, які би мали в спільному користуванні будинок чи його частину, з відповідним обладнанням і матеріалами, необхідними, згідно зі ст. 35/1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «...для надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги» [91, ст. 35-1].

Нагадаємо, що Міністерство охорони здоров'я України своїм наказом № 801 від 29 липня 2016 р. затвердило декілька нормативно-правових актів, що безпосередньо стосуються надання первинної медико-санітарної допомоги. До них, зокрема, належать Положення про центр первинної (медико-санітарної) допомоги, Положення про амбулаторію, Положення про фельдшерсько-акушерський, фельдшерський пункт, Положення про медичний пункт тимчасового базування [118].

Відповідно до цього наказу, організаційна структура Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги складається з адміністративної й господарської частин і лікувально-профілактичної служби (амбулаторії (можуть бути структурними або відокремленими структурами, а також фельдшерсько-акушерські пункти/фельдшерські пункти, які є відокремленими структурами

амбулаторій)). Також можуть організовуватися медичні пункти тимчасового базування. Вони не є структурними підрозділами центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.

У законодавстві прописано, що «...фінансування центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги може здійснюватися за рахунок коштів медичної субвенції і місцевого бюджету, а також за рахунок інших джерел фінансування, які не заборонені національним законодавством» [118].

У 2018 р. Міністерство охорони здоров'я України і Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України видали спільний наказ «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 6 лютого 2018 р. Він спрямований на реалізацію п. 3 постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості» від 6 грудня 2017 р. № 983 [122].

Цим наказом визначено механізм та умови формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Спроможна мережа надання первинної медичної допомоги повинна відповідати декільком визначеним критеріям.

По-перше, вона повинна задовольняти запити населення на медичну допомогу і послуги. Ці запити визначаються на основі «...соціально-демографічного складу, поточних та прогнозних показників природного та міграційного руху, показників захворюваності та інших статистичних даних щодо населення відповідної території планування» [122, розділ II].

По-друге, «...гранична потужність має складати в середньому чотири візити до місця надання первинної медичної допомоги на рік на одного мешканця відповідної території планування» [122]. Відповідно, цільове навантаження на одну робочу зміну становить двадцять чотири відвідування. Третина візитів пацієнтів не потребує професійної лікарської допомоги. У таких

випадках первинна медична допомога може бути надана середнім медичним персоналом.

По-третє, повинна бути наявна «...систематична взаємодія окремих надавачів первинної медичної допомоги з метою забезпечення доступності цієї допомоги для населення» [122]. Це означає, що в рамках такої мережі окремі надавачі медичної допомоги і послуг мають послідовний контакт із надавачами «...екстреної, вторинної, третинної, паліативної медичної допомоги, послуг з діагностики, реабілітації, фармацевтичних послуг» [122].

По-четверте, повинна бути забезпечена доступність первинної медичної допомоги (власне наявність, інклюзивна, фінансова, зручного графіка роботи, комунікаційна) для мешканців відповідної території планування.

По-п'яте, транспортна доступність, тобто забезпеченість населення транспортом для доїзду до місця отримання первинної медико-санітарної допомоги.

По-шосте, фінансова стійкість мережі. Вона визначається здатністю цієї мережі надавати якісні медичні послуги населенню, яке проживає на території відповідної територіальної громади, що здійснюється у межах фінансових ресурсів. Фінансування діяльності таких створених об'єднань може здійснюватися за рахунок декількох джерел:

- 1) державного бюджету (шляхом медичної субвенції на регіональний рівень);
- 2) місцевого бюджету;
- 3) спонсорських і меценатських коштів;
- 4) грантів від різних організацій.

На сьогодні, згідно із чинним законодавством, дозволеними формами закладів охорони здоров'я, що можуть бути використані для надання первинної медичної допомоги, є такі:

- центр первинної медичної допомоги;
- амбулаторія групової практики;
- амбулаторія моно-практики;

– пункт здоров'я.

Відмінностями між цими структурами є, по-перше, чисельність населення, яке обслуговується; по-друге, кадрове забезпечення; по-третє, характеристики медичних послуг, які надаються. Є ще додаткові параметри, наприклад, тип практики первинної медичної допомоги – групова, монопрактика; регулярне або тимчасове місце надання первинної медичної допомоги.

Для центру первинної медичної допомоги характерним є наявність не менше 7 лікарів, хто надає первинну медичну допомогу, чисельність населення, яке обслуговується – не менше 15000 осіб. У ньому здійснюються, крім первинної медичної допомоги, ще й лабораторні дослідження та інструментальна діагностика. Розташування центру на території територіальної громади є постійним.

Для амбулаторії групової практики характерним є ведення прийому пацієнтів щонайменше двома лікарями первинної медичної допомоги, чисельність населення територіальної громади не менше 3000 осіб. Послуги, що надаються, є аналогічними до центру первинної медичної допомоги. Також є постійне розташування амбулаторії групової практики на території громади.

Для амбулаторії монопрактики характерна чисельність населення для обслуговування є 1500 осіб, регулярне місце надання. Виходячи з назви – первинну медичну допомогу надає один лікар, а отже, можуть виникати труднощі з доступністю медичної допомоги у випадку хвороби власне лікаря, його відпустки, навчання тощо.

Первинну медичну допомогу у пункті здоров'я можуть надавати молодші спеціалісти з медичною освітою і/або лікар (на нерегулярній основі). Такий пункт може утворюватися на дільницях, де чисельність населення є меншою 1500 осіб. Медичні послуги, які є доступні у такому пункті, залежать від допустимої професійної компетентності молодших спеціалістів, а весь спектр надання первинної медичної допомоги може бути доступний лише у присутності лікаря первинної медичної допомоги.

Проаналізувавши вище основні типи забезпечення первинною медичною допомогою населення переважно у сільській місцевості, ми виявили потребу в удосконаленні такого механізму у випадку утворення об'єднаної територіальної громади, яка утворюється в межах кількох суміжних районів.

У такому випадку, відповідно до чинного законодавства, запропоновано створити спроможну мережу первинної медичної допомоги на території тієї громади, яка територіально є більшою. Отже, з інших районів, що є в складі об'єднаної територіальної громади, ця територія виключається – п. 5 «Формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» наказу «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 6 лютого 2018 р. [122].

Цим же пунктом наказу передбачено «...врахування інтересів територіальних громад під час розроблення планів спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні державні адміністрації проводять обговорення з органами місцевого самоврядування та їх асоціаціями, громадськими об'єднаннями, суб'єктами господарювання» [122].

У випадку добровільного об'єднання територіальних громад, якість та доступність первинної медичної допомоги (публічні послуги), що надаються в об'єднаній територіальній громаді, «...не можуть бути нижчими, ніж до об'єднання» [111, ст. 4].

На думку авторів операційного керівництва «Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні», у процесі визначення, де може бути розміщена база (заклад), яка/який надає первинну медичну допомогу додатково треба враховувати такі параметри: «...історичну традиційність територіального розташування місця надання первинної медичної допомоги; усталене транспортне забезпечення, необхідність оптимізації витрат на його утримання і на транспортування пацієнтів до лікаря; наявність кадрового забезпечення надання первинної медичної допомоги» [195, с. 70].

Алгоритм формування лікувальної мережі надання первинної медичної допомоги на території територіальної громади такий:

1) визначаються території доступності первинної медичної допомоги (при цьому враховуються наявні заклади, що вже її надають);

Зазначимо, що «територією доступності» вважається «...сукупність територій населених пунктів в межах однієї території планування, відстань та шляхи сполучення між якими дозволяють забезпечити доступність первинної медичної допомоги найменшою можливою кількістю місць надання первинної медичної допомоги з урахуванням граничної потужності спроможної мережі надання первинної медичної допомоги та загальної кількості мешканців цих населених пунктів» [122]. А під «територією планування» розуміють «...територію, для якої розробляється план спроможної мережі надання первинної медичної допомоги та яка перебуває, як правило, в адміністративних межах районів, міст республіканського значення Автономної Республіки Крим, районів, міст обласного значення» [122].

Зауважимо такий юридичний нюанс: «територія... перебуває, як правило, в адміністративних межах...» (курсив наш. – Я. О.). Отже, виходячи із цього, можна стверджувати, що територія планування, а отже, територія доступності може і не перебувати в межах однієї адміністративної одиниці – району, міста, області.

Визнання цього на законодавчому рівні дає можливість формувати спроможну мережу первинної медичної допомоги, виходячи з потреб населення, а не з меж адміністративної одиниці. Зрозуміло, що в такому випадку (можливе надання первинної медичної допомоги не в межах адміністративної одиниці проживання пацієнта, а в закладі, що надає таку медичну допомогу й територіально перебуває в межах іншої адміністративної одиниці), можуть бути додаткові складнощі в здійсненні фінансування цих закладів.

Водночас в українській системі охорони здоров'я задеклароване таке основне право пацієнтів, як «...право на кваліфіковану медичну та

реабілітаційну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря та фахівця з реабілітації, вибір методів лікування та реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря та фахівця з реабілітації, вибір закладу охорони здоров'я» [133, ст. 6].

На практиці це означає, що громадянин, який проживає в одній адміністративній одиниці, має право і може обслуговуватися лікарем в іншій адміністративній одиниці. Питання постає лише в доцільності й часовій доступності надання медичної допомоги.

Також пацієнт має право вибирати заклад охорони здоров'я, отже, відповідно до предмета нашого дослідження – може вибирати, у якому закладі він хотів би, наприклад здійснити необхідні йому діагностичні обстеження чи лабораторні аналізи, чи отримати необхідну консультацію вузькопрофільного спеціаліста. Зрозуміло, що всі вищеперераховані заходи він може здійснити за направленням «свого» сімейного лікаря, з яким має підписану декларацію про надання медичної допомоги і послуг. У випадку необхідності таких дій (потреба зумовлена фізичним станом пацієнта) і за відповідного направлення такі медичні заходи (консультації, діагностичні обстеження, лабораторні аналізи) є безплатними (за програмою фінансових гарантій) або можуть бути платними, якщо пацієнт здійснює самозвертання (без наявного направлення сімейного лікаря).

Щодо інших прав стосовно до надання первинної медичної допомоги, то відзначимо право на заміну лікаря і право на якісну медичну допомогу. Тобто, якщо пацієнта не задовольняє рівень отриманої первинної медичної допомоги, то він може розірвати з цим лікарем підписану декларацію на обслуговування і підписати її з іншим лікарем. Це є одним з непрямих механізмів регулювання професійної компетентності медичних працівників, оскільки з лікарем, який не має достатньої кваліфікації і надає неякісну медичну допомогу, не будуть підписувати пацієнти декларації на медичне обслуговування, а, отже, він не отримає відрахування з Національної служби здоров'я України за пролікованих хворих чи надані консультації;

2) визначається можливість кадрового забезпечення (необхідний лікар, який надає первинну медичну допомогу і молодший медичний персонал).

Понад 90% лікарів та середнього медичного персоналу працюють у системі державної охорони здоров'я.

Є потреба також організувати надання первинної медичної допомоги в позаробочий час. У Методичних рекомендаціях з організації надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів, затверджених Міністерством охорони здоров'я України у 2019 р., вказані такі найчастіші причини звертання пацієнтів за медичною допомогою [90]:

- порізи і травми;
- укуси комах, тварин;
- незначні опіки;
- інфекції вуха і дихальних шляхів;
- інфекції шкіри і висипи;
- підвищена температура;
- блювання і діарея;
- кашель і застуда;
- стороннє тіло в оці, запалення;
- невідкладна контрацепція.

Сприяють підвищенню кількості звернень пацієнтів за первинною медичною допомогою, поза годинами прийому, різні негативні фактори, зокрема, можна виокремити такі основні:

- недостатність знань пацієнта щодо ситуації, що призводить до потреби в медичній допомозі;
- невміння визначити важкість стану особи, яка потребує звернення за медичною допомогою, і її терміновість;
- відсутність особистого досвіду щодо ситуації, яка виникла в найближчому оточенні;
- фактор страху щодо ситуації, яка потребує медичного вирішення;
- інші.

Зазначимо, що проблема надання первинної медичної допомоги сімейними лікарями поза годинами прийому пацієнтів є загальносвітовою, а не лише вітчизняною. Основними причинами виникнення такої ситуації є, на нашу думку, такі:

- фінансова невідповідність матеріальної винагороди лікарям порівняно із витраченими зусиллями;
- підвищення ризику й власне розвиток синдрому професійного вигорання;
- недостатнє кадрове забезпечення системи надання первинної медичної допомоги;
- недостатнє матеріально-технічне і організаційне забезпечення процесу надання первинної медичної допомоги, особливо у сільській місцевості;
- інші.

Деякі шляхи вирішення такої проблеми подані у Методичних рекомендаціях з організації надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів, розроблених у Міністерстві охорони здоров'я України. Зокрема, даються такі рекомендації [90, с. 13]:

- фінансове зацікавлення персоналу, що вже надає первинну медичну допомогу (оплата за понаднормову працю з відповідним коригувальним коефіцієнтом; додаткове фінансування (закупівля послуг у межах регіональних чи локальних цільових програм розвитку первинної медичної допомоги));
- аутсорсинг медичного персоналу (лікарі і молодший медичний персонал) з відповідним рівнем професійної компетентності для надання необхідного обсягу первинної медичної допомоги;
- організаційне вирішення проблеми шляхом зміни часового режиму роботи лікарів, хто надає первинну медичну допомогу (робота закладів охорони здоров'я за змінами (розширення годин прийому пацієнтів, організація чергувань медичного персоналу на базі закладу)).

Частково вирішити проблему надання первинної медичної допомоги можна, використовуючи цифрові технології. Проте, зауважимо, що в сучасних реаліях України є певні матеріально-технічні й організаційні перешкоди.

По-перше, забезпечення доступу громадян, які проживають у сільській місцевості до цифрових технологій.

По-друге, рівень цифрової грамотності.

По-третє, ступінь довіри до таких технологій на противагу «усталеному» особистому звертанню до закладу охорони здоров'я.

По-четверте, рівень професійної компетентності медичного персоналу, здатного в умовах обмежених діагностичних можливостей (неможливість проведення фізичного огляду, здійснення швидких лабораторно-діагностичних процедур тощо) прийняти відповідальне рішення щодо подальшої траєкторії руху пацієнта – негайний контакт з лікарем первинної медичної допомоги, виклик бригади екстреної медичної допомоги, самостійне лікування пацієнта під дистанційним наглядом лікаря первинної медичної допомоги тощо.

Зрозуміло, що розвиток різних видів телемедицини є тимчасовою альтернативою (до моменту фізичного контакту з сімейним лікарем) візиту до лікувального закладу. Отримання своєчасних рекомендацій щодо можливого запобігання чи початку лікувального процесу значно скорочує непрямі витрати держави на забезпечення отримання первинної медико-санітарної допомоги населенням.

Такий тип доповнених відносин медичного персоналу і громадян, які потребують надання первинної медичної допомоги, потребуватиме подальшої розробки й імплементації правового механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою.

У пропонованому нами випадку фінансування діяльності таких створених об'єднань може здійснюватися за рахунок декількох джерел: Національної служби здоров'я України, місцевого бюджету територіальної громади, кошти юридичних і фізичних осіб за надані медичні послуги тощо.

По-перше, це кошти, які надійдуть від Національної служби здоров'я України, у межах дії укладеного договору про медичне обслуговування населення. Обсяг фінансування прямо залежить від кількості осіб, які підписали декларації з лікарями створеного об'єднання. Нагадаємо, що, незалежно від свого місця проживання, пацієнт має право обрати лікаря, який надаватиме йому первинну медичну допомогу, і підписати з ним відповідний договір (декларацію). Різні аспекти взаємодії лікаря (який надає первинну медичну допомогу) і пацієнта у межах підписаної декларації регламентовано Наказом «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» № 503 від 19 березня 2018 р. [119].

По-друге, кошти місцевого бюджету (територіальної громади). Ці кошти можуть бути отримані таким об'єднанням лікарів, як:

- кошти цільової місцевої (регіональної) програми громадського здоров'я (профілактична спрямованість);

- кошти цільової програми органу місцевого самоврядування у цій територіальній громаді;

- кошти територіальної громади, згідно з укладеним договором (за аналогією з договором з Національною службою здоров'я України) про надання медичних послуг, які, наприклад, не входять до переліку програми фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- кошти, отримані за надання медичної допомоги і послуг юридичним, фізичним особам, що не входять до будь-якої з вищенаведених програм;

- грошові дотації з місцевого бюджету.

По-третє, кошти, отримані за надання послуг іншим закладам охорони здоров'я чи фізичним особам-підприємцям (наприклад, лабораторна й інструментальна діагностика).

По-четверте, кошти за грантовими програмами підтримки.

По-п'яте, кошти благодійників.

Основною метою створення таких об'єднань є підвищення якості надання первинної медико-санітарної та інших видів медичної допомоги шляхом забезпечення ширшої доступності її для населення територіальної громади. Членів такого медичного територіального об'єднання легше забезпечити необхідною дороговартісною апаратурою й необхідними засобами. Зокрема, таким чином можна розв'язати проблему недостатності транспортних засобів для здійснення відвідувань пацієнтів на дому. Для цього створюють гнучкий графік користування спільним транспортним засобом лікарями, які є членами територіального об'єднання. Зрозуміло, що вимогою до кандидатів, що входитимуть до складу територіального об'єднання, буде наявність водійських прав і вміння керувати автотранспортним засобом.

У містах питання транспортного забезпечення можна вирішити за рахунок електричних транспортних засобів (які набувають значної популярності серед міського населення завдяки екологічності, доступності, маневреності й швидкості) – електросамокатів, велосипедів з електричними двигунами, гіроскутерів тощо.

Використання уніфікованих лікувальних протоколів у процесі надання медичної допомоги і послуг громадянам надає переваги не лише пацієнтам і лікарям, а й усій національній системі охорони здоров'я. Фахівці до таких переваг зараховують [68]:

а) підвищення ефективності роботи шляхом стандартизації надання медичної допомоги і послуг пацієнтам та оптимізації вартості лікування;

б) підвищення рівня довіри до національної системи охорони здоров'я зокрема та держави загалом.

Відповідальним за ведення реєстру медико-технологічних документів, матеріально-технічне та організаційно-методичне забезпечення навчання членів мультидисциплінарних груп, інформаційний та методичний супровід розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини, відповідно до наказу МОЗ України № 751 від

28 вересня 2012 р. (зі змінами) [138], визначено державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Остаточний успіх реформи охорони здоров'я в Україні залежить від низки факторів, включаючи фінансову основу економічної стабільності країни, забезпечення балансу між державними та приватними витратами на охорону здоров'я та здатність ліквідувати тривалу практику, особливо коли вони пов'язані з діяльністю лобістських груп, що займають певні посади в системі охорони здоров'я. Наслідком дій, що здійснюються особами, які приймають політичні рішення в довгостроковій перспективі, є також значне визначення шансів на успіх реформи.

Аналіз сучасного стану державного управління первинною медико-санітарною допомогою дав змогу визначити основні тригерні чинники, які ускладнюють її ефективне державне управління, а саме:

- освітній (рівень освіти адміністрації закладу охорони здоров'я за напрямом «Управління», рівень комп'ютерної грамотності медичних працівників);

- демографічний (значна кількість медичних працівників пенсійного та передпенсійного віку; нерівномірність густоти розселення пацієнтів у сільській і міській місцевості);

- матеріально-технічний (забезпеченість комп'ютерним обладнанням і можливостями якісного підключення до мережі Інтернет);

- фінансово-економічний (оплата витрат, пов'язаних з викликом, за потреби, лікаря додому («лежачі» хворі); виїзд лікаря для констатації факту смерті людини; кореляція тарифної сітки медичного персоналу тощо);

- організаційний (перерозподіл пацієнтів між лікарями у випадку лікарняного, календарної відпустки, декретної відпустки; неврегульованість дій і відповідальності з підсистемами екстреної медичної допомоги і вторинної медичної допомоги).

За статистичними даними, від 2/3 до 3/4 фінансування, виділеного на заклади охорони здоров'я, витрачають для забезпечення виплати заробітної плати медичним працівникам.

Тарифна ставка заробітної плати медичних працівників у таких закладах вираховується на основі кількості ліжок і не може змінюватися. Близько 1/10 від виділеного фінансування витрачається на оплату комунальних послуг. Залишок, а це, за різними оцінками, 7–8% від загальних коштів, витрачають на ліки й перев'язувальний матеріал.

На оновлення необхідної лікувально-діагностичної апаратури коштів немає. Зазвичай існує практика фінансування таких витрат за рахунок третіх осіб – спонсорів і меценатів, а також коштів, зібраних з благодійних внесків пацієнтів чи їх родичів.

На основі проведеного аналізу ми рекомендуємо Міністерству охорони здоров'я України, крім процесу адаптації й імплементації міжнародних протоколів, здійснити заходи щодо експертного перегляду та корекції національних стандартів надання первинної медичної допомоги. Для цього доцільно залучити професійні медичні організації в цій галузі.

Висновки до третього розділу

Виокремлені в другому розділі дисертації проблемні чинники в державному управлінні первинною медико-санітарною допомогою, а саме освітній, демографічний, матеріально-технічний, фінансово-економічний, організаційний, потребують адекватної стратегії вирішення з боку держави.

Освітня компонента комплексного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою може бути реалізована шляхом організації дистанційного навчання (без відриву від основної професійної діяльності), що особливо важливо в умовах пандемії COVID-19, а також

відповідає сучасним принципам тайм-менеджменту. Така форма навчання також знижує фінансові витрати споживачів освітньої послуги, пов'язані з очним відвідуванням освітніх закладів. Крім цього, дистанційна форма навчання дає змогу залучити велику кількість слухачів, а також запросити кращих фахівців для здійснення навчання.

Видається доцільним запропонувати враховувати час для надання онлайн-консультацій чи участі в онлайн-семінарах як такий, що може бути додатково оплаченим. Витрати на це необхідно закласти в бюджет лікувально-профілактичних закладів. Також співплата і/або повна оплата освітніх послуг для працівників закладів буде виступати як додатковий мотиваційний стимул для них.

Демографічну проблему забезпечення медичними працівниками потреб національної системи охорони здоров'я можна вирішити, лише піднявши престиж професії медичного працівника, насамперед, за рахунок фінансового й соціального забезпечення. Це потребує розробки довгострокової державної стратегії з відповідними фінансовими дотаціями. Причому варта підтримки думка фахівців, що економічна віддача від цього настане лише через 10–15 років (середня тривалість офіційного навчання на сертифікат лікаря-спеціаліста, під яким розуміється особа, яка виконала державний норматив і отримала ліцензію на медичну практику, отримала додаткові сертифікати, згідно з курсами підвищення кваліфікації, і є самодостатнім фахівцем з певного медичного напрямку).

Недостатня забезпеченість медичними кадрами, особливо в сільській місцевості, призводить, у кращому разі, до збільшення робочих годин у графіках чергування сімейних лікарів. Відповідно такий стан справ є значним потенційним чинником настання фізичного та морального перевантаження з подальшим розвитком різних ступенів синдрому професійного вигорання.

Також виявлено потребу в удосконаленні організаційного механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні щодо профілактичної спрямованості діяльності сімейних лікарів. Перехід на

оплату праці лікарів за кожен випадок наданої медичної допомоги чи послуги згідно з підписаним договором з Національною службою здоров'я України не передбачає просвітницької компоненти діяльності лікарів і молодшого медичного персоналу.

Така ситуація зводить роботу лікаря до механічного надання первинної медико-санітарної допомоги без фокусування на профілактиці й подальшому запобіганні захворюванням пацієнтами (тобто втрачаються шанси на економію коштів держави, оскільки такий пацієнт може й надалі недбало ставитися до власного здоров'я, способу життя та харчування, що провокуватиме подальші загострення й рецидиви хвороби, як наслідок, знов потребуватиме медичної допомоги).

Розроблено Концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів в Україні. Такі локальні об'єднання сімейних лікарів можуть бути створені для надання (разом з тими закладами охорони здоров'я чи фізичними особами-підприємцями, з якими підписані договори Національною службою охорони здоров'я) первинної медико-санітарної допомоги населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості.

Основна мета Концепції – сприяння кращій доступності первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості. Досягати цього запропоновано шляхом створення об'єднань сімейних лікарів – фізичних осіб-підприємців з відповідною ліцензією, які би мали в спільному користуванні будинок чи його частину, з відповідним обладнанням і матеріалами, необхідними, згідно зі ст. 35/1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», для надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання

невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Фінансування діяльності таких створених об'єднань може здійснюватися за рахунок декількох джерел: 1) державного бюджету (шляхом медичної субвенції на регіональний рівень); 2) місцевого бюджету; 3) спонсорських і меценатських коштів; 4) грантів від різних організацій.

Основною метою створення таких об'єднань є підвищення якості надання первинної медико-санітарної та інших видів медичної допомоги шляхом забезпечення ширшої доступності її для населення територіальної громади. Членів такого медичного територіального об'єднання легше забезпечити необхідною дороговартісною апаратурою й необхідними засобами. Зокрема, таким чином можна розв'язати проблему недостатності транспортних засобів для здійснення відвідувань пацієнтів на дому. Для цього створюють гнучкий графік користування спільним транспортним засобом лікарями, які є членами територіального об'єднання. Зрозуміло, що вимогою до кандидатів, що входитимуть до складу територіального об'єднання, буде наявність водійських прав і вміння керувати автотранспортним засобом.

У містах транспортне забезпечення можна вирішити за рахунок електричних транспортних засобів (які набувають значної популярності серед міського населення за рахунок екологічності, доступності, маневреності і швидкості) – електросамокатів, велосипедів з електричними двигунами, гіроскутерів тощо.

Іншою проблемою, яка потребує вирішення, є доступність цифрових технологій у сільській місцевості, особливо з гірським ландшафтом. Розвиток різних видів телемедицини є тимчасовою альтернативою (до моменту фізичного контакту із сімейним лікарем) візиту до лікувального закладу. Отримання своєчасних рекомендацій щодо можливого запобігання чи початку лікувального процесу значно скорочує непрямі витрати держави на забезпечення отримання первинної медико-санітарної допомоги населенням. Такий тип доповнених

відносин потребуватиме подальшої розробки й імплементації правового механізму державного управління первинною медико-санітарною допомогою.

ВИСНОВКИ

У дисертації узагальнено та вирішено актуальне науково-практичне завдання державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні. Отримані результати дають підстави зробити такі висновки та внести пропозиції.

1. Здійснене дослідження стану розробки окресленої теми в сучасній українській і зарубіжній науці дало змогу встановити, що різні аспекти процесу державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні висвітлені фахівцями недостатньою мірою. Зокрема, потребує опрацювання питання вдосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я у процесі її реформування. Особливо це стосується підсистеми первинної медико-санітарної допомоги, оскільки на цьому рівні здійснюється основний обсяг первинних контактів населення з національною системою охорони здоров'я. Проаналізовані сучасні розробки фахівців щодо проблематики дослідження показали широкий спектр наукових пошуків у дотичних до державного управління наукових напрямках, зокрема економічних, юридичних і медичних. Тож доцільно рекомендувати залучати до експертизи й розробки таких тем фахівців з інших спеціальностей, не обмежуючись лише вченими, основною сферою інтересів яких є державне управління.

2. Узагальнено зарубіжний досвід організації надання первинної медико-санітарної допомоги та ролі держави в цьому процесі. Встановлено, що сучасні моделі національних систем охорони здоров'я є переважно багатокomпонентними. Тобто відбувся перехід від моноmodelьної системи до мультимodelьних, які утворені під впливом географічних, історичних, соціокультурних, політичних та адміністративних чинників.

Для аналізу зарубіжного досвіду державного управління первинною медико-санітарною допомогою застосовано класифікацію систем охорони здоров'я, в основі якої тип їх переважної моделі фінансування. Зокрема,

здійснено поділ національних систем охорони здоров'я за переважним типом, а саме: 1) добровільне страхування (так зване «приватне медичне страхування» і «добровільне медичне страхування»); 2) соціальне медичне страхування; 3) універсальне охоплення; 4) механізм «цільових» програм; 5) національне медичне страхування.

3. Результати аналізу сучасного стану нормативно-правового забезпечення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні дали змогу вдосконалити теоретичний підхід до розвитку національного правового медичного простору. Зокрема, визначено потребу розробки й прийняття нормативно-правових актів у таких напрямках: організаційному (первинна медико-санітарна допомога; функціонування закладу охорони здоров'я; лікарське самоврядування й громадські організації у сфері охорони здоров'я); правовому (захист прав медичних працівників і пацієнтів з акцентом на процесах, що відбуваються під час реформування системи, і таких, що пов'язані з пандемією COVID-19); фінансовому (приватна діяльність у сфері охорони здоров'я); соціальному (профілактична й валеологічна спрямованість державної політики у сфері охорони здоров'я) тощо.

4. Результати аналізу сучасного стану надання первинної медико-санітарної допомоги дали змогу визначити основні тригерні чинники, які ускладнюють її ефективне державне управління, а саме:

– освітній (рівень освіти адміністрації закладу охорони здоров'я за напрямом «Управління»; рівень комп'ютерної грамотності медичних працівників);

– демографічний (значна кількість медичних працівників пенсійного та передпенсійного віку; нерівномірність густоти розселення пацієнтів у сільській і міській місцевості);

– матеріально-технічний (забезпеченість комп'ютерним обладнанням і можливостями якісного підключення до мережі Інтернет);

– фінансово-економічний (оплата витрат, пов'язаних з викликом, за потреби, лікаря додому («лежачі» хворі); виїзд лікаря для констатації факту смерті людини; кореляція тарифної сітки молодшого медичного персоналу тощо);

– організаційний (перерозподіл пацієнтів між лікарями у випадку лікарняного, календарної відпустки, декретної відпустки; неврегульованість дій і відповідальності з підсистемами екстреної медичної допомоги і вторинної медичної допомоги).

5. Здійснений аналіз організаційно-економічного механізму державного управління в національній системі охорони здоров'я дав змогу обґрунтувати й розробити заходи щодо вдосконалення механізмів державного управління первинною медико-санітарною допомогою на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я України. Запровадження прямого бюджетного фінансування розширеного переліку державних цільових програм у сфері охорони здоров'я з одночасним спрощенням механізму розгляду й затвердження цих програм в умовах реформування національної системи охорони здоров'я та загальносвітової пандемії COVID-19 дасть змогу доповнити фінансове забезпечення надання окремих видів медичної допомоги й послуг, які не підпадають під дію Програми державних гарантій. Це сприятиме легшому перебігу процесу реформування національної системи охорони здоров'я й допоможе запобігти значній опортуністичній реакції з боку медичних працівників, забезпечивши м'який перехід на нові принципи фінансування надання первинної медичної допомоги.

6. Розроблено Концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів в Україні. Такі локальні об'єднання сімейних лікарів можуть бути створені для надання (разом з тими закладами охорони здоров'я чи фізичними особами-підприємцями, з якими підписані договори Національною службою охорони здоров'я) первинної медико-санітарною допомогою населенню певної об'єднаної територіальної громади, що розташована в сільській місцевості. Основна мета Концепції – сприяння кращій доступності первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості. Цього запропоновано

досягати шляхом створення об'єднань сімейних лікарів – фізичних осіб-підприємців з відповідною ліцензією, які би мали в спільному користуванні будинок чи його частину, з відповідним обладнанням і матеріалами, необхідними, згідно зі ст. 35/1 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», для надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

7. Урахування основних наукових результатів дослідження, українського й зарубіжного досвіду державного управління у сфері охорони здоров'я дає підстави сформулювати для впровадження в діяльність органів публічної влади такі рекомендації щодо покращення державного управління первинною медико-санітарною допомогою: систематизувати чинне нормативно-правове поле надання первинної медико-санітарної допомоги; узгодити Концепцію створення локальних територіальних об'єднань сімейних лікарів із чинним законодавством у сфері охорони здоров'я; затвердити державну програму просвітницької діяльності щодо пропагування здорового способу життя й профілактики захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н. В. Авраменко ; Класич. приват. ун-т. — Запоріжжя, 2011. — 36 с. — укр.
2. Авчухова А.М., Кочемировська О.О. Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень при Президентові України. URL.: <http://www.niss.gov.ua/articles/1132/>.
3. Антонюк С.А. Державне регулювання розвитку приватного сектора в охороні здоров'я України на регіональному рівні: Автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / С.А. Антонюк ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2006. — 20 с. — укр.
4. Балусева О.В. Удосконалення механізмів державного управління розвитком інформаційної системи галузі охорони здоров'я: Автореф. дис... канд. наук держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Балусева ; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2007. — 20 с. — укр.
5. Баришніков М.Р. Міжнародне медичне право та його вплив на медичне законодавство України. Ліки України, 2008, № 6. С. 188-190.
6. Беліченко А.В. Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / А.В. Беліченко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2010. — 20 с. — укр.
7. Буравльов Л.О. Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Л. О. Буравльов ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2010. — 20 с. — укр.
8. Бюджетний Кодекс України: Кодекс України №2456-VI від 08.07.2010 р. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2010. №50-51. Ст. 572.

9. В Україні може з'явитися Медичний кодекс. URL: <http://zib.com.ua/ua/pda/15329.html>
10. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Виноградов ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2009. — 20 с. — укр.
11. Галацан О.В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Галацан ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2004. — 17 с. — укр.
12. Гафурова О.В. Правове регулювання державної підтримки сільської медицини. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України* / Д.О.Мельничук (голова редкол.). — 2011, вип.165, ч.1, с.58–62. (Серія: Право)
13. Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / В. Р. Григорович ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2011. — 20 с. — укр.
14. Грузєва Т.С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Т.С. Грузєва ; Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2004. — 39 с.: рис. — укр.
15. Дейниховська К.А. Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / К. А. Дейниховська ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2011. — 18 с. — укр.
16. Декларація про розвиток прав пацієнтів у Європі Україна крізь призму європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. — К. Видавництво ТОВ «Дизайн і поліграфія», 2012. — 158 стор.

17. Деякі питання оптимізації державних цільових програм і національних проектів, економії бюджетних коштів та визнання такими, що втратили чинність, деяких актів Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України №71 від 05 березня 2014 р. *Офіційний вісник України* від 28.03.2014 р. 2014. №24. Стор. 47. Стаття 737. Код акту 71911/2014.

18. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо розвитку системи медичної допомоги у Вінницькій, Донецькій, Одеській, Полтавській, Тернопільській областях та м.Києві та створення оперативно-диспетчерських служб: Постанова Кабінету Міністрів України №425 від 22 травня 2019 року. URL.: <https://ips.ligazakon.net/document/view/kp190425?an=1>

19. Джафарова Д.М. Управління реформуванням первинної медико-санітарної допомоги на місцевому рівні (на прикладі м.Львова): Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Д.М. Джафарова ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — Л., 2004. — 20 с. — укр.

20. Другий Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, що стосується скасування смертної кари (прийнятий резолюцією 44/128 Генеральної Асамблеї від 15 грудня 1989 року). Офіц.вісн. України від 13.04.2007 р., №24, стор. 30, стаття 974. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_187

21. Європейська соціальна хартія (переглянута). Офіц.вісн. України від 18.10.2006 – 2006 р., №40, стор. 37, стаття 2660. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062

22. Європейський кодекс соціального забезпечення. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_329

23. Етичний кодекс лікаря. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>

24. Євтушенко О.А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.А. Євтушенко ; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2006. — 20 с. — укр.

25. Жаховський В.О. Державне управління системою формування кадрового потенціалу медичної служби Збройних Сил у контексті європейської та євроатлантичної інтеграції України: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.О. Жаховський ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2005. — 20 с. — укр.

26. Загальна декларація прав людини (прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року). Офіц.вісн.України від 15.12.2008 р., №93, стор. 89, стаття 3103, код акта 45085/2008, URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015

27. Загородній В.В. Механізми державного регулювання реформуванням системи охорони здоров'я (на матеріалах м.Києва): Автореф. дис... канд. наук з держ. управління: 25.00.05 / В.В. Загородній ; Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2001. — 17 с.: рис. — укр.

28. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році: Статистичний бюлетень. К.: Державна служба статистики України URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

29. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: Статистичний збірник. Київ. 2018. Державна служба статистики України. 109 с. URL.: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf

30. Заремба Є.Х., Грицко Р.Ю., Кияк Ю.Г., Лемішко Б.Б., Заремба-Федчишин О.В., Заремба О.В. Основний напрямок роботи фахівців сімейної медицини — профілактика. Практичний лікар, 2017, том 6, №4, с.5-10.

31. Зіменковський А.Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.03 / А.Б. Зіменковський ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2007. — 34 с. — укр.

32. Зогий І.М. Міжнародно-правові стандарти медичної допомоги та законодавство України. *Актуальні проблеми держави і права*. 2011. URL:

http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&Z21ID=&Image_file_name=PDF%2Fapdp_2011_57_38.pdf&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1

33. Карамішев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: Автореф. дис... д-ра наук держ. упр.: 25.00.02 / Д.В. Карамішев ; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2007. — 36 с. — укр.

34. Карамішев Д.В., Радиш Я.Ф., Радиш Я.Л. Якість медичної допомоги – інтегральний показник соціальної ефективності управління системою охорони здоров'я. *Вісник НАДУ при Президентіві України*. Київ. 2005. № 4. С. 415-420.

35. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)* : матер. II Всеукр. наук.-практ. конфер. (17–18 квітня 2008 р.). Львів, 2008. С. 129–136.

36. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2014. № 3. С. 136–143.

37. Коваль А.М. Статус пацієнта: адміністративно-правове регулювання: автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / А. М. Коваль ; Нац. ун-т держ. податк. служби України. — Ірпінь, 2011. — 20 с. — укр.

38. Кодекс законів про працю України. Відомості Верховної Ради УРСР від 17.12.1971 р. - 1971, №50, Ст. 375.

39. Козуліна С.О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / С.О. Козуліна ; Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — О., 2004. — 20 с.: рис. — укр.

40. Коментар до статті 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником. URL: <http://yurist-online.com/ukr/uslugi/yuristam/kodeks/024/137.php>

41. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (Ов'єдо, 4 квітня 1997 року) URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334

42. Конвенція про права дитини (ратифіковано Постановою Верховної Ради України №789-ХІІ від 27.02.1991 р.). Зібрання чинних міжнародних договорів України від 1990 – 1990 р., №1, стор. 205. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021

43. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. Відомості Верховної Ради, 1996, №30, ст. 141.

44. Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL.: www.umsa.edu.ua/konc_pobudovi.pdf

45. Котляревський Ю.О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Ю.О. Котляревський ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2009. — 20 с. — укр.

46. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.П. Кризина ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2008. — 36 с. — укр.

47. Крилюк В.О. Превентивні смерті як індикатор якості надання екстреної медичної допомоги постраждалим. *Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря*. 2013. №2-3(35). URL.: <https://urgent.com.ua/ua-issue-article-465>

48. Кримінальний кодекс України: Кодекс України №2341-ІІІ від 05.04.2001 р. *Відомості Верховної Ради України* від 29.06.2001 — 2001 р., №25, стаття 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>

49. Курило Т.М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: Автореф. дис... канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / Т.М. Курило ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2006. — 20 с. — укр.

50. Лазоришинець В. В. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : монографія. Київ : ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України» : Міжрег. вид. центр «Медінформ», 2014. 207 с.

51. Лехан В., Рудой В., Нолт Е. Системы здравоохранения в переходном периоде. *Копенгаген: Европ. регион. бюро ВОЗ от имени Европ. Обсерватории по системам и политике здравоохранения.* Копенгаген, 2004. 144 с.

52. Лехан В., Рудый В., Ричардсон Э. Украина: Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Другое. *ВОЗ: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.* 2010. № 12 (8). 227 с.

53. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. *Україна. Здоров'я нації.* 2015. № 3. С. 67–86.

54. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації.* 2010. № 1. С. 5–23.

55. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.В. Лещенко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2009. — 20 с. — укр.

56. Лікар має право: У яких випадках лікар може відмовитись від подальшого ведення пацієнта. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. URL: <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/likar-mae-pravo-u-jakih-vipadkah-likar-mozhe-vidmovitis-vid-podalshogo-vedennja-pacienta>

57. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 84–88.

58. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробки впроваджень у сфері державного управління) : зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

59. Любінець О.В. Організація медичної допомоги на дошпитальному етапі: правові аспекти / О.В. Любінець, Я.Д., Я.Л. Гржибовський, О.Є. Ходор // *Медичне право*, 2015. – №1(1). – С. 87-90.

60. Мажак І.М. Принцип доступності як основа організації сімейної медицини: матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю [«Управління охороною здоров'я»], (Львів, 29 січня – 14 березня 2003 року), Львів. держ. мед. ун-т ім. Данила Галицького. Львів, 2003. С. 77-78.

61. Малиновський В. Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2005. 254 с.

62. Маншилін К.М. Моделювання процесів управління в медичних установах в умовах переходу до ринку: Автореф. дис... канд. екон. наук: 08.03.02 / К.М. Маншилін ; Донец. нац. ун-т. — Донецьк, 2004. — 17 с. — укр.

63. Мартиненко В. М. Державне управління: шлях до нової парадигми (теорія та методологія) : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2003. 218 с.

64. Мартишин О.О. Захист медичних працівників під час виконання професійних обов'язків: від слова до діла. *Український медичний часопис*. 2018. 1(1) (123) – I/II 2018. URL.: <https://www.umj.com.ua/article/119989/zahist-medichnih-pratsivnikiv-pid-chas-vikonannya-profesijnih-obov-yazkiv-vid-slova-do-dila>

65. Мегедь В.П. Управління системою медичного забезпечення державної прикордонної служби України: особливості й тенденції розвитку: Автореф.

дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.П. Мегедь ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2004. — 20 с. — укр.

66. Медяник Г.М. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Г. М. Медяник ; Класич. приват. ун-т. — Запоріжжя, 2010. — 19 с. — укр.

67. Мельник А. Ф. Державне управління. Київ : Знання-Прес, 2003. 343 с.

68. Мезенцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / Н. Б. Мезенцева ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2010. — 20 с. — укр.

69. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України. Протокол № 9 від 14 квітня 2017 р. Київ, 2017. 34 с.

70. Методологічні рекомендації щодо складання Національних рахунків охорони здоров'я (НРОЗ) в Україні. URL.: http://www.ukrstat.gov.ua/metod_polog/metod_doc/sp/sp_07.pdf

71. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР №2148-VIII від 19.10.1973 р.). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_043

72. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (ратифіковано Указом Президії Верховної Ради Української РСР №2148-VIII від 19.10.1973 р.). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042

73. Міністерство охорони здоров'я України. URL.: moz.gov.ua

74. МОЗ розпочало розробку та затвердження нових державних стандартів надання медичної допомоги. URL: https://censor.net/ua/news/3200611/moz_rozpochalo_rozrobku_ta_zatverdjennya_novyh_derjavnyh_standartiv_nadannya_medychnoyi_dopomogy (дата звернення: 15.07.2020).

75. Москаленко В. Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. Киев : Авицена, 2011. 256 с.
76. Москаленко В. Ф. Принцип побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.
77. Мусій О. Аналіз стану захисту прав та інтересів медичних працівників в Україні. URL: <http://www.experts.in.ua/ua/baza/analitic/detail.php?ID=13373>
78. Надання медико-соціальних послуг за 2017 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/956014> (дата звернення: 19.07.2020).
79. Надання медико-соціальних послуг за 2018 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/963237> (дата звернення: 19.07.2020).
80. Надання медико-соціальних послуг за 2019 рік. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/968521> (дата звернення: 19.07.2020).
81. Надута-Скринник О. К., Кризина Н. П. Особливості інноваційної фінансово-організаційної моделі надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем – приватним підприємцем. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. № 4 (20). С. 120–125.
82. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія / предмова проф. В. М. Огаренка. Запоріжжя, 2008. 296 с.
83. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / З.О. Надюк ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2006. — 20 с. — укр.
84. Надюк З. Державне управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства. *Вісник НАДУ при Президентові України*. Київ. 2005. №4. С. 263-269.
85. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: автореф. дис... д-ра наук з держ. управління: 25.00.02 / Зіновій

Олександрович Надюк ; Класичний приватний ун-т. — Запоріжжя, 2009. — 40 с. — укр.

86. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 13.08.2016).

87. Національні рахунки охорони здоров'я в Україні у 2016 році: Статистичний збірник/ Державна служба статистики України. Київ. 2018. 172 с.

88. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Немченко О. А. Ціноутворення на лікарські засоби : монографія. Харків : Вид-во «ФОП Вировець А. П.», 2012. 230 с.

89. Нижник Н. Методологічні основи розробки структур державного управління та оцінки їх організаційної ефективності. *Вісник НАДУ при Президентові України*. 2005. № 1. С. 114–130

90. Організація надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів: методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я України, 2019 р. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/10935-metodicni_rekomendacii_pmd.pdf

91. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2801-ХІІ від 19.11.1992 року. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. №4. Ст.19. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

92. Основы экономики здравоохранения : учеб. пособ. / под ред. Н. И. Вишнякова, В. А. Миняева. Москва : МедПресс-Информ, 2008. 144 с

93. Охорона здоров'я і права людини : ресурсний посібник. Центр здоров'я та прав людини імені Франсуа-Ксав'є Баню та Фонд відкритого суспільства, 2015. URL: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/PDF/%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BE%D1%80%D1%81_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B4%D1%96%D0%BB_1.pdf (дата звернення: 29.07.2020).

94. Паращич І.М. Державні механізми забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні: стан і тенденції розвитку: автореф. дис. ... канд. наук з держ.

упр.: 25.00.02 / І.М. Паращич ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2010. — 20 с. — укр.

95. Пашков В.М. Проблеми господарсько-правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.04 / В.М. Пашков ; Нац. юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого. — Х., 2010. — 37 с. — укр.

96. Педченко Т.В. Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр: 25.00.02 / Т.В. Педченко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2004. — 20 с. — укр.

97. Перетяка О.П. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я (на прикладі Луганської області): Автореф. дис... канд. наук з держ. управління: 25.00.05 / О.П. Перетяка ; Укр. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2001. — 20 с. — укр.

98. Петрова С.В. Механізми забезпечення мотивації працівників у системі охорони здоров'я: державно-управлінський аспект: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / С.В. Петрова ; Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — О., 2010. — 20 с. — укр.

99. Питання медико-соціальної експертизи : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. № 1317. *Офіційний вісник України*. 2009. № 95. С. 52. Ст. 3265. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF#Text> (дата звернення: 08.07.2020).

100. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Я.М. Пітко ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — Л., 2010. — 22 с. — укр.

101. Положение о доступности медицинской помощи. URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_030

102. Попченко Т.П. Розвиток державно-управлінських механізмів протидії виникненню корупції у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Т. П. Попченко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2010. — 20 с. — укр.

103. Пояснювальна записка до проекту Закону України “Про первинну медичну допомогу на засадах сімейної медицини”. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/GH54A00A?an=3>

104. Правовий захист лікарів в Україні: проблеми, нюанси, рішення (Інтерв'ю). *Слово про здоров'я*. 2018. №14. 07.04.2018 р. URL.: <https://ozdorovie.com.ua/pravoviy-zahist-likariv-v-ukrayini-problemi-nyuansi-rishennya-interv-yu/#acceptLicense>

105. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002. URL: http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukrainipro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodoudoskonallengnyya-zak/ (дата звернення: 19.07.2020).

106. Про державне агентство з інвестицій та управління національними проектами України : Указ Президента України від 12.05.2011 р. №583/2011 *Офіційний вісник України*. 2011. № 39. С. 99. Ст. 1593. Код акту 56735/2011.

107. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. *Офіційний вісник України*. 2010. № 58. С. 17. Ст. 1988. Код акта 52182/2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text> (дата звернення: 12.07.2020).

108. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III. *Офіційний вісник України*. 2000. № 44. С. 1. Ст. 1876. Код акта 17042/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text> (дата звернення: 08.07.2020).

109. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України №2168-VIII від 19.10.2017 р. *Офіційний вісник України* від 12.01.2018. 2018. №4. Стор. 9. Ст. 148. Код акту 88653/2018.

110. Про державні цільові програми: Закон України №1621-IV від 18.03.2004 р. *Офіційний вісник України* від 23.04.2004 — 2004 р., №14, стор. 13, стаття 956, код акта 28454/2004. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>

111. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України №157-VIII від 05.02.2015 р. *Відомості Верховної Ради України* від 27.03.2015 — 2015 р., №13, стор. 734, стаття 91. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>

112. Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції : Указ Президента України від 18 березня 2015 р. № 150. *Відомості Верховної Ради України*. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/150/2015> (дата звернення: 29.07.2020).

113. Про екстрену медичну допомогу: Закон України №5081-VI від 05.07.2012 // *Офіційний вісник України* від 27.08.2012. №63. Стор. 109. Ст. 2570. Код акту 63012/2012. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>

114. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. № 285. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. С. 18. Ст. 1184. Код акта 81591/2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#n8> (дата звернення: 09.07.2020).

115. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. *Офіційний вісник України*. 2018. № 4. С. 158. Ст. 180. Код акта 88682/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n10> (дата звернення: 21.07.2020).

116. Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної

операції : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 березня 2015 р. № 359-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/359-2015-%D1%80> (дата звернення: 11.07.2020).

117. Про затвердження Положення про проекти із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку (національні проекти): Постанова Кабінету Міністрів України №1255 від 08.12.2010 р. *Офіційний вісник України* від 24.01.2011 - 2011 р., №3, стор.80, стаття 176, код акта 54530/2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1255-2010-%D0%BF#Text>

118. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ Міністерства охорони здоров'я України №801 від 29.07.2016 р. *Офіційний вісник України* від 16.09.2016 - 2016 р., №71, стор.212, стаття 2407, код акта 83024/2016. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>

119. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ Міністерства охорони здоров'я України №503 від 21.03.2018 р. *Офіційний вісник України* від 23.03.2018 - 2018 р., №23, стор. 595, стаття 847, код акта 89621/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#Text>

120. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 р. : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1124. *Офіційний вісник України*. 2020. № 5. Ст. 17. Ст. 244. Код акта 97628/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 09.07.2020).

121. Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків : Наказ Міністерства охорони

здоров'я України від 5 червня 2012 р. № 420. *Офіційний вісник України*. 2012. № 71. С. 208. Ст. 2887. Код акта 63415/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1387-12#Text> (дата звернення: 15.07.2020).

122. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України №178/24 від 06.02.2018 р. *Офіційний вісник України* від 06.03.2018 - 2018 р., №19, стор.85, стаття 648, код акта 89359/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>

123. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів: Постанова Кабінету Міністрів України №753 від 2 жовтня 2013 р. *Офіційний вісник України*, 2013 р. №82. Ст. 3046.

124. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 р. № 110. *Офіційний вісник України*. 2012. № 41. С. 64. Ст. 1585. Код акта 61806/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#n41> (дата звернення: 28.07.2020).

125. Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права та біомедицину: Конвенція Ради Європи від 4 квітня 1997 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text (дата звернення: 25.07.2020).

126. Про заходи щодо визначення і реалізації проектів із пріоритетних напрямів соціально-економічного та культурного розвитку: Указ Президента України №895/2010 від 08.09.2010 р. *Офіційний вісник України* від 21.09.2010 р. 2010. №26. Стор. 15. Стаття 873.

127. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 2 березня 2015 р. № 222-VIII. *Офіційний вісник України*. 2015. № 25. С. 35. Ст. 722. Код акта 76232/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text> (дата звернення: 19.07.2020).

128. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України №442 від 10.09.2014 р. *Офіційний вісник України* від 23.09.2014 р., 2014. – №74. – Стор. 57. – Стаття 2105. – Код акту 73930/2014.

129. Про організацію надання соціальних послуг : Постанова Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 р. № 587. *Офіційний вісник України*. 2020. № 57. Ст. 82. Ст. 1781. Код акта 99941/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 28.07.2020).

130. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21 березня 1991 р. № 875-XII. *Голос України*. 1991. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 12.07.2020).

131. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України №2206-VIII від 14.11.2017 р. *Офіц.вісн.України* від 12.01.2018 р. - 2018 р., №4, стор.18, стаття 149, код акта 88654/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

132. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: закон України №1972-XII від 12.12.1991 р. *Відомості Верховної Ради України* від 17.03.1992 р., №11, стаття 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

133. Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності : Проект Закону України від 16 червня 2020 р. URL: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=69161&pf35401=529830> (дата звернення: 19.07.2020).

134. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 6 жовтня 2005 р. № 2961-IV. *Офіційний вісник України*. 2005. № 44. С. 15. Ст. 2757. Код акта 34208/2005. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 11.07.2020).

135. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016. № 1338-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1338-19>

136. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 року “Про Стратегію національної безпеки України”: Указ Президента України №392/2020 від 14 вересня 2020 року. *Офіційний вісник України* від 25.09.2020 — 2020 р., №75, стор.127, стаття 2377, код акта 100870/2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/392/2020#Text>

137. Про соціальні послуги: Закон України від 17 січня 2019 р. № 2671-VIII. *Офіційний вісник України*. 2019. № 34. С. 107. Ст. 1199. Код акта 94255/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 29.07.2020).

138. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: наказ Міністерства охорони здоров'я України №751 від 28.09.2012 р. *Офіційний вісник України* від 21.12.2012 — 2012 р., №95, стор.145, стаття 3857, код акта 64805/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#n10>

139. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» : Указ Президента України станом на 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/18688.html/> (дата звернення: 15.01.2016).

140. Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги: Розпорядження Кабінету Міністрів України №383-р від 22 травня 2019 року. URL.: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KR190383.html

141. Про удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з надання екстреної та невідкладної медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я №283 від 28.04.2009 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0283282-09>

142. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України №1101 від 27 грудня 2017 року. *Офіційний вісник*

України від 20.02.2018 р. - 2018 р., №15, стор.29, стаття 507, код акта 89110/2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

143. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 358 с.

144. Региональное здравоохранение России: пути реформирования и развития / О.П. Щепин, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов, В.С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 3-12.

145. Реформування галузі охорони здоров'я. Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ: результати, проблеми, шляхи вирішення. Київ. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». 2014. 189 с.

146. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.О. Рингач; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2010. — 36 с. — укр.

147. Рожкова І.В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис... д-ра наук з держ. управління: 25.00.02 / Інга Володимирівна Рожкова ; Класичний приватний ун-т. — Запоріжжя, 2009. — 40 с. — укр.

148. Рудий В.М. Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: Автореф. дис... канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / В.М. Рудий ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2006. — 20 с. — укр.

149. Рудніцька Р. М., Сидорчук О. Г., Стельмах О. М. Механізм державного управління: сутність і зміст. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2005. 28 с.

150. Савкіна О.В. Механізми державного регулювання системи надання медичної допомоги населенню України: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Савкіна ; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2006. — 20 с. — укр.

151. Сенюта І.А. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної

конференції (Львів, 17 – 18 квітня 2008 року). URL.: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_277.pdf

152. Синергетичні засади державного управління в умовах реформ : монографія / уклад. : С. М. Серьогін та ін. Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2007. 194 с.

153. Сисоєнко І. Інвестиції у здоров'я: як має працювати система реабілітації? URL: <http://pharma.net.ua/publications/articles/16080-investicii-u-zdorovja-jak-mae-pracjuvati-sistema-reabilitacii> (дата звернення: 12.07.2020).

154. Ситник Г. П. Державне управління національною безпекою України : монографія. Київ : Вид-во НАДУ, 2004. 408 с.

155. Склярєнко В.Є, Прогнозування впливу чинників соціальної динаміки на державне управління забезпеченням населення України лікарськими засобами: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / В.Є. Склярєнко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — К., 2006. — 20 с. — укр.

156. Скрипник О.А. Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: структурно-функціональний підхід: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / О. А. Скрипник ; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України ; Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. — Д., 2011. — 20 с. — укр.

157. Слабкий Г. О. Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2–3. С. 176–181.

158. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я : монографія. Київ, 2011. 344 с.

159. Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3 (31). С. 7–22.

160. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3 (185). С. 78–83.

161. Соловійова О.М. Доступність медичної допомоги. Юридичний науковий електронний журнал, 2017, №4. С. 109-112. URL: http://lsej.org.ua/4_2017/30.pdf

162. Солоненко Н.Д, Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.Д. Солоненко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2004. — 20 с. — укр.

163. Спільний зі Світовим Банком проект МОЗ України : Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. URL: <http://wb.moz.gov.ua> (дата звернення: 23.04.2016).

164. Стрельченко О.Г. Заохочення як метод управління у сфері охорони здоров'я: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07 / О.Г. Стрельченко ; Київ. нац. ун-т внутр. справ. — К., 2008. — 17 с. — укр.

165. Стрехова С. В. Кадрова політика: важелі впливу на ефективність, механізми та інструменти реалізації. *Економічний часопис-XXI*. 2012. № 3–4. С. 66–70.

166. Супрун: непрофільні виклики бригад екстреної медичної допомоги становлять близько 70%. URL: <https://journalist.today/uk/suprun-neprofilni-vyklyky-bryhad-ekstrenoi-medychnoi-dopomohy-stanovliat-blyzko-70/>

167. Сурмін Ю. П. Методологія галузі науки: Державне управління : монографія. Київ : НАДУ, 2012. С. 301–320.

168. Терент'єва А.В. Державне управління медичним захистом за умов надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / А. В. Терент'єва ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2010. — 36 с.: рис. — укр.

169. Терешкевич Г.Т. Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект): Автореф. дис... канд. з держ. упр.: 25.00.02 / Г.Т. Терешкевич ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — Л., 2004. — 20 с. — укр.

170. Територіальне управління / наук.-ред. колегія : О. Ю. Амосов, О. С. Ігнатенко та ін. Харків : Вид-во ХарПІДУ «Магістр», 2011. 408 с.
171. Тогунов И.А. Маркетинговые системы здравоохранения / И.А. Тогунов // Проблемы соц. гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 3. – С. 32-35.
172. Факультативний протокол до Міжнародного пакту про громадянські та політичні права/ Зібрання чинних міжнародних договорів України від 1990 – 1990 р., №1., стор.225. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_086
173. Феденько С. Фінансова доступність медичних послуг. *Українська наука: минуле, сучасне, майбутнє*. 2014. Вип.19. Ч.2. С. 223-228. URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/5806/1/%D0%A4%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D0%BA%D0%BE%20%D0%A1.pdf>
174. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. *Держава та регіони*. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.07.2016).
175. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні. *Державне управління та місцеве самоврядування*: Дніпро. 2011. Вип. 3 (10). С. 96-100.
176. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта / М. Фотаки // Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы): сб. научн. трудов. – М., 1999. – С. 8 -11.
177. Фролова Т.И. Социально-гигиенические и медико-организационные факторы определяющие доступность медицинской помощи и пути их коррекции: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.00.33 / Фролова Тамара Ивановна. Иваново, 2004. 161 с.
178. Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. ... канд. наук

з держ. упр. : 25.00.02 / І.І. Фуртак ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — Л., 2010. — 20 с. — укр.

179. Хендель Н.В. Міжнародно-правове регулювання співробітництва держав у сфері охорони здоров'я: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата юридичних наук за спеціальністю 12.00.11 – міжнародне право. Одеса, 2014, 22 с. URL: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/2139/%D0%A5%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D1%8C%20%D0%9D%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%96%D1%8F%20%D0%92%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BC%D0%B8%D1%80%D1%96%D0%B2%D0%BD%D0%B0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

180. Хожило І.І. автореф. дис... д-ра наук з держ. управління: 25.00.02 / Ірина Іванівна Хожило ; Донецький держ. ун-т управління. — Донецьк, 2009. — 36 с. — укр.

181. Худоба О.В. Удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області): автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.В. Худоба ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — Л., 2008. — 20 с. — укр.

182. Хунов Ю.А. Наукове обґрунтування стратегічних напрямів реформ охорони здоров'я на регіональному рівні: Автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.02.03 / Ю.А. Хунов ; Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. — К., 2003. — 46 с. — укр.

183. Цивільний Кодекс України: Кодекс України №435-IV від 16.01.2003. Офіційний вісник України від 28.03.2003 р. — 2003, №11, стор.7, стаття 461, код акта 24654/2003. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

184. Чеканова Т.Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Т.Д. Чеканова ; Одес. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. — О., 2008. — 20 с. — укр.

185. Черленяк І. І. Синергетичні моделі оптимізації системи державного управління : монографія. Ужгород : Ліра, 2010. 656 с.

186. Чернишенко Т.І. «Державне управління освітою фахівців охорони здоров'я в умовах перебудови галузі в Україні: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Т.І. Чернишенко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2003. — 20 с. — укр.

187. Черномаз В.Ц. Механізми державного управління системою первинної медико-санітарної допомоги міському населенню: Автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Віктор Цезарович Черномаз ; Національна академія держ. управління при Президентові України; Одеський регіональний ін-т держ. управління. — О., 2005. — 20 с. — укр.

188. Шаптала О.С. Державне управління сферою рекреаційного обслуговування в Автономній Республіці Крим в умовах ринкових відносин: Автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / О.С. Шаптала ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. — К., 2005. — 36 с.: рис. — укр.

189. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основа європейської політики і стратегія для ХХІ століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. *Медичне право. Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2 (4). С. 72–75.

190. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / В. Г. Шевцов ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2011. — 20 с.: рис. — укр.

191. Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 / А.Ф. Шипко ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. — Д., 2010. — 20 с. — укр.

192. Шумаєва О.О. Державна стратегія розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ.

упр.: 25.00.02 / О.О. Шумаєва ; Донец. держ. ун-т упр. — Донецьк, 2009. — 20 с. — укр.

193. Шутов М. М., Вовк С. М. Место маркетинговых исследований в управлении системой здравоохранения. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 3 (23). С. 229–232.

194. Юрченко В.Д., Максименко М.А., Трофімова К.П. Законодавчі аспекти впровадження індикаторів якості надання медичної допомоги. *Екстрена медицина: від науки до практики*. 2011. №5-6. URL.: <http://emergency.in.ua/number5-6-11/513-n11st1>

195. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.

196. Ярош Н. П., Лупей-Ткач С. І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1 (21). С. 95–100.

197. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г. : отчет. Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf (дата обращения: 25.07.2020).

198. Anderson P. D., Suter R. E., Mulligan T. et al. World Health Assembly Resolution 60.22 and its importance as a health care policy tool for improving emergency care access and availability globally. *Ann Emerg Med*. 2012. № 60. P. 35–44.

199. Aslund Anders The economic policy of Ukraine after the Orange Revolution. *Eurasian Geography and Economics*. *Eurasian Geography and Economics*. 2005. № 46 (5). P. 327–353.

200. Ballardur E., Veil S., Peuch J., Douste-Blazy P. Decree № 95–648 of 9 May 1995 concerning the reception and orientation of emergency services. URL: <http://admi.net/jo/19950510/SPSH9501386D.html> (date of request: 20.02.2016).
201. Barth A. HTTP state management mechanism. URL: <http://www.rfceditor.org/rfc/pdf/rfc6265.txt.pdf> (date of request: 07.12.2016).
202. Blank RH, Burau V (2004), *Comparative Health Policy*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
203. Briner M. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*. 2010. V. 10. № 1. P. 337–345.
204. Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. (2013), Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification, *Health Policy*, 113(3): 258-269.
205. Burau V, Blank RH (2006), *Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems*, *Journal of Comparative Policy Analysis* 2006, 8(1): 63-76.
206. Centers for Medicare & Medicaid Services (2014), *National health expenditures tables*, Baltimore: Office of the Actuary.
207. Cockburn C. Race & Class, *The local state: management of cities and people*. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/> (date of request: 07.12.2016).
208. Dagher M., Lloyd R. J. Developing EMS quality assessment indicators. *Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation*. 1992. Vol. 7. № 1. P. 69–74.
209. Education, Audiovisual & Culture Executive Agency. CHARME: Challenges of Harmonizing Medical Education in Europe. URL: http://eacea.ec.europa.eu/llp/project_reports/documents/erasmus/multilateral_actions_2008/eras_emhe_142338_charme.pdf (date of request: 20.02.2016).

210. Evans RG (1981) Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structure of the Health-Care Industry, in Van der Gaag J, Perlman M (editors), *Health, Economics, and Health Economics*, Amsterdam: North-Holland, p. 329-354.
211. Felix A. Nigro *Modern public administration. Physical Description*. 1965. 531 p.
212. Field MG (1973), The concept of the “health system” at the macrosociological level, *Social Science & Medicine*, 7(10): 763-785.
213. Freeman R, Frisina L. (2010), Health Care Systems and the Problem of Classification, *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12(1-2): 163-178.
214. Frenk J, Donabedian A (1987), State intervention in medical care: types, trends and variables, *Health Policy and Planning*, 2(1): 17-31.
215. Gargan J. J. *Handbook of State Government Administration. Public Administration and Public Policy*. URL: http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/PUBLIC_Administr.pdf (date of request: 12.07.2016).
216. Health21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf (date of request: 20.02.2016).
217. Hofmarcher M (2013), Austria: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(7): 1-291.
218. Hurst JW (1991), Reforming Health Care in Seven European Nations, *Health Affairs*, 10(3): 7-21.
219. Hussey P, Anderson GF (2003), A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform, *Health Policy*, 66(3): 215-228.
220. Kapalla M. Healthcare information complexity and the role of informatics in predictive, preventive and personalized medicine. In: Niederlag W, Lemke HU, Rienhoff O, editors. *Personalisierte medizin und informationstechnologie*. Band 15. Dresden: Health Academy, 2010. P. 83–100.
221. Kjaersgaard-Andersen P. Passing specialty medical examinations enhances patient safety. *Orthopaedics Today Europe*. URL:

<http://www.healio.com/orthopedics/business-of-orthopedics/news/print/orthopaedics-today-europe/%7BC41D7B84-979A4C5B-A994-A961D13CAF58%7D/Passing-specialty-medical-examinations-enhances-patient-safety> (date of request: 20.02.2016).

222. Lee SL, Chun CB, Lee YG, Seo NK (2008), The National Health Insurance system as one type of new typology: The case of South Korea and Taiwan, *Health Policy*, 85(1): 105-113.

223. Londoño JL, Frenk J (1997), Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America, *Health Policy*, 41(1): 1-36.

224. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001. Vol. 13. № 6. P. 475–480.

225. Martin L. A., Nelson E. C., Lloyd R. C., Nolan T. W. Whole System Measures, IHI Innovation Series White Paper, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Mass, USA, 2007.

226. Mazen J. El Sayed. Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators. URL: https://www.researchgate.net/publication/51761253_Measuring_Quality_in_Emergency_Medical_Services_A_Review_of_Clinical_Performance_Indicators.

227. Marmor T, Oberlander J (2011), The patchwork: Health reform, American style, *Social Science & Medicine*, 72(2): 125-128.

228. Moran M (2000), Understanding the welfare state: the case of health care, *British Journal of Politics and International Relations*, 2(2): 135-160.

229. Mossialos E, Dixon A (2002), Funding health care: an introduction, in Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (editors), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham: Open University Press, p. 59- 79.

230. O'Meara P. A generic performance framework for ambulance services: an Australian health services perspective. *Journal of Emergency Primary Health Care*. 2005. Vol. 3. № 3.

231. Organisation for Economic Cooperation and Development (2004), Proposal for a taxonomy of health insurance, Paris: Oecd. Organisation for Economic Cooperation and Development (1987), Financing and delivering health care: A comparative analysis of OECD countries, Paris: Oecd.

232. Organisation for Economic Cooperation and Development (2015), OECD Health Statistics 2015, Paris: Oecd.

233. Organisation for Economic Cooperation and Development (1994), The Reform of Health Care Systems. A review of Seventeen OECD Countries, Paris: Oecd.

234. Reibling N, Wendt C (2012), Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems, *Current Sociology*, 60(4): 489-505.

235. Robinson JC, Casalino LP (1996), Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care, *Health Affairs*, 15(1): 7-22.

236. Roemer MI (1960), Health departments and medical care – A world scanning, *American Journal of Public Health*, 50(2): 154-160.

237. Rosen B, Samuel H (2009), Israel: Health system review, *Health Systems in Transition*, 11(2): 1-226.

238. Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C (2005), The changing role of the state in healthcare systems, *European Review*, 13(1): 187-212.

239. Rothgang, H, Cacace M, Frisina L, Grimmeisen S, Schmid A, Wendt C (2010), *The State and Healthcare. Comparing OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

240. Saltman RB. (2004) Social health insurance in perspective: the challenges of sustaining stability, in Saltman RB, Busse R, Figueras J (editors), *Social health insurance systems in western Europe*; Maidenhead: Open University Press, p. 3-20.

241. Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D. Hungary: Healthsystem review. *Health Systems in Transition*. 2011. № 13 (5) 1. 266 p.

242. Terris M (1978), The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospect, *American Journal of Public Health*, 68(11): 1125-1131.

243. The role of WHO in public health. World health organization. URL: <http://www.who.int/about/role/en/> (date of request: 17.03.2017).

244. Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2009), Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

245. Titmuss RM (1974), Social Policy: An Introduction, London: Allen & Unwin.

246. Toth Federico. Classification of healthcare systems: Can we go further? Health Policy. Volume 120, Issue 5, May 2016, Pages 535-543. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>

247. US Census Bureau (2015), Health Insurance Coverage in the United States: 2014, Washington DC: US Government Printing Office.

248. Wendt C. (2009), Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare, *Journal of European Social Policy*, 19(5): 432-45.

249. Wendt C, Frisina L, Rothgang H (2009), Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, *Social Policy & Administration*, 43(1): 70-90.

250. Wendt C. (2014), Changing Health Care System Types, *Social Policy & Administration*, 48(7): 864-882.

251. Wilensky HL, Lebeaux CN (1958), *Industrial Society and Social Welfare*, New York: Russell Sage Foundation.

252. World Health Organization. Emergency Medicine Services Systems in the European Union, a Report of an Assessment Project Co-ordinated by the World Health Organization. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf (date of request: 20.02.2016).

253. Worldwide Governance Indicators Project. Washington : DC, World Bank, 2013. URL: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm> (date of request: 20.07.2020).

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

Публікації, що висвітлюють***основні наукові результати дисертації****Статті в наукових фахових виданнях України*

1. Яремчук О. В., Берлінець І. А. Проблематика державного управління у сфері медичної реабілітації у процесі трансформування національної системи охорони здоров'я. *Демократичне врядування*. 2018. Вип. 21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2018_21_13. *Особистий внесок здобувачки: визначено нові чинники впливу на процес державного управління системою охорони здоров'я в процесі її реформування.*

2. Яремчук О. В. Кращі зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.99.

3. Яремчук О. В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 24. С. 130–134. DOI: 10.32702/2306-6814.2018.24.130.

4. Яремчук О. В. Напрями сучасної політики у сфері охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7. № 8. С. 30–36. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/issue/view/49>.

5. Яремчук О. В. Модернізація правового механізму державного управління надання медичних послуг в Україні. *Публічне адміністрування та національна безпека*: електронне наукове видання. 2020. № 3. URL: <https://doi.org/10.25313/2617-572X-2020-3-5693>.

***Публікації, що додатково відображають наукові результати дисертації
та засвідчують обов'язкову апробацію матеріалів дисертації***

Статті в інших виданнях

6. Яремчук О. В. Проблеми фінансового забезпечення реформування національної системи охорони здоров'я. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2. Т. 2 (151). URL: [https://vpbm.com.ua/ua/vipusk-2-tom-2-\(151\),-2019/12713](https://vpbm.com.ua/ua/vipusk-2-tom-2-(151),-2019/12713).

Матеріали конференцій

7. Яремчук О. В. Зарубіжні практики державного регулювання національних систем охорони здоров'я: проблеми класифікації. *Права людини та проблеми організації і функціонування публічної адміністрації в умовах становлення громадянського суспільства в Україні* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 26–27 квітня 2019 р.). Запоріжжя : Запорізька міська громадська організація «Істина», 2019. С. 101–103.

8. Яремчук О. В. Напрями удосконалення нормативно-правового забезпечення державного управління наданням медичних послуг в Україні. *Держава і право в умовах глобалізації: реалії та перспективи* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 31 січня – 1 лютого 2020 р.). Дніпро : ГО «Правовий світ», 2020. С. 110–114.

9. Яремчук О. В. Шляхи модернізації державної політики у сфері державного управління якістю надання медичних послуг в Україні. *Сучасні проблеми правової системи та державотворення в Україні* : матеріали Міжнар. науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 21–22 лютого 2020 р.). Запоріжжя : Запорізька міська громадська організація «Істина», 2020. С. 90–93.



ЗАПОРІЗЬКА ОБЛАСНА РАДА

проспект Соборний, 164, м. Запоріжжя, 69107, тел./факс 224-70-71

e-mail: zor@zor.gov.ua www.zor.gov.ua

Код ЄДРПОУ 20507422

20102020 № 01-27/1075

На № _____ від _____

Пропозиції Яремчук О.В. щодо удосконалення механізмів державного управління наданням медичних послуг, розроблені у межах виконання дисертаційного дослідження «Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» використані у процесі підготовки і проведення наради з питань реформування для керівників медичних закладів Запорізької області (15.11.2019 р.), зокрема щодо впровадження нової моделі фінансування медичних закладів на основі діагностично-споріднених груп, принципів оплати за надання стаціонарних послуг та методик проведення фінансових розрахунків вартості медичних послуг.

Мають практичну цінність пропозиції Яремчук О.В. щодо впровадження державної системи навчання медичних працівників принципам клінічного кодування в національній системі діагностично-споріднених груп із залученням професійних медичних асоціацій до цього процесу. Якість кодування пролікованих випадків лікарями прямо впливатиме на обсяг коштів отриманих закладами охорони здоров'я від Національної служби здоров'я України.

Заступник голови ради



Владислав МАРЧЕНКО

Класичний
Приватний
Університет



CLASSIC
PRIVATE
UNIVERSITY

Україна, 69002 тел. (061) 764-57-15
м. Запоріжжя, (0612) 63-99-73
Жуковського, 70 "Б" факс (061) 764-57-15
(061) 220-10-02

70 "B", Zhukovskogo st., tel. (061) 764-57-15
69002 Zaporizhja, (0612) 63-99-73
UKRAINE fax (061) 764-57-15
(061) 220-10-02

№ 78

"Од" 10 2020

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Яремчук Оксани Василівни

Цією довідкою підтверджується використання в навчальному процесі Класичного приватного університету результатів науково-дослідної роботи за темами Класичного приватного університету: «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589), «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645), зокрема здобувачем розроблено й обґрунтовано заходи з удосконалення механізмів державного управління наданням первинної медико-санітарної допомоги на основі застосування програмно-цільового підходу у сфері охорони здоров'я України, а також при викладанні дисциплін «Державне управління», «Державне та регіональне управління».

Перший проректор
з науково-педагогічної та наукової роботи



О.В. Покатаєва



УКРАЇНА



ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
УПРАВЛІННЯ МАЙНОМ СПІЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
«ЛЬВІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ІМЕНІ АНДРЕЯ КРУПІНСЬКОГО»

79000, м. Львів, вул. П. Дорошенка, 70 тел.: (032) 244-57-52, 261-50-48, e-mail: ldmk@ukr.net

25.02.2020 № 01-35/90/1

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

на дисертаційну роботу Яремчук Оксани Василівни «Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Пропозиції Яремчук Оксани Василівни щодо механізмів державного управління наданням медичних послуг, розроблені у межах виконання дисертаційного дослідження «Удосконалення державного управління первинною медико-санітарною допомогою в Україні» використовувалися в освітньому процесі у ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського» на спеціальності 223 Медсестринство освітньо-професійна програма – Сестринська справа за першим бакалаврським рівнем під час викладання дисциплін «Медсестринство у внутрішній медицині» та «Медсестринство в сімейній медицині»

Ректор



професор Кривко Ю.Я.

