

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах  
рукопису

**ЛЕБЕДЄВ АНАТОЛІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ**

УДК 351.9: 336.14 (477)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ДЕРЖАВНА ПІДТРИМКА СИСТЕМИ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я 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

\_\_\_\_\_ А. О. Лебедєв

Науковий керівник – Ільяшенко Вікторія Анатоліївна, доктор наук з державного управління, професор

Запоріжжя – 2021

## АНОТАЦІЯ

*Лебедєв А. О.* Державна підтримка системи охорони здоров'я 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, 2021.

У дисертації науково обґрунтовано та запропоновано реалізацію Програми державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги та систему її моніторингу, суть якої полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки управління охороною здоров'я в частині забезпечення державних гарантій щодо безкоштовної медичної допомоги і реалізації основних галузевих пріоритетів у сфері фінансування, а також в наданні відповідним органам управління об'єктивної і своєчасної інформації про види й обсяги медичної допомоги, її фінансування і відповідність державним вимогам, закладеним у нормативних показниках цієї програми. В результаті реалізації цієї програми та системи її моніторингу має бути створений єдиний нормативно-правовий простір із забезпеченням територіальної доступності та соціальної справедливості, побудований на принципах отримання всіма громадянами країни гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги високої якості й однакових умов її надання при чітко організованій та ефективно діючій системі охорони здоров'я.

Удосконалено організаційний механізм державного управління охороною здоров'я через інститут державного програмування, що становить собою довгострокове цільове регулювання системи охорони здоров'я загалом і передбачає розробку та реалізацію відповідних цільових державних програм, що можуть поширюватись на територію всієї країни, окремі регіони, конкретні групи населення. В результаті практичного застосування інститут державного програмування приведе до покращення соціально-економічного стану населення, допоможе скеровувати необхідні обсяги

бюджетного фінансування в системі охорони здоров'я за цільовим призначенням, знизить негативні демографічні тенденції.

Удосконалено систему моніторингу якості медичної допомоги та задоволення населення медичним обслуговуванням шляхом створення при Міністерстві охорони здоров'я України Центру моніторингу якості медичної допомоги. Основне його завдання полягатиме у визначенні якості та ефективності надання медичних послуг, медичної допомоги лікарнями, поліклініками, амбулаторіями, визначенні основних проблем населення під час медичного обслуговування. Створення такого центру дасть можливість Міністерству охорони здоров'я України здійснювати не тільки дієвий державний контроль, але й оперативний моніторинг розвитку системи охорони здоров'я, що позитивно відобразатиметься на регуляторних актах Міністерства та ринку медичних послуг.

Інформаційну інфраструктуру системи охорони здоров'я визначено як спеціалізоване інформаційне середовище, засноване на сучасних телекомунікаційних технологіях, яке діє в комплексі специфічних процесів, елементів та систем, функціонування яких сприятиме ефективній діяльності системи охорони здоров'я. Інформаційна медична інфраструктура має бути представлена у вигляді взаємодії її елементів: телекомунікаційних каналів зв'язку, локальних комп'ютерних мереж (госпітальних інформаційних систем), банків даних, інформаційно-аналітичних комп'ютерних центрів, спеціалізованих реєстрів. Функціонування цієї інфраструктури передбачає наявність та взаємодію інформаційних потоків, які становлять собою такі види інформації: директивна, статистична, нормативна-правова, наукова тощо.

Система охорони здоров'я в Україні характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я так, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення на медичну допомогу, а з іншого – стримувати зростання

витрат на охорону здоров'я. Встановлено, що вкрай незадовільною є якість надання медичної допомоги та її стандартизація, що позначається на результатах лікування хворих.

Громадський моніторинг у сфері охорони здоров'я визначено як комплекс заходів, які можуть проводитися громадськими організаціями, іншими об'єднаннями громадян, територіальною громадою, з метою визначення проблемних питань у діяльності установ охорони здоров'я незалежно від форми власності під час здійснення ними своєї діяльності, профілактики зловживань медичних працівників, встановлення справедливості розподілу бюджетних коштів, оцінки виконання органами державної влади та місцевого самоврядування їхніх соціальних завдань у сфері охорони здоров'я, а також надання пропозицій щодо усунення виявлених проблем у розвитку медичної галузі. Впровадження громадського моніторингу в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі.

З метою формування цілісної системи моніторингу в системі державного управління охороною здоров'я запропонована модель генетичного моніторингу. Запровадження вказаної моделі дасть можливість знизити рівень репродуктивних втрат та дитячої смертності, вдосконалити діагностику, змінити структуру вродженої патології серед новонароджених на користь менш інвалідизованих захворювань, зменшити питому вагу генетичних хвороб у причинах та загальному рівні інвалідизації дітей, збільшити задоволення населення якістю медичної допомоги. Проведена профілактика чи розпочате лікування допомагатиме досягти соціальної адаптації хворого, забезпечивши можливості для його трудової діяльності.

**Ключові слова:** генетичний моніторинг, інноваційно-інформаційні технології, кадрове забезпечення системи охорони здоров'я, концепція розвитку системи громадського здоров'я, програма державних гарантій, система охорони здоров'я.

## SUMMARY

*Lebediev A. O.* State support of the health care system 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, 2021.

The dissertation scientifically substantiated and proposed the implementation of the Program of state guarantees for the provision of free medical care to the citizens of Ukraine and its monitoring system, the essence of which is to form a system of information and analytical support for the healthcare management in terms of providing state guarantees for the provision of free medical care to the population and the implementation of major industry priorities in the field of financing, as well as in providing the relevant management bodies with objective and timely information on the types and volumes of medical care, its financing and compliance with state requirements laid down in the normative indicators of the program of state guarantees. As a result of the implementation of this Program and its monitoring system, a single regulatory and legal space should be created to ensure territorial accessibility and social justice, built on the principles of providing all citizens of the country with a guaranteed amount of free medical care of high quality and the same conditions for its provision under a clearly organized and effective healthcare system.

The organizational mechanism of public healthcare management through the institute of state programming has been improved, which is a long-term targeted regulation of the healthcare system as a whole and provides for the development and implementation of relevant targeted state programs that can extend to the territory of the whole country, to individual regions, to specific groups of the population. As a result of practical application, the institute of state programming will lead to an improvement in the socio-economic situation of the population, help to direct the necessary amounts of budget financing in the healthcare system for its

intended purpose, reduce negative demographic trends.

The system of monitoring the quality of medical care and satisfaction of the population with medical care by establishing a Center for monitoring the quality of medical care under the Ministry of Health of Ukraine has been improved. Its main work will be to determine the quality and effectiveness of medical services, medical care to the population by hospitals, clinics, outpatient clinics, identifying the main problems of the population during medical care. The creation of such a Center will provide an opportunity for the Ministry of Health of Ukraine to carry out not only effective state control, but also operational monitoring of the development of the healthcare system, which will positively affect the regulatory acts of the Ministry and the market of medical services.

The information infrastructure of the healthcare system is defined as a specialized information environment based on modern telecommunication technologies, which operates in a complex of specific processes, elements and systems, the functioning of which will contribute to the effective operation of the healthcare system. Information medical infrastructure should be presented in the form of interaction of its elements: telecommunication communication channels, local computer networks (hospital information systems), data banks, information and analytical computer centers, specialized registers. The functioning of this infrastructure involves the presence and interaction of information flows, which are the following types of information: directive, statistical, regulatory and legal, scientific.

The healthcare system in Ukraine is characterized by financial and resource dispersion and deformation of the structure of medical services. This contributes to the exacerbation of the problems of medical care of the population, especially in the context of the financial and economic crisis, and requires reforming the healthcare system in such a way as, on the one hand, to ensure the growing demand of the population in medical care, and on the other hand, to curb the growth of health care costs. It was established that the quality of medical care and its standardization are extremely unsatisfactory, which affects the results of treatment

of patients.

Public monitoring in the field of healthcare is defined as a set of measures that can be carried out by NGOs, other associations of citizens, the territorial community, in order to identify problematic issues in the activities of healthcare institutions, regardless of the form of ownership during their activities, prevention of abuse of medical workers, establishing fair distribution of budget funds, assessing the implementation of their social tasks in the field of healthcare by state authorities and local self-government bodies. , as well as providing proposals to eliminate identified problems in the development of the medical industry. The introduction of public monitoring in the healthcare system of Ukraine will contribute not only to combating official abuses in this area, but also to the formation of both civil society and democratic governance in the country, based on the ideas of social capital and civic participation.

In order to form a holistic monitoring system in the public health management system, a model of genetic monitoring is proposed. The introduction of this model will provide an opportunity to reduce the level of reproductive loss and infant mortality, improve diagnosis, change the structure of congenital pathology among newborns in favor of less disabled diseases, reduce the share of genetic diseases in causes and the overall level of child disability, increase the satisfaction of the population with the quality of medical care. The prevention or treatment started will help to achieve social adaptation of the patient, providing opportunities for his work.

**Key words:** genetic monitoring; innovative and information technologies; personnel support of the healthcare system; concept of public health system development; program of state guarantees; healthcare system.

***Публікації, що висвітлюють основні наукові результати дисертації  
Статті в наукових фахових виданнях України***

1. Лебедев А. О. Громадський моніторинг як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2019. № 1. – С. 203–207.
2. Лебедев А. О. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я через державні соціальні програми. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2019. № 2. – С. 202–206.
3. Лебедев А. О. Державна політика кадрового забезпечення системи охорони здоров'я: проблеми, шляхи вирішення. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. № 19. – С. 114–117.
4. Лебедев А. О. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. № 20 – С. 139–141.
5. Лебедев А. О. Науковий підхід до формування моделі генетичного моніторингу в Україні. Право та державне управління. 2020. № 3. – С. 212–216.

***Стаття в зарубіжному фаховому виданні***

6. Лебедев А. О. Науково-практичний підхід до формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я. KELM (Knowledge, Education, Law, Management). 2020. № 6(34) – <https://cuesc.org.ua/zhurnali/kelm/>

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

7. Лебедев А. О. Клінічний аудит як елемент концепції оптимальної якості медичних послуг. Гуманітарний і інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених : матеріали п'ятої всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Одеса, 15 листопада 2019 р. Одеса : Міжнародний гуманітарний університет, 2019. – С. 282–283.



8. Лебедєв А. О. Функціональний підхід в здійсненні моніторингу систем охорони здоров'я. Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 6–7 березня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 44–47.

9. Лебедєв А. О. Побудова інформаційної бази моніторингу в системі охорони здоров'я. Державне управління в Україні: виклики та перспективи : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 8–9 травня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 55–59.

10. Лебедєв А. О. Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів. Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 115–117.

## ЗМІСТ

ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	18
1.1. Здоров'я як об'єкт державного управління	18
1.2. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я	33
1.3. Забезпечення якості медичного обслуговування	55
Висновки до розділу 1	74
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	77
2.1. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я	77
2.2. Аналіз тенденцій розвитку системи охорони здоров'я	101
2.3. Громадський моніторинг як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я	117
Висновки до розділу 2	123
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МОНІТОРИНГУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	127
3.1. Поняття моніторингу в системі охорони здоров'я	127
3.2. Розробка моделі генетичного моніторингу в Україні	149
3.3. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я	168
Висновки до розділу 3	185
ВИСНОВКИ	188
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	192
ДОДАТКИ	214

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Період переходу в нову якість системи надання медичних послуг в Україні супроводжується масштабними системними перетвореннями сфери державного управління, спрямованими на узгодження всіх механізмів, що забезпечують охорону здоров'я громадян. Ефект від модернізації цієї системи безпосередньо залежить від використання сучасних методів державного управління, побудованого на принципах стратегічного менеджменту, що передбачає розроблення комплексу цільових програмних документів. Вони становлять основу запровадження загальнодержавної політики в галузі демографії, охорони здоров'я, підвищення доступності та якості медичної допомоги.

З досвіду попередніх років реалізації цільових програм охорони здоров'я відомо, що найбільш слабкою ланкою була й залишається організація управління реалізацією програм, яка включає обґрунтування пріоритетних цілей, розробку плану дій і підпрограм ресурсного забезпечення, організацію та мотивацію виконання, створення належної системи контролю. Існуючі методики оцінки програм майже не адаптовані до застосування в умовах високої диференціації медико-демографічних і соціально-економічних показників розвитку країни. Просторова неоднорідність посилюється різноманіттям природних чинників, регіональних особливостей, заходів управління, які склалися, що утруднює провадження єдиної справедливої політики у сфері охорони здоров'я країни.

Розкриттю методології побудови національної системи державного управління, у тому числі у сфері розвитку соціально-економічних систем, присвятили свої фундаментальні праці В. Б. Авер'янов, Б. І. Адамов, О. Ю. Амосов, Г. В. Атаманчук, В. М. Бабаєв, В. Д. Бакуменко, О. М. Іваницька, І. Б. Коліушко, С. П. Коломийцев, О. Б. Коротич, О. І. Крюков, Г. І. Леліков, В. В. Мамонова, В. М. Мартиненко,

О. А. Машков, А. Ф. Мельник, А. В. Мерзляк, О. Г. Мордвінов,  
 В. М. Огаренко, С. Є. Саханенко, В. М. Селіванов, О. В. Скрипнюк,  
 В. В. Токовенко, В. В. Тертичка, Ю. О. Чернецький, Ф. І. Шамхалов,  
 Ю. П. Шаров та ін.

За роки незалежності України теоретичні та практичні аспекти охорони здоров'я стали об'єктом активних досліджень українських учених. Вагомий внесок у вирішення теоретичних та методичних проблем розвитку державного управління охороною здоров'я зробили М. М. Білінська, С. Г. Бугайцов, Ю. В. Вороненко, Т. С. Грузєва, О. П. Гульчій, Г. В. Дзяк, Л. І. Жаліло, Д. В. Карамішев, Б. П. Криштопа, В. В. Лазоришинець, В. Ф. Москаленко, З. О. Надюк, М. Є. Поліщук, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова, І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко, О. С. Шаптала та ін.

Розроблене теоретичне підґрунтя в галузі теорії і практики організації системи моніторингу не реалізується в системі охорони здоров'я належним чином. Потребує відповідного методологічного підкріплення трансформація концептуального підходу до державної підтримки системи охорони здоров'я, перехід від розрізнених заходів управління до комплексного аналізу та розроблення стратегії управління галузі. Отже, державна підтримка системи охорони здоров'я спирається на розробку сучасних систем моніторингу процесів реалізації поставлених цілей, що забезпечують їх досягнення в повному обсязі, у встановлені терміни і за найвищої ефективності використання ресурсів. Недостатня розробленість цієї проблеми в науці та потреби практики визначили її актуальність і зумовили вибір теми.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**  
 Дисертацію виконано в межах науково-дослідних робіт Класичного приватного університету «Теоретико-методологічні та філософсько-історичні основи розвитку й перспективи реформування державного управління в Україні» (номер державної реєстрації 0113U000589) та «Теорія і практика публічного управління й адміністрування в Україні та зарубіжних країнах» (номер державної реєстрації 0116U002645). Внесок здобувача полягає у

виявленні особливостей державної підтримки системи охорони здоров'я в різних напрямках її реалізації.

**Мета й завдання дослідження.** *Метою дослідження є поглиблення теоретико-методичних засад формування та реалізації державної підтримки системи охорони здоров'я, організації системного моніторингу якості медичного обслуговування.*

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі *завдання*:

- окреслити теоретичні засади формування системи механізмів державної підтримки охорони здоров'я;
- уточнити понятійний апарат у системі державного підтримки охорони здоров'я;
- виявити проблеми щодо державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні;
- запропонувати шляхи вдосконалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я;
- визначити науково-практичний підхід до розвитку організаційного механізму державного управління охороною здоров'я;
- обґрунтувати загальні підходи до формування системи моніторингу якості медичної допомоги;
- запропонувати Програму державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги та моніторинг її реалізації;
- запропонувати науковий підхід до формування системи генетичного моніторингу в системі охорони здоров'я.

*Об'єкт дослідження* – процес формування та реалізації державної підтримки системи охорони здоров'я.

*Предмет дослідження* – теоретичні та прикладні основи вдосконалення управлінських дій при реалізації державної підтримки системи охорони здоров'я України.

**Методи дослідження.** У ході дослідження використано загальнонаукові та спеціальні методи: *абстрактно-логічний* – для аналізу літературних джерел,

теоретичного узагальнення й формулювання висновків; *декомпозиції* – для формулювання мети та постановки завдань дослідження; *ретроспективного аналізу* – для дослідження заходів державної підтримки в системі охорони здоров'я; *системно-структурного аналізу* – для обґрунтування структурної побудови Концепції розвитку системи громадського здоров'я; *функціонального аналізу* – для визначення компетенції органів державної влади та місцевого самоврядування щодо здійснення політики у сфері охорони здоров'я; *аналізу та синтезу* – для побудови вектора розвитку державної підтримки системи охорони здоров'я.

*Інформаційною базою дослідження* є законодавчі та нормативно-правові акти України, статистичні матеріали Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, інших органів державного управління, інформаційних бюлетенів, статистичних збірників тощо, а також закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, монографічні дослідження українських і зарубіжних учених, мережа Інтернет.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в розробленні теоретичних та практичних рекомендацій щодо державної підтримки системи охорони здоров'я, зокрема:

*удосконалено:*

– науково-практичний підхід до формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я через державне програмування у сфері охорони здоров'я, що становить довгострокове цільове регулювання системи охорони здоров'я загалом, а також передбачає розробку та реалізацію відповідних цільових державних програм, що можуть поширюватись на територію всієї країни, окремі регіони, конкретні групи населення; у структурі програм розвитку охорони здоров'я запропоновано, крім загальноприйнятих, виділяти такі розділи: взаємопов'язана система програмних заходів; характеристика механізмів здійснення програми, включаючи систему стимулювання реалізації програмних заходів; аналіз

демографічних наслідків від реалізації програмних заходів; оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів із врахуванням ціннісного підходу;

– підхід щодо формування Програми державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги та системи моніторингу її виконання, суть якої полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки та реалізації управлінських рішень відносно дотримання основних галузевих пріоритетів у сфері бюджетного фінансування охорони здоров'я, а також видів і обсягів надання медичної допомоги та її відповідності державним вимогам;

– систему моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням шляхом створення при Міністерстві охорони здоров'я України Центру моніторингу якості медичної допомоги з його територіальними представництвами, основні функції якого полягатимуть у визначенні якості та ефективності надання медичних послуг і медичної допомоги населенню лікарнями, поліклініками, амбулаторіями, визначенні основних проблем, що виникають під час медичного обслуговування;

– науковий підхід до формування моделі генетичного моніторингу, суть якої полягає в здійсненні профілактичних заходів та охороні репродуктивного здоров'я, вчасній діагностиці та корекції аномалій розвитку людини з метою зниження рівня смертності та інвалідності дітей, що приведе до збереження трудового потенціалу населення та зменшення соціального тягаря на бюджет за рахунок зниження захворюваності та інвалідності;

– Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, яка визначає систему громадського здоров'я як комплекс механізмів, інструментів, заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства;

*набуло подальшого розвитку:*

– понятійний апарат науки державного управління шляхом визначення дефініцій: «державна підтримка системи охорони здоров'я», під якою розуміється система соціальних, економічних, інформаційних, психологічних способів, інструментів та методів допомоги юридичним і фізичним особам з метою досягнення належного стану здоров'я нації, неухильного дотримання всіма громадянами здорового способу життя, усвідомлення цінностей здоров'я та гармонійного розвитку, підвищення власної конкурентоспроможності на ринку праці; «система моніторингу у сфері державного управління медичним забезпеченням населення» як єдина система поточного обліку, контролю, оцінки і причинно-наслідкового аналізу дотримання основних індикативних показників, що відображають реально існуючу, плановану та перспективну потребу населення в основних видах медичної допомоги, її ресурсну забезпеченість і соціальну ефективність, із виокремленням пріоритетів тих її видів, що найбільше впливають на рівень здоров'я населення та підвищення ефективності медичної галузі;

– визначення поняття громадського моніторингу у сфері охорони здоров'я як комплексу заходів, які можуть проводитися громадськими організаціями, іншими об'єднаннями громадян, територіальною громадою з метою визначення проблемних питань у діяльності установ охорони здоров'я незалежно від форми власності під час здійснення ними своєї діяльності, профілактики зловживань медичних працівників, встановлення справедливого розподілу бюджетних коштів, оцінки виконання органами державної влади та місцевого самоврядування їхніх соціальних завдань в системі охорони здоров'я, а також наданні пропозицій щодо усунення виявлених ключових проблем розвитку медичної галузі.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в тому, що висновки й пропозиції автора можуть бути використані для підготовки та узгодження державних управлінських і суспільно-політичних рішень у напрямі вдосконалення державної підтримки системи охорони здоров'я.



Результати дослідження використано в діяльності Кабінету Міністрів України (довідка про впровадження № 090-у від 04.10.2020). Теоретичні положення дисертації використано в навчальному процесі Класичного приватного університету при розробці та викладанні навчальних дисциплін «Державне управління», «Публічна політика і управління» (довідка про впровадження № 11/20 від 09.01.2020).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є одноосібно виконаною працею, в якій викладено авторський підхід до розробки теоретичних положень та надано практичні рекомендації щодо вдосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я. В роботі використано лише ті ідеї та положення, які одержані автором самостійно.

**Апробація результатів дисертації.** Основні результати дослідження доповідались та обговорювались на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних конференціях: «Гуманітарний і інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених» (м. Одеса, 2019 р.); «Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика» (м. Запоріжжя, 2020 р.); «Державне управління в Україні: виклики та перспективи» (м. Запоріжжя, 2020 р.); «Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів» (м. Запоріжжя, 2020 р.).

**Публікації.** Результати дослідження викладено в 10 наукових працях, з яких: 5 – статті в наукових фахових виданнях України, що включені до міжнародних наукометричних баз даних, 1 – стаття в зарубіжному фаховому виданні, 4 – матеріали конференцій. Загальний обсяг публікацій – 3,8 д. а.

**Структура та обсяг дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та трьох додатків. 225 сторінок, з них основний текст – 193 сторінки. Робота містить 15 рисунків, 6 таблиць. Список використаних джерел включає 216 найменувань.

**РОЗДІЛ 1**  
**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ**  
**ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ ОХОРОНИ**  
**ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

**1.1. Здоров'я як об'єкт державного управління**

Реформування системи охорони здоров'я в сучасній Україні передбачає комплексну, цілеспрямовану діяльність держави відносно реалізації прав громадян щодо захисту свого здоров'я, що є основою державної політики в галузі охорони здоров'я. Державна політика в галузі охорони здоров'я визначається як сукупність рішень чи обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращення здоров'я населення держави [17].

На думку Д. Карамішева, в Україні державна політика в галузі охорони здоров'я – це «загальний напрям, який визначає характер дії держави щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян України як найважливішої складової її національного надбання» [7, с. 280].

Н. Нижник вважає державну політику в галузі охорони здоров'я невід'ємною складовою внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково здійснює держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що зумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та

взаємозалежності складових системи охорони здоров'я [10].

На думку З. Гладуна, державна політика в галузі охорони здоров'я має включати три основних напрями:

- забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу, охорону здоров'я і медичне страхування, захист прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, формування єдиного національного медичного простору та ринку медичних послуг;
- проведення організаційних, фінансових, правових та інших заходів щодо підтримання здоров'я населення та його охорони і зміцнення [2, с. 194].

Одним із головних інструментів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я є державне програмування, що становить собою довгострокове цільове регулювання системи охорони здоров'я загалом або її окремих сфер. Державне програмування системи охорони здоров'я передбачає розробку та реалізацію відповідних цільових державних програм, що можуть поширюватись на територію всієї країни, окремі регіони, конкретні групи населення.

У сучасній теорії державного управління практика розробки та реалізації цільових програм знайшла обґрунтування в програмно-цільовому підході. Питання застосування останнього в галузі охорони здоров'я розглянуто в роботах М. Вовк, М. Жданової [1], Д. Карамішева [7], А. Акоюн, Ю. Шиленко, Т. Юр'євої [6]. Проте невирішеними раніше частинами загальної проблеми залишається дослідження фахівцями з державного управління питання здоров'я, здорового способу життя як предмета державної політики.

Державне програмування у сфері охорони здоров'я передусім має базуватись на концепції розвитку відповідної галузі, що містить загальне визначення мети, завдань, масштабів та напрямів розвитку системи охорони

здоров'я та окремих її структурно-функціональних підсистем. На підставі концепції мають бути розроблені відповідні програми – цільові комплексні документи, в яких концептуальні положення набувають докладного й конкретного обґрунтування, а також узгодження проблемних питань.

А. Акоюн, Ю. Шиленко, Т. Юр'єва [6, с. 414–415] визначають такі принципи розробки цільових програм у галузі охорони здоров'я:

- збалансованість, комплексність і синхронність мети та завдань програми на кожному етапі її виконання;
- цільова спрямованість усіх без винятку програмних заходів;
- системність заходів, необхідних для досягнення мети програми;
- врахування імовірного характеру програми (варіативна розробка альтернативних програмних заходів з прорахунком можливих тенденцій розвитку медико-соціальної ситуації);
- врахування взаємозв'язку цієї цільової програми з іншими цільовими програмами, характеру їх спільного впливу на параметри ситуації;
- адресність завдань програми (виконавці, строки, контрольні параметри тощо);
- обмежена централізація частини необхідних ресурсів;
- забезпечення керованості процесу реалізації програми.

Державні програми класифікуються за кількома критеріями, основними з яких є їх тривалість та об'єкт програмування. З точки зору періоду часу, на який розрахована програма, виділяють коротко-, середньо- та довгострокові програми. Короткострокові програми розроблюються на строк від 1 до 3 років. Середньострокові програми охоплюють період у 3–5 років. Довгострокові програми складаються на строк від 5 та більше років [6, с. 130].

За об'єктом програми поділяються на загальнодержавні, регіональні, галузеві, цільові та надзвичайні. Загальнодержавна програма фіксує головні бажані для держави загалом орієнтири розвитку системи охорони здоров'я. Регіональні програми охоплюють розвиток галузі в окремих регіонах країни.

Цільові програми передбачають розвиток конкретних напрямів (розробка методики лікування тієї чи іншої хвороби, створення ліків, медичної техніки тощо), охорону здоров'я окремих соціальних груп (дітей, пенсіонерів, інвалідів), надання високотехнологічних та дорогих видів медичної допомоги. Галузеві програми складаються та реалізуються стосовно окремих підсистем охорони здоров'я (медична та фармацевтична промисловість, санаторно-курортна справа). Надзвичайна програма розробляється для ліквідації кризового стану, що виникає у сфері охорони здоров'я та є наслідком кліматичних, екологічних, техногенних катастроф, епідемій [6, с. 131].

У структурі програм розвитку охорони здоров'я необхідно виділяти такі головні розділи: характеристика медико-соціальної ситуації та постановка проблеми; головні цілі та завдання програми, етапи та строки її виконання; взаємопов'язана система програмних заходів; необхідні обсяги фінансових, матеріальних і трудових витрат та їх джерела; характеристика механізмів здійснення програми, включаючи систему стимулювання реалізації програмних заходів; аналіз демографічних наслідків від реалізації програмних заходів; оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів. Відповідальність за розробку державних програм покладається на органи державної влади, що залучають до цього процесу відомих учених, керівників організацій галузі охорони здоров'я, представників громадських організацій.

Застосування програмно-цільового підходу в системі охорони здоров'я базується на стратегії отримання конкретних результатів від використання бюджетних коштів, на відміну від принципу утримання лікувальних бюджетних установ. Метою впровадження такого підходу, на думку Д. Карамішева, є «встановлення прямого зв'язку між виділенням бюджетних коштів та їх використанням на основі встановлених завдань і розроблених показників» [7, с. 280–281]. Це дає змогу більш раціонально та ефективно використовувати кошти. Крім того, як зазначають М. Вовк та М. Жданова,

«програмно-цільове управління дає можливість не тільки концентрувати ресурси на пріоритетних напрямках, але й здійснювати комплексний підхід до розв'язання найбільш актуальних проблем охорони здоров'я на основі міжгалузевої взаємодії» [1, с. 344]. Варто наголосити на особливому значенні програмно-цільового підходу в системі охорони здоров'я в Україні, що стикається з постійним дефіцитом фінансового забезпечення. Крім того, в умовах переходу до ринкових методів господарювання розробка і впровадження державних програм розвитку набувають особливої ваги як механізм розв'язання важливих соціальних проблем, зокрема й у галузі охорони здоров'я.

В Україні розробка державних програм у галузі охорони здоров'я ґрунтується на положеннях Конституції України [8] та інших нормативно-правових актах, що регулюють суспільні відносини у цій галузі, зокрема Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12]. Загальним стратегічним планом, що визначає головні вектори державного програмування у сфері охорони здоров'я, є Концепція розвитку охорони здоров'я населення України [13], яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України визначає ключові проблеми цієї галузі та стратегію її реформування. Зокрема, до головних завдань державної політики вона відносить переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів щодо попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані із забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля. Реалізація цієї політики в межах затвердженої Концепції передбачає здійснення комплексу державних і галузевих заходів.

До основних засобів реалізації програм ліквідації чинників

навколишнього середовища, що загрожують здоров'ю людини, належать: формування цінностей здоров'я та здорового способу життя, перехід до екологічно стійкого розвитку, активізація громадського контролю щодо процесів трансформації навколишнього середовища, боротьба з негативним зовнішньоекономічним впливом, формування ефективної економічної моделі функціонування системи охорони здоров'я. Розглянемо ці напрями державного програмування більш детально.

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я передбачає управління процесом трансформації цінностей та формування відповідної культури здорового способу життя. Також у межах Концепції в 2000 р. було передбачено реорганізацію системи управління у сфері охорони здоров'я. Щодо останньої реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. Передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги. Держава реалізує єдину політику у сфері охорони здоров'я, встановлює базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Територіальна громада забезпечує контроль за наданням та фінансуванням медичної допомоги понад гарантований державою базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги. Створення фондів, які акумулюватимуть кошти для оплати медичної допомоги, що надаватиметься комунальними закладами охорони здоров'я, стане підставою для участі населення в розподілі ресурсів і контролі якості медичного обслуговування.

Державно-комунальна модель передбачає створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектору додаткових можливостей у сфері охорони здоров'я. Сектор загальнодоступної медичної допомоги забезпечує охорону, зміцнення та відновлення здоров'я населення з використанням технологій, що визначаються базовим стандартом якості загальнодоступної медичної допомоги, постачання населенню найнеобхідніших лікарських засобів та

виробів медичного призначення, перебування в стаціонарі. У межах сектору надається достатня для забезпечення базового стандарту якості загальнодоступна медична допомога всім категоріям населення за всіма видами захворювань, травм, під час вагітності та пологів. Сектор додаткових можливостей сприятиме задоволенню потреб громадян в охороні здоров'я, що передбачає використання технологій, рівень яких перевищує загальнодоступні стандарти. Держава зберігає за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролює якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності.

Також затвердженим є фінансово-економічний механізм забезпечення медичної допомоги на первинному, вторинному і третинному рівнях, який може істотно відрізнятися. 16 листопада 2016 р. Кабінетом Міністрів України було схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я, яка визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. Ця Концепція мала бути реалізована до 2020 р. Звідси випливає необхідність розробки та затвердження нової Концепції (рис. 1.1).

В межах Концепції розвитку системи громадського здоров'я передбачено створення єдиної системи громадського здоров'я шляхом: реалізації визначеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я принципу пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади; посилення ролі МОЗ як центрального органу виконавчої влади, що відповідає за реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я; проведення аудиту, оптимізації мережі та консолідації аналітичних ресурсів науково-дослідних установ та лабораторних центрів МОЗ; покладення на Центр громадського здоров'я



МОЗ функцій щодо супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, зокрема щодо створення та підтримки єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я; визначення провідних спеціалізованих дослідних установ МОЗ у сфері громадського здоров'я, зокрема біологічної безпеки та біологічного захисту; проведення аудиту мережі лабораторних центрів МОЗ з метою її оптимізації; посилення функцій біологічної безпеки та біологічного захисту МОЗ; визначення ефективного механізму співпраці центральних органів виконавчої влади з метою обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення; утворення національного та регіональних міжвідомчих колегіальних дорадчих органів з питань громадського здоров'я, залучення до їх роботи представників громадянського суспільства; забезпечення зв'язку із системою первинної медико-санітарної допомоги, зокрема шляхом визначення пріоритетів та проведення спільних заходів; виконання функцій у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні шляхом об'єднання та оптимізації наявних ресурсів; запровадження стратегічного планування розвитку системи громадського здоров'я із залученням зацікавлених сторін, що дасть змогу визначити місію, цілі та заходи у цій сфері на національному, регіональному та місцевому рівні.



Рис. 1.1. Концепція розвитку системи громадського здоров'я

Запропоновано вдосконалення законодавчої бази підтримки системи охорони здоров'я в Україні, що включає: визначення на законодавчому рівні засад державної політики у сфері громадського здоров'я та прийняття закону про систему громадського здоров'я; підготовку проєктів нормативно-правових актів, що регулюють питання у сфері громадського здоров'я з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, оптимізації регуляторної політики у цій галузі; удосконалення санітарних норм і правил з урахуванням міжнародної практики та сучасних соціально-економічних умов; адаптацію законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, зокрема перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпеки нехарчової продукції).

Посилення ролі МОЗ, Центру громадського здоров'я МОЗ та розвиток системи громадського здоров'я загалом, що передбачає: поліпшення інформаційно-аналітичної складової діяльності, зокрема шляхом удосконалення й уніфікації підходів до підготовки статистичної звітності та впровадження єдиних інформаційних систем і технологій; розроблення та впровадження навчальних програм з урахуванням кращого європейського та міжнародного досвіду; здійснення центральними органами виконавчої влади державного соціально-гігієнічного моніторингу та формування бази даних про стан здоров'я населення та середовище життєдіяльності людини за результатами аналізу причин та наслідків впливу на стан здоров'я населення середовища життєдіяльності; покращення якості послуг, що надаються лабораторними установами, шляхом стандартизації порядку і процедур діяльності, розвиток існуючої мережі референс-лабораторій, запровадження нових методик проведення досліджень; розмежування функцій щодо проведення оцінки та управління ризиками у сфері громадського здоров'я; удосконалення процедури проведення моніторингу, оцінки та обґрунтування процесу ухвалення рішень; формування інформаційної та комунікаційної складових системи громадського здоров'я, що передбачає організацію проведення загальнонаціональних інформаційно-просвітницьких кампаній

щодо попередження захворювань та переваг здорового способу життя, підтримку та розвиток технологій, спрямованих на здобуття знань, вмінь та навичок щодо управління здоров'ям, забезпечення системності інформаційних повідомлень стосовно здоров'я населення.

Стан здоров'я людини залежить від багатьох чинників. При цьому багато з них зумовлюються способом її життя. Відповідно до методики, розробленої ВООЗ, стан здоров'я людини на 60 % залежить від умов життя, на 30 % – від навколишнього середовища, на 10% – від рівня розвитку системи охорони здоров'я [18, с. 72]. Отже, здоров'я передусім має розглядатися як результат діяльності самого індивіда. Воно зумовлюється способом життя, а тому відповідальність за його стан, насамперед, покладається на саму людину. Жодні зусилля медичних працівників або керівників системи охорони здоров'я не матимуть належного результату, якщо громадяни країни не усвідомлять високу цінність здоров'я та здорового способу життя і свою відповідальність за підтримку належного стану власного організму.

Отже, державна політика в галузі охорони здоров'я як одне з пріоритетних завдань повинна розглядати формування та поширення здорового способу життя серед населення країни. Останнє, на думку Г. Івахненко, включає дотримання фізіологічно оптимального режиму праці і відпочинку, раціональне харчування, достатній рівень фізичної активності, дотримання правил особистої і суспільної гігієни, охорону довкілля, корисні для особи форми дозвілля, дотримання правил психогігієни [5, с. 79].

Здоровий спосіб життя – це колективні зразки поведінки, пов'язані зі здоров'ям, засновані на виборі альтернатив, які доступні людям відповідно до їхніх життєвих можливостей. А вибір альтернатив поведінки здійснюється на основі цінностей, що становлять собою «узагальнене уявлення людей про цілі і норми своєї поведінки, які втілюють історичний досвід та концентровано відображають сенс культури окремого етносу та людства загалом» [9, с. 5].

Зв'язок здорового способу життя з цінностями підкреслює С. Омельченко, на думку якого, «здоровий спосіб життя здебільшого залежить від ціннісних орієнтацій людини, світогляду, соціально-практичного досвіду, методологічний аспект яких полягає в тому, що ціннісні орієнтації передбачають вільний вибір суспільних цінностей, на які особистість орієнтується та якими керується у своїй соціальній практиці» [11, с. 69].

О. Радченко, аналізуючи роль цінностей у системі державного управління, підкреслює, що вони, будучи загальнообов'язковими нормами соціетального існування, формують із сукупності індивідів цілісну соціальну систему суспільства, систему консенсусної узгодженості як вимогу існування єдиної системи політичності людської спільноти. «Сформатовані в певну логічну структуру цінності мають високий мобільний потенціал, оскільки формуються та підтримуються кожною соціетальною одиницею – громадянином, сім'єю, групою, територіальною громадою, країною, людством. Саме цінності визначають характер та способи взаємодії суб'єктів в суспільстві, політиці, державному управлінні» [14].

Отже, в основу способу життя людини закладено комплекс цінностей, які можуть по-різному впливати на стан її здоров'я. Як зазначають автори книги «Індустрія здоров'я: економіка та управління», «поліпшення здоров'я населення – це, насамперед, проблема зміни цінності здоров'я як у системі цінностей усього суспільства, так і в системі цінностей особистості» [6, с. 26].

В Україні декларується важливе значення здоров'я як суспільної цінності. Згідно зі ст. 3 Конституції України, здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей держави [8]. А відповідно до ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [12], першим з основних принципів охорони здоров'я в Україні є визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України.

Однак на практиці органам державного управління не завжди вдається досягнути цілей, що декларуються. Хоча здоров'я для людини об'єктивно є природною життєвою цінністю та передумовою реалізації більшості своїх потреб та інтересів, у сучасному суспільстві суб'єктивне ставлення індивідів до свого здоров'я в більшості випадків є вкрай безвідповідальним. Згідно з даними соціологічних досліджень, в Україні культура здорового способу життя все ще залишається недостатньо розвиненою. Зокрема, дані всеукраїнського соціологічного моніторингу за 2018 р., який проводився Інститутом соціології НАНУ, свідчать, що тільки 13,8 % респондентів принаймні один раз упродовж останніх 7 днів перед опитуванням займалися ранковою гімнастикою і фізкультурою, 5,5 % із числа опитаних практикували біг чи оздоровчі прогулянки і 3,4 % – відвідували плавальний басейн або займались у спортивній залі, на стадіоні чи спортивному майданчику.

На тлі низького рівня занять фізичною культурою та спортом в Україні поширені шкідливі звички (надмірне вживання алкоголю, тютюнопаління, наркоманія), незбалансоване чи взагалі недостатнє харчування, зловживання лікарськими засобами. Крім соціально-економічних умов, підґрунтям такої ситуації є норми та цінності, що глибоко вкорінені в повсякденних практиках українського суспільства. Так, виробництво та споживання алкогольних напоїв розглядається як важливий фактор соціально-економічного, політичного, культурного та духовного розвитку України. Враховуючи фізіологічні наслідки вживання міцних напоїв на людський організм, можна без перебільшення стверджувати, що протягом тисячолітнього періоду вони вагомо впливали на формування способу життя, світобачення, менталітету, а зрештою й генофонду українського народу [4, с. 37].

Звідси маємо констатувати необхідність трансформації цінностей. Державна політика у сфері охорони здоров'я має сприяти формуванню в людей цінностей здоров'я та гармонійного розвитку, здорового способу

життя в широкому розумінні, яке включає не тільки санітарно-гігієнічні норми та практики, а й передбачає відповідну культуру праці, відпочинку, харчування, спілкування.

Прикладом ефективної реалізації подібного підходу до трансформації цінностей є досвід США, де з 1970-х рр. XX ст. здоров'я стало національною ідеєю. Затвердження здорового способу життя як найбільш високої цінності дало змогу розподілити ресурси національного прибутку на користь системи охорони здоров'я та значно підвищити рівень очікуваної тривалості життя американців.

Загалом в останній чверті XX ст. міжнародна спільнота усвідомила необхідність розробки та впровадження комплексних заходів відносно формування та поширення здорового способу життя та визначила п'ять напрямів діяльності щодо цього: формування державної політики, сприятливої для здоров'я населення; створення сприятливого соціального та екологічного середовища; розвиток і активізація потенціалу громад (громадських організацій); розвиток персональних навичок; переорієнтація традиційної системи охорони здоров'я в напрямі пріоритету профілактики над лікуванням [15].

Особливу роль у формуванні пріоритету цінностей здоров'я та здорового способу життя людини відіграє освіта завдяки своїй спроможності забезпечувати навчання як різних груп населення впродовж усього життя, так і фахівців різних галузей на всіх етапах їх професійної діяльності. Рівень здоров'я зазвичай безпосередньо пов'язаний з рівнем освіти. Чим вищий середній рівень освіти в певному соціальному середовищі, тим кращі узагальнені показники здоров'я воно демонструє. Природно, що піклування про власне і громадське здоров'я неможливе без знання того, чому це необхідно і як це робити. При цьому доцільно розуміти поняття освіти в такому контексті не тільки як освіту суто валеологічну, а значно ширше – як загальну освіту загалом. Чим ширші знання основних природничих, наукових, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей

формувати в суспільстві системне уявлення про проблему здоров'я. Крім того, поняття освіти потрібно розуміти комплексно: і як надання інформації, і як навчання методам, прийомам та навичкам здорового способу життя, і як виховання в дусі безумовного пріоритету цінностей індивідуального й громадського здоров'я в усіх його проявах, сферах, рівнях.

Сучасне бачення проблеми цінностей здоров'я розглядає освітню політику у сфері здорового способу життя як обов'язкову складову державної політики. Загальноприйнятим стало економічне обґрунтування необхідності особливої державної освітньої політики щодо формування здорового способу життя, яка є набагато ефективнішим інструментом поліпшення ситуації у сфері охорони здоров'я, ніж боротьба з наслідками нездорового способу життя, що вимагає значних ресурсів для лікування хвороб, розширення мережі медичних закладів, підготовки медичних кадрів. Згідно з визначенням О. Шиян, освітня політика з питань забезпечення здорового способу життя є «сумою формальних і неформальних правил, норм і методів, що впливають на індивіда або інституцію у сфері сприяння здоров'ю і скеровують їх» [16].

Головним завданням освітньої політики в галузі охорони здоров'я є підвищення рівня обізнаності серед громадян, фахівців зі здорового способу життя і політиків (представників влади) щодо ролі впливу соціально-економічних та довкільних чинників на стан здоров'я та нерівномірність поширення оздоровчих ресурсів. Крім того, важливе місце відводиться формуванню в результаті процесу навчання здатності людини брати відповідальність за своє здоров'я на себе, наданню знань та набуттю життєвих умінь, що забезпечують прийняття рішень стосовно власного здоров'я і здоров'я сім'ї та громади, в якій вона живе.

Підбиваючи підсумки, зазначимо, що державні цільові програми розвитку охорони здоров'я є інструментом реалізації головних завдань державної політики у відповідній галузі. При цьому вони дають можливість підвищити ефективність управління за рахунок економії коштів, їх



концентрації на найбільш актуальних проблемах галузі охорони здоров'я, поліпшити прозорість та обґрунтованість видатків державних органів.

Україна як член Євробюро ВООЗ, згідно з міжнародним документом «Політика досягнення здоров'я для всіх у XXI ст.», взяла на себе обов'язок провадити політику формування здорового способу життя населення, особливо молоді. Відповідно до цього, пріоритетним завданням системи освіти в Україні є виховання людини в дусі відповідального ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточення як до найвищої індивідуальної та суспільної цінності.

Актуальним є дослідження питань освіти у сфері здорового способу життя, що має охоплювати всі покоління – від дітей дошкільного віку до людей похилого. Проте особливу увагу надалі варто приділяти формуванню цінностей і навичок здорового способу життя серед дітей та молоді.

## **1.2. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я**

На сьогодні існують незаперечні докази того, що здоров'я населення є одним із найважливіших (навіть більш важливим, ніж освіта) факторів розвитку економіки будь-якої країни та добробуту населення (Світовий банк, 1993; Комісія ВООЗ з макроекономіки та здоров'я, 2008). За останні п'ятдесят років здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів. Сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю й безпечністю та гарантувати максимально можливі результати для здоров'я на популяційному рівні. Сьогодні, згідно з даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % – в жінок; смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50 %.

Стан здоров'я населення України на сучасному етапі розвитку оцінюється як незадовільний: високий рівень загальної смертності (16,3 на 1000 населення), що майже неухильно зростає (за даними Європейської бази даних «Здоров'я для всіх», більш високі, ніж в Україні, стандартизовані коефіцієнти смертності реєструються тільки в Росії, Казахстані й Молдавії); низькі рівні очікуваної тривалості життя (68,1 року, нижче лише в Росії, Казахстані, Туркменістані) і життя без інвалідності (59,2); найвищий у Європейському регіоні природний спад населення (-5,7 на 1000 осіб у 2008 р.); відсутність ознак подолання епідемій туберкульозу і ВІЛ/СНІДу (захворюваність на туберкульоз перевищує показники ЄС у 5,3 разу, а смертність з цієї причини – майже у 20 разів; захворюваність на СНІД – у 7,1, на ВІЛ – у 5 разів).

Водночас можливості впливу системи охорони здоров'я на громадське здоров'я використовуються вкрай недостатньо. Про це свідчать, зокрема, матеріали масштабного дослідження запобіжної смертності в Україні, проведеного Українським центром соціальних реформ. Так, за період 2005–2015 рр. позитивна динаміка смертності населення працездатного віку цілком залежала від немедичної профілактики (І група причин). Водночас смертність від причин, які можна нейтралізувати діями системи охорони здоров'я, не змінилася або навіть зросла. Відсутність, незважаючи на збільшення фінансування галузі, позитивної динаміки показників смертності з причин, на які охорона здоров'я за умов своєчасної діагностики та якісного лікування може впливати, свідчить про те, що престиж системи охорони здоров'я не лише не збільшується, а навіть зменшується (табл. 1.1).

Основною проблемою української охорони здоров'я, згідно з даними аналізу українських та міжнародних експертів, є невідповідність діючої в Україні старої радянської моделі охорони здоров'я (моделі Семашка), призначеної для функціонування в умовах планової економіки, сучасним реаліям.

Таблиця 1.1

**Запобіжна смертність населення у віці 25–64 роки в Україні (на 100 000 осіб)**

Групи причин	Чоловіки			Жінки		
	Випадки смертності на 100 000 осіб					
	2005	2015	Динаміка	2005	2015	Динаміка
I (немедична профілактика)	720,4	624,0	-13,4%	188,2	167,4	-11,1%
II (раннє виявлення захворювань із подальшим лікуванням)	3,5	3,4	Без змін	51,6	51,7	Без змін
III (ефективна медична допомога)	118,9	192,9	+62,2	48,9	49,1	Без змін
Разом	916,9	819,8	-10,6	288,7	268,2	-7,1%

Недоліки існуючої в Україні моделі охорони здоров'я, насамперед, проявляються в: зосередженості на вирішенні потреб галузі, а не на задоволенні медичних потреб населення; неефективності структури системи, що призводить до деформованості медичних послуг та неефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я; недостатності обсягів фінансування з громадських джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

В Україні за роки незалежності неодноразово започатковувалися різні реформи у сфері охорони здоров'я. Але загалом вони характеризувалися відсутністю чітко позначених цілей, відсутністю комплексності перетворень, постійним переглядом стратегії реформ, чіткої політики, що забезпечує виконання прийнятих рішень, ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень, істотним впливом на прийняття рішень лобістських груп, низькими темпами реалізації, непослідовністю та суперечливістю. Охарактеризуємо основні проблеми існуючої системи охорони здоров'я в Україні.

1. Недоліки фінансування системи охорони здоров'я. Недостатні обсяги

фінансування з державних джерел. За останнє десятиліття обсяг фінансування охорони здоров'я в Україні істотно збільшився – майже у 8 разів у фактичному вимірі або в 2 рази в реальному вимірі з поправкою на інфляцію. Однак недостатнє фінансування галузі вважається однією з головних проблем національної охорони здоров'я. Як свідчать дані національних рахунків, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП. Такі показники характерні для низки країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень із державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним із найгірших на європейському континенті.

Надмірні витрати населення на потреби охорони здоров'я. За найбільш скромними оцінками, питома вага особистих витрат населення на охорону здоров'я становить понад 40 % від загального обсягу фінансування галузі (за даними Світового банку, 2,3–3 % ВВП). Такі фінансові інструменти як добровільне медичне страхування та лікарняні каси істотно на обсяги фінансування не впливають – переважає пряма оплата послуг населенням. Громадяни з особистих коштів оплачують значну частину медичних послуг. Більшість населення самотійно забезпечує себе медикаментами при лікуванні не тільки в амбулаторних, але і в стаціонарних умовах. Значну частку (до 10 % від загальних витрат) становлять неформальні/тіньові платежі. Наростання платності відбувається в хаотичній і неконтрольованій формі, без будь-яких виражених спроб держави пом'якшити негативні наслідки цього процесу для населення.

Нерівність. Все сказане вище призводить до істотної нерівності в доступності медичної допомоги: майже 18,5 % домогосподарств не можуть одержати необхідну медичну допомогу. Факти свідчать про те, що поширення неформальних, неофіційних платежів відлякує від використання медичних послуг, насамперед, низькодохідні групи населення та сільських жителів.

Загалом, згідно з оцінками Світового банку, платежі населення за

медичні послуги в Україні більш регресивні, ніж в інших країнах європейського регіону і країнах ОЕСР, тому потенційно можуть відкинути велику частину людей за межу бідності.

Надмірна децентралізація і фрагментація фінансових потоків. У фінансуванні охорони здоров'я поглиблює негативні тенденції децентралізована чотирирівнева система розподілу бюджетних коштів. Використання фінансів, які виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів тих самих видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними за підлеглістю медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності й робота медичних закладів різного рівня частково дублюються. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається зі складною проблемою відповідного перерозподілу обсягів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, зокрема через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції майже не діють.

Посиллює фрагментацію фінансових потоків існування відомчих систем охорони здоров'я. В Україні, крім системи охорони здоров'я, що перебуває у віданні МОЗ, існує низка паралельних медичних служб систем міністерств та відомств, на фінансування яких витрачається 42,3 % видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обертається підтримкою дубльованих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективним використанням державних коштів, які виділяються на охорону здоров'я. У результаті цього фрагментація пулів фінансових коштів і дублювання послуг охорони здоров'я не дають можливості оптимізувати процес надання медичної допомоги і сприяють уживанню неефективних методів надання послуг.

Неадекватні методи фінансування медичних закладів. Діючі механізми

кошторисного фінансування медичних установ не створюють у них стимулів до підвищення якості медичних послуг та ефективності використання ресурсів. Крім того, формування кошторису закладу, що базується на його потужності, тобто залежить від кількості ліжок і персоналу в закладах охорони здоров'я, а не від потреб населення в медичній допомозі, створює неадекватні стимули до екстенсивного розвитку галузі, збереження надмірної й неефективної інфраструктури (зокрема, шляхом невиправданого збільшення числа амбулаторних консультацій, необґрунтованих госпіталізацій, подовження термінів госпіталізації тощо). Обсяг і якість виконуваної роботи при цьому не враховуються.

Неадекватна система оплати праці медичного персоналу. В Україні заробітна плата медичного персоналу залишається занадто низькою. Середній її розмір по галузі значно нижчий, ніж в інших секторах економіки (порівняно з усіма галузями – в 1,6 разу, порівняно із зарплатою в промисловості – в 1,8 разу). Порівняно із сусідніми країнами Центральної та Східної Європи (і навіть СНД) рівень зарплати нижчий у 5–10 разів. Оплата праці медичного й іншого персоналу здійснюється на основі ставок (посадових окладів), що майже не диференціюються залежно від спеціальності й характеру виконуваної роботи. У переважній більшості випадків оплата праці персоналу в установах охорони здоров'я здійснюється лише за відпрацьований час без реального врахування обсягів, якості й ефективності роботи того або іншого співробітника. Преміювання та встановлення будь-яких надбавок до зарплати (окрім доплати за часткове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за стаж і кваліфікаційну категорію, що є обов'язковими) відбуваються досить рідко, передусім через дефіцит фінансування, та здійснюються за відсутності чітких критеріїв, що позбавляє більшість працівників стимулів до більш ефективної та якісної роботи.

Такі рівні оплати праці не можуть залучити (а тим більше – утримати) кадри, особливо молоді, у системі охорони здоров'я. У результаті цього в

останні роки ми маємо ситуацію, що характеризується значними масштабами переходу медичних працівників до інших секторів економіки або еміграції, частіше в сусідні європейські країни. Ще однією перешкодою для впровадження ефективних форм організації оплати праці персоналу є відсутність правових можливостей використання в медичних установах контрактної форми трудового договору. Адже використання саме цього інструменту стимулювало б вироблення чітких критеріїв оцінки діяльності кожного працівника й забезпечило би більш прозоре регулювання взаємних зобов'язань адміністрації та співробітників, у тому числі й щодо методів і підходів до оплати праці. Загалом же існуюча система фінансування охорони здоров'я не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних із необхідністю оплати медичних послуг у випадку захворювання, та не сприяє ефективному використанню її ресурсів.

## 2. Неефективність структури медичного обслуговування.

Як свідчать матеріали низки досліджень, головною перешкодою для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в Україні є неефективність її структури на всіх рівнях медичного обслуговування, що заважає виробленню медичних послуг, які відповідають потребам населення в медичній допомозі.

В Україні не існує чіткого розподілу на служби первинної та вторинної допомоги. До виконання функцій первинної допомоги фактично залучаються всі спеціалісти поліклініки, що призводить до надмірного використання спеціалізованої амбулаторної допомоги. Із загального числа позалікарняних закладів Міністерства охорони здоров'я близько половини (56,2 %) призначені для надання виключно первинної медичної допомоги, 28,1 % надають і первинну, і вторинну амбулаторну допомогу (поліклініки, поліклінічні відділення міських лікарень для дорослого та дитячого населення, центральних районних лікарень). Лише 27 % фахівців первинної ланки становлять лікарі загальної практики – сімейні лікарі.

Первинна ланка майже не впливає на медичний маршрут пацієнта.

Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина (29,5 %), до стаціонарів – 16,9 % пацієнтів. У результаті цього рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає тяжкості їх стану та перебігу захворювання, а в 43,2 % надання медичної допомоги відбувається на більш високих, ніж необхідно, рівнях.

Надлишкова кількість стаціонарних закладів та лікарняних ліжок. Чисельність стаціонарів більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості (рис. 1.2).

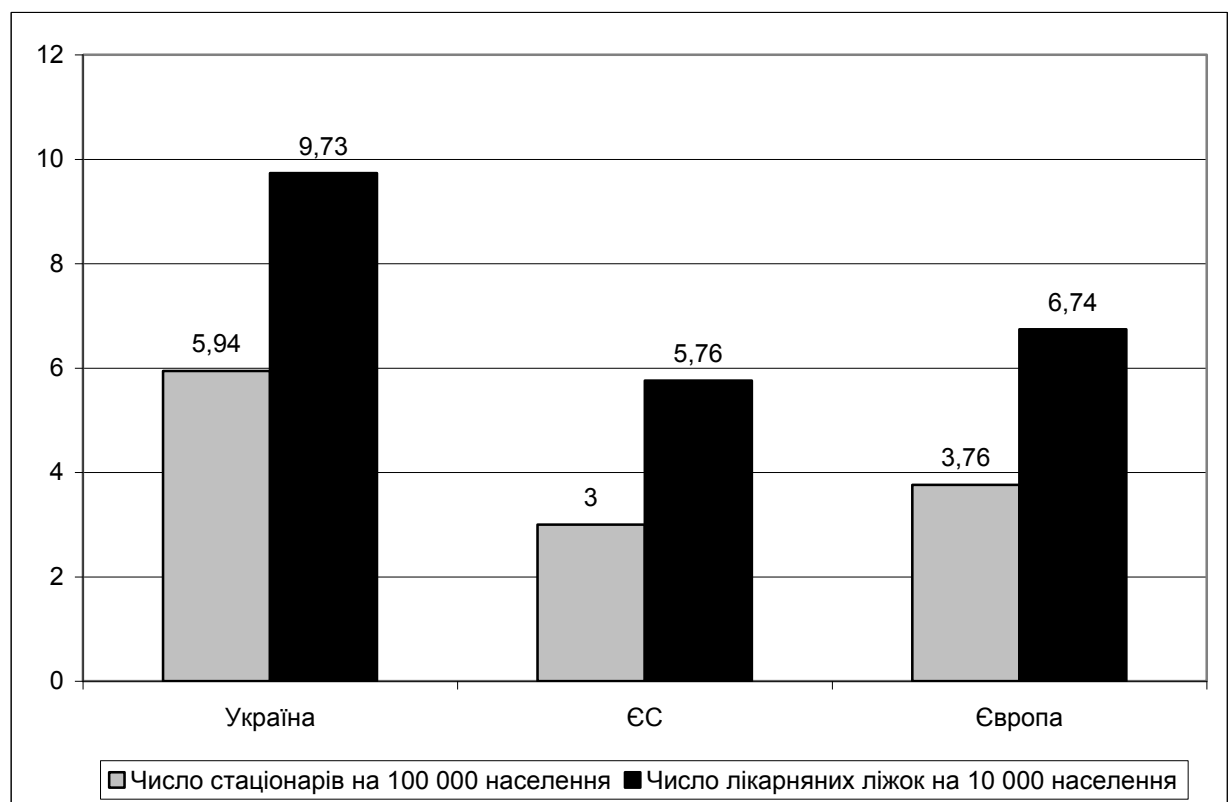


Рис. 1.2. Мережа лікарняних закладів та забезпеченість ліжками в Україні

Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній кількості всіх лікарень становить 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73 за даними Держкомстату, що в 1,7 разу перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та



в 1,4 разу – в європейському регіоні загалом (рис. 1.3).

Як відомо, створені в охороні здоров'я потужності, навіть надлишкові, все одно утилізуються (закон Ремера (Roemer's Law) «створене лікарняне ліжко не залишиться незайнятим»), що підтверджується статистичними даними щодо використання стаціонарної допомоги: в Україні рівень (21,9 %) та тривалість госпіталізації (13,3 дня) істотно перевищують середньоєвропейські показники (19,2 % та 10,4 дня) та показники у країнах ЄС (18,0 % та 9,2 дня) (рис. 1.3). Від 30 до 50 % пацієнтів госпіталізуються необґрунтовано.

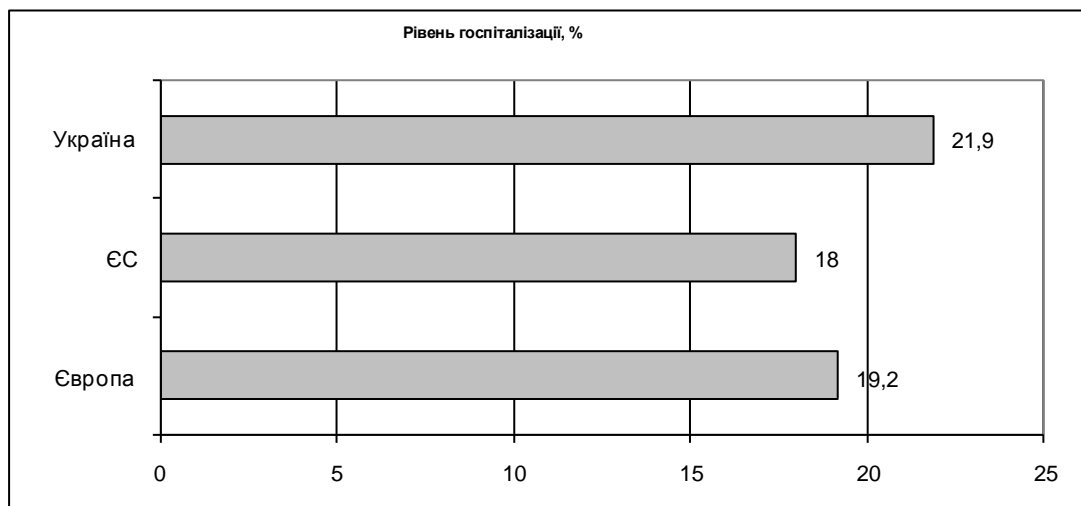


Рис. 1.3. Використання ліжкового фонду

Надмірна спеціалізація лікарень. Вторинна медична допомога надається переважно багатoproфільними міськими та районними лікарнями. Водночас існує також широка мережа психіатричних, протитуберкульозних, дерматовенерологічних, офтальмологічних та інших лікарень, що негативно впливає на комплексність медичної допомоги при лікуванні основного захворювання. Так, супутня патологія враховується лише у 27,5 % випадків при тому, що в 66,2 % випадків її наявності вона впливає на перебіг основного захворювання.

Відсутність диференціації ліжкового фонду залежно від інтенсивності лікування. У стаціонарах вторинного рівня на одному й тому ж ліжку можуть

отримувати медичну допомогу хворі, які потребують інтенсивного, протирецидивного лікування, медико-соціальної допомоги, термінальні хворі, хоч надання допомоги різним групам пацієнтів потребує застосування різних технологій та відповідної організації лікувально-діагностичного процесу. Так, із загального числа обґрунтовано госпіталізованих у стаціонари терапевтичного профілю 62,8 % потребують інтенсивного лікування, 23,3 % – планового лікування, 8,9 % – медико-соціальної допомоги, 1,8 % – відновлювального лікування.

Слабкі функціональні відмінності між лікарнями вторинного та третинного рівнів. Відповідно до визначення, третинна медична допомога – це забезпечення великим медичним центром (зазвичай таким, що обслуговує регіон або всю країну й оснащений складним технологічним і допоміжним устаткуванням), надання високоспеціалізованих медичних і хірургічних послуг при незвичайних і складних медичних проблемах. Однак в Україні межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги досить розмиті. Наприклад, за існуючими оцінками, 36 % пацієнтів, госпіталізованих в обласні лікарні для надання їм третинної медичної допомоги, фактично потребували вторинної. Їх лікування в обласних лікарнях через устаткування закладів більш складним оснащенням має більшу вартість, ніж лікування в міських або районних лікарнях.

Існування паралельних систем лікарняних послуг різного підпорядкування (відомчих, державних, комунальних).

Висока зношеність основних фондів у державних та комунальних медичних закладах (частка фізично та морально зношеної техніки у 2007 р. складала 60–70 %). Значна частина обладнання відпрацювала 20–25 років, що в 2–3 рази перевищує його технічний ресурс. Близько половини лікарень вторинного рівня не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам.

Наведені дані свідчать про те, що наявні ресурси охорони здоров'я України розпорошені, а структура медичних послуг істотно деформована, що

може призвести до загострення проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи.

### 3. Низька якість медичної допомоги.

Проблеми забезпечення й оцінки якості медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування, в Україні приділяється значна увага. Відсутність системи стимулів при використанні результатів ліцензування й акредитації (наприклад, виключення з ліцензії деяких видів медичної практики, не забезпечених необхідними умовами; відбір постачальників медичних послуг для їх фінансування за рахунок бюджетних коштів залежно від міри гарантованості якості медичного обслуговування), а також комплектування ліцензійних і акредитаційних комісій винятково органами управління охороною здоров'я сприяло перетворенню цих механізмів на досить формальні інструменти внутрішньовідомчої експертизи. В Україні були створені стандарти у формі клінічних протоколів практично по всіх медичних спеціальностях. Проте більшість із них розроблені експертним методом без використання даних доказової медицини, а впровадження не підкріплене адекватними стимулами, не проводиться моніторинг ефективності їх використання.

Певна частина лікарів до цього часу не ознайомена з чинними в Україні медичними стандартами, ще більша кількість знають про них, але не використовують їх у своїй роботі. Так, із загального числа лікарів-анестезіологів ознайомлено з протоколами близько 80 %, а використовують у практичній діяльності лише 52–63 %.

Методична недосконалість та незавершеність розробки різних інструментів підвищення якості, а головне – формальність їх застосування та відсутність дієвої системи управління якістю із застосуванням відповідних стимулів для медичного персоналу дали змогу отримати певні локальні й нетривалі результати, але не привели до поліпшення якості медичного

обслуговування в країні.

Загалом в Україні рівень якості медичної допомоги, згідно з даними експертних оцінок, досить низький: інтегральний показник якості лікування становить приблизно 56 %. Таким, що не відповідає стану пацієнта (неадекватним), лікування визнане у 40,1–83 % хворих стаціонарних закладів. Населення невдоволене якістю надання медичної допомоги, про що свідчать результати соціологічних опитувань: більшість респондентів оцінюють якість послуг щодо охорони здоров'я як низьку. Низька якість медичної допомоги обмежує можливості впливу на здоров'я населення та призводить до марного витрачання і так обмежених коштів системи.

Проблеми медикаментозного забезпечення. Важливим сегментом системи охорони здоров'я, стан якого викликає справедливі нарікання населення, є медикаментозне забезпечення. Воно поглинає третину загальних витрат на функціонування галузі, але лише близько 4–5 % цих витрат покривається за рахунок бюджету, всі інші лягають тягарем на плечі споживачів. Навіть для стаціонарного лікування 86,7 % вартості ліків сплачується пацієнтами. Така ситуація в поєднанні з ліберальним (безрецептурним) відпуском більшості лікарських засобів значно збільшує ступінь свободи, насамперед, фармацевтичних працівників у заміні дешевих ліків дорогими.

Середньозважена вартість кошика лікарських засобів за три роки виросла на 28 %, з яких 10 % зумовлені інфляцією, 2 % – появою на ринку нових дорогих ліків, основна частка здорожчання пов'язана із заміною на різних етапах обслуговування (лікарем або провізором) у межах однієї групи дешевих ліків більш дорогими. Існуюча система закупівлі лікарських препаратів також потребує оптимізації. Інколи закупівля ліків та їх розподіл відбуваються без урахування реальної потреби в них медичних закладів як за обсягом, так і за номенклатурою, а ціни на препарати, незважаючи на наявність тендерних процедур, у низці випадків бувають завищеними.

Система державного контролю за цінами на фармакологічні препарати,

державний контроль за безпечністю ліків недостатньо ефективні. Зокрема, в країні також відсутня система виявлення та обліку фальсифікованих препаратів, однак, згідно з даними ВООЗ, їх питома вага сягає 20 %. Більшість фальсифікатів – це підробка продукції українського виробництва, що здійснюється безпосередньо в країні.

Система охорони здоров'я в Україні нагально потребує послідовних та глибоких інституціональних і структурних перетворень, спрямованих на поліпшення здоров'я населення та задоволення його справедливих потреб у медичній допомозі. Провідними напрямками таких трансформацій визначено: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я; підвищення якості медичного обслуговування; підвищення доступності ліків; запровадження соціального медичного страхування; запровадження професійного менеджменту; моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги. Зупинимося на них детальніше.

#### 1. Підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я.

1.1. Центральна роль у реалізації цього напрямку належить структурній реорганізації системи відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги.

*На первинному рівні.* Для структурної реорганізації та розвитку системи ПМСД на засадах сімейної медицини розроблено програму, до якої заплановано внести доповнення стосовно терміну виконання та обсягів фінансування з бюджетів різних рівнів в обсязі 12 млрд грн. У структурному плані в цій програмі передбачено: чітке розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; створення мережі закладів первинного рівня, переважно у вигляді амбулаторій загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) у сільській місцевості здебільшого на 2 лікаря, у міській – на 4 лікаря та їх устаткування відповідно до затверджених табелів оснащення з різними моделями для міської та сільської місцевості: а) в сільській місцевості – шляхом реорганізації сільських лікарських амбулаторій, амбулаторних відділень сільських дільничних лікарень та частини

поліклінічних відділень центральних районних (ЦРЛ) та районних (РЛ) лікарень, великих ФАПів. Через те, що на рівні ФАПів, які обслуговують до 300 осіб, надається низькопродуктивна та в більшості випадків неякісна медична допомога, пропонується на рівні місцевих громад розглянути питання про їх закриття при паралельному розвитку мережі амбулаторій ЗП/СМ; б) у міській місцевості – шляхом реорганізації та перепрофілювання частини поліклінік та поліклінічних відділень багатопрофільних дорослих та дитячих лікарень, відкриття нових закладів, наближених до місця проживання населення.

З метою оптимізації управління, використання фінансових ресурсів, що виділяються на первинну допомогу, фінансової сталості закладів ПМСД створено Центри первинної медико-санітарної допомоги. До складу Центрів закладів з правами юридичної особи входять амбулаторії ЗП/СМ та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської та долікарської допомоги населенню окремого сільського району або міста чисельністю від 30 до 100 тис. осіб.

До функцій Центру входить: укладання договорів із замовником на надання послуг первинної допомоги, планування, координація діяльності закладів ПМСД, що є складовими Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення й розподіл стимулювальних виплат для працівників.

*На вторинному рівні.* З огляду на дані доказового менеджменту та найкращого світового досвіду, з метою поліпшення якості вторинної медичної допомоги з одночасним підвищенням ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг пропонується диференціація лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається, на:

– лікарні інтенсивної допомоги для надання цілодобової медичної допомоги, лікування хворих із гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт,

гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лише лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, високовартісного діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики;

– лікарні для проведення планового лікування для здійснення повторних курсів протирецидивної терапії або долікування з використанням стандартних схем лікування;

– лікарні для відновлювального лікування для відновлення функцій, порушених у результаті захворювання чи травми, з метою або попередження інвалідності, або реабілітації інвалідів; потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури);

– хоспіси для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим; потребують спеціального оснащення для надання допомоги та догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського персоналу та широкого залучення волонтерів;

– лікарні для медико-соціальної допомоги для забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим. Цей заклад потребує мінімального діагностичного та лікувального обладнання, обслуговування забезпечується переважно сестринським персоналом.

Головна роль відводиться багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної медичної допомоги, передусім екстреної, оскільки саме від їх діяльності залежить життя та здоров'я пацієнтів. Саме ці лікарні в розвинених країнах світу становлять близько 90 % усіх стаціонарів. Для ефективної діяльності такі лікарні мають обслуговувати не менше ніж 100–200 тис. населення і виконувати не менше ніж 3000 оперативних втручань та приймати не менше ніж 400 пологів на рік.

Проведення зазначених перетворень може бути здійснене при існуючому адміністративно-територіальному розподілі шляхом створення госпітальних округів, що об'єднують заклади декількох сільських районів або міст та районів залежно від щільності та характеру розселення

мешканців, з урахуванням стану транспортних комунікацій, матеріально-технічного та кадрового потенціалу стаціонарів, профілів їх діяльності та структури медичних послуг. Планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.

Передбачається такий порядок надходження пацієнтів до структур вторинної медичної допомоги: до лікарень інтенсивного лікування доставка санітарним транспортом або самозвернення пацієнтів; до стаціонарів та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих – за скеруванням лікаря первинної ланки; до лікарень відновного лікування – за скеруванням лікаря первинної ланки; лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів-спеціалістів поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих, лікарів закладів третинного рівня – за погодженням із лікарями первинної ланки; до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за скеруванням лікаря первинної ланки.

Всі типи закладів повинні бути до- або переоснащені відповідно до визначених функцій. Проведені розрахунки показують, що витрати на дооснащення лише підрозділів інтенсивної терапії при запропонованій моделі організації вторинної допомоги на 27,4 % менші, ніж затрати на відповідне дооснащення всієї існуючої мережі. Не кажучи вже про те, що концентрація інтенсивної допомоги дасть змогу покращити її якість за рахунок підвищення кваліфікаційного рівня медичних працівників через збільшення обсягу втручань.

Управління закладами вторинного рівня, що входять до складу госпітального округу, буде покладатися або виключно на обласне управління охорони здоров'я, або ж частина управлінських функцій, що стосуються координації діяльності закладів усередині округу, делегується об'єднанням цих закладів у вигляді корпорацій. Оптимальний варіант управління буде визначено після проведення апробації в пілотних регіонах.

Швидка медична допомога. Існує багато проблем у функціонуванні швидкої та невідкладної допомоги, основними з яких є значна частка роботи,



що не відповідає функціям швидкої допомоги, зокрема виїзди до хронічних хворих, виїзди з метою введення знеболювальних препаратів онкологічним хворим, велика тривалість доїзду, непрофільність виїздів спеціалізованих бригад.

У межах перетворень розділено функції швидкої та невідкладної допомоги й запропоновано: передати невідкладну допомогу як функцію на первинний рівень; звільнити служби швидкої допомоги від проведення знеболювання онкологічним хворим удома і передати це завдання на первинний рівень шляхом отримання ліцензій структурами первинної допомоги на введення наркотичних препаратів та забезпечення первинної ланки сучасними знеболювальними засобами; станції швидкої допомоги ввести до складу госпітального округу, їх потужність та кількість підстанцій формувати так, щоб забезпечити дотримання ключового критерію діяльності служби – часу доїзду до хворого/постраждалого в межах 10 хвилин у місті, 20 хвилин – у сільській місцевості; забезпечити надання швидкої допомоги переважно фельдшерськими бригадами, оснащеними та навченими використовувати відповідні клінічні протоколи.

*На третинному рівні* надається високоспеціалізована, високотехнологічна медична допомога обласними лікарнями та клініками НДІ. З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень і вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації пропонується створення університетських клінік – об'єднання цих закладів у форму корпорації відповідно до чинного законодавства, базовим елементом якої є обласна клінічна лікарня. Університети та наукові установи передають частину коштів та ресурсів на виконання спільної діяльності. Також частину ресурсів, зокрема ліжковий фонд, передають інші спеціалізовані медичні заклади обласного рівня – дитячі, диспансери, тощо. Університетська клініка – невід'ємна складова системи охорони здоров'я регіону, основною метою якої є задоволення визначених потреб населення в медичній допомозі третинного рівня.

Водночас вона також використовується як клінічна база для до- і післядипломної підготовки та проведення пріоритетних наукових досліджень.

Щодо клінік НДІ, які обслуговують населення всієї країни, стратегічне управління ними в межах національної системи охорони здоров'я здійснюється МОЗ України. Консолідоване державне замовлення на обсяги медичної допомоги на основі планових показників її надання, згідно з чисельністю пролікованих хворих, а також вимоги до результатів надання високоспеціалізованої, високотехнологічної допомоги шляхом обліку та аналізу персоніфікованої інформації про них. Надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги в обласних лікарнях та університетських клініках здійснюється за направленнями закладів вторинного рівня. Надання допомоги клініками НДІ – за направленнями обласних управлінь охорони здоров'я в обсягах, які відповідають квотам, що визначені МОЗ України.

Умови для проведення структурних реформ державного сектору охорони здоров'я:

а) первинного рівня медичної допомоги: розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги; об'єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях; вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта;

б) вторинного рівня медичної допомоги: об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні, що дасть можливість раціоналізувати планування мережі закладів, усунути невиправдану фрагментацію системи охорони здоров'я та створити реальні управлінські механізми для вирішення проблем реструктуризації мережі закладів регіональної охорони здоров'я, зокрема функціональної диференціації стаціонарів залежно від інтенсивності надання госпітальної допомоги; проведення місцевими органами виконавчої влади підготовчої роботи до проведення структурних перетворень;

в) третинного рівня медичної допомоги: визначення МОЗ України квот

для клінік НДІ щодо надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги для всіх рівнів;

г) усіх рівнів надання медичної допомоги: перегляд і підвищення вимог до ліцензування та акредитації, здійснення деформалізації цих процесів; передача в оперативне управління ресурсів усіх закладів охорони здоров'я первинного рівня на районний/міський, вторинного – на обласний рівень.

Все це потребує відповідних змін до чинної нормативної бази, і насамперед – до Основ законодавства України про охорону здоров'я, проєкт якого перебуває на розгляді у Верховній Раді України, та Бюджетного кодексу України.

*Приватний сектор.* Необхідно підвищити роль приватного сектору в охороні здоров'я. Його частка досить значна, він володіє сучасними діагностичними та лікувальними технологіями. Планується зрівняти у правах державний та приватний сектор при виконанні державного замовлення за умови надання ними медичних послуг відповідно до визначених державою медичних стандартів та цінової політики. Особлива увага приділяється сприянню створення приватних загальнолікарських практик шляхом надання в оренду необхідних приміщень та обладнання на пільгових умовах.

*Відомча медицина.* Для ліквідації дублювання відомчих і територіальних систем охорони здоров'я та створення єдиного медичного простору передбачається: сконцентрувати всі кошти з державного бюджету на рівні Міністерства охорони здоров'я України; передати заклади, що перебувають у відомчому підпорядкуванні, на територіальний рівень, за винятком медичної служби Міністерства оборони, СБУ та структур промислової медицини (наприклад, огляди машиністів залізничного транспорту та пілотів перед поїздками/польотами, психологічне тестування та реабілітація працівників МВС тощо).

*Господарський статус медичних закладів.* В Україні серед наукової та політичної еліти популярною є ідея надання медичним закладам більшої самостійності шляхом зміни їх господарського статусу – так звана

автономізація медичних закладів та перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства.

Головними аргументами на користь розширення меж самостійності медичних закладів є:

1) створення можливостей та стимулів медичним організаціям для раціонального господарювання: планування та організація господарської діяльності, у тому числі можливість перерозподілу коштів за різними напрямками витрат; управління людськими ресурсами (планування кількості, набір персоналу та його утримання); управління матеріально-технічними ресурсами (кількість ліжок та інтенсивність їх використання, застосування обладнання приміщень);

2) створення умов для розвитку конкуренції між виробниками медичних послуг у системі громадської охорони здоров'я, що потенційно може сприяти підвищенню ефективності використання ресурсів у системі.

Однак фактичні дані, отримані при аналізі ефективності структурних перетворень у різних країнах Європи, свідчать, що надання лікарням автономії без попередньої структурної реорганізації може призвести до сповільнення темпів структурних перетворень стаціонарного сектору, оскільки отримання автономії надає адміністрації лікарні певні можливості протидіяти закриттю навіть неефективного закладу, у тому числі за допомогою впливових лікарів та місцевих урядових органів.

Впливові європейські експерти, запрошені Бюро ЄРБ ВООЗ в Україні для оцінки реформ в охороні здоров'я, що плануються Міністерством охорони здоров'я, застерігають, що автономізація медичних закладів у масових масштабах під час економічної кризи може призвести до погіршення умов роботи медичних закладів, оскільки високою є ймовірність того, що самостійність постачальників медичних послуг спричинить ще більшу комерціалізацію діяльності медичних закладів, масове звільнення персоналу. Крім того, доведеться витратити значну частину коштів на оплату податків (оподаткування прибутку, земельного податку), від яких бюджетні

установи звільнені.

Враховуючи вищенаведене, на сучасному етапі доцільно зберегти існуючий статус медичних організацій як бюджетних. Питання про зміну господарського статусу медичних закладів щодо надання їм більшої самостійності (автономізації) доцільно розглянути після завершення структурної перебудови галузі та виходу країни з фінансово-економічної кризи і перетворення їх на державні/комунальні некомерційні підприємства. До речі, термін «підприємство» для медичних організацій, призначених виконувати соціальну функцію охорони здоров'я, є неприйнятним, оскільки асоціюється з підприємницькою діяльністю, тобто діяльністю, яка провадиться на власний ризик і спрямована на систематичне отримання прибутку від користування майном, продажу товарів, виконання робіт або надання послуг. Тому навіть при прийнятті рішення щодо автономізації державних та комунальних медичних закладів треба внести до Господарського кодексу як суб'єктів господарювання медичні організації.

*1.2. Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів.* Використання механізмів укладання договорів між замовниками і постачальниками медичних послуг та сучасних методів фінансування медичних закладів (оплати медичних послуг) належать до ключових стратегій підвищення ефективності розподілу і використання ресурсів. Паралельно зі структурною перебудовою планується зміна порядку фінансування медичних закладів, перехід від кошторисного фінансування, основою якого є показники потужності закладів і який зберігає орієнтири екстенсивного розвитку, до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення в певних видах медичної допомоги.

На першому етапі перетворень, коли відсутня необхідна економічна інформація, застосовується така форма договору між замовником і постачальником медичних послуг як блок-контракт – договір, у межах якого

покупець погоджується сплатити певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг. Далі, в міру накопичення економічної інформації, блок-контракт поступається іншій формі контрактних відносин – договору на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги з плануванням обсягу допомоги та визначенням умов її оплати.

При цьому планується використання сучасних методів оплати медичних послуг: на первинному рівні – об'єднання подушної оплати і стимулювальних надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, відсоток охоплення вакцинацією, відсоток охоплення скринінговими програмами тощо); на вторинному для стаціонарів – «глобальний бюджет» залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – за обсяг наданих послуг; на третинному – «глобальний бюджет» залежно від структури та обсягів наданої допомоги.

Фінансування за методом «глобального бюджету» передбачає аналіз потреб населення з визначенням числа і структури за нозологічними формами захворювань та врахуванням тяжкості їх перебігу. Для лікарень інтенсивної допомоги розмір «глобального бюджету» визначається за вірогідністю рівнів захворюваності та складністю станів пацієнтів, які потребують цього виду допомоги, визначеного на основі аналізу статистичних показників за останні 3 роки. Для лікарень інших типів, особливо для третинного рівня, при визначенні «глобального бюджету» враховуються як потреба в конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їхнє фінансове забезпечення. Оскільки повне забезпечення потреби в цих видах допомоги є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у тому числі з визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

Оплата праці. Реформа в системі охорони здоров'я не може бути повноцінною без кардинальних змін у системі оплати праці медичного персоналу, що повинне вирішувати два складні завдання: підвищення рівня

винагороди лікарів та іншого медичного персоналу для того, щоб підняти рівень престижу медичної професії, зменшити відтік кадрів з галузі; створення стимулів до підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я. Для цього планується внести зміни до умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових заробітної платі: постійної, яка буде визначатися традиційно, на основі єдиної тарифної сітки розрядів, та змінної, яка базуватиметься на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи.

Як свідчить досвід інших країн, для залучення висококваліфікованих фахівців до первинної ланки та мотивації їх до виконання різноманітних і складних функцій, зокрема великого обсягу профілактичної роботи, організації медичних маршрутів пацієнтів тощо варто забезпечити найбільш високий рівень їх оплати праці порівняно з іншими медичними професіями.

*2. Підвищення якості медичного обслуговування.* Одним із потужних механізмів поліпшення ефективності використання ресурсів є підвищення якості медичної допомоги. За визначенням ВООЗ, «якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільше потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат та відповідно до вимог найвищого рівня».

### **1.3. Забезпечення якості медичного обслуговування**

В останні роки робота щодо забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Затверджена й реалізується Концепція управління якістю медичної допомоги в Україні, в якій визначено основні підходи до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованої на задоволення обґрунтованих потреб та очікувань споживачів.

Розроблений порядок управління та контролю якості, що становить собою вертикально організовану структурно-функціональну систему, яка включає всі рівні управління – від Міністерства до закладу охорони здоров'я. Галузева програма стандартизації медичної допомоги розроблена із застосуванням міжнародного інструменту оцінки якості клінічних рекомендацій AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation) та затверджена уніфікована методика щодо розробки клінічних рекомендацій, медичних стандартів, однотипних клінічних протоколів.

З метою інтенсифікації роботи відносно поліпшення якості медичної допомоги та системного практичного втілення методичних і організаційних розробок з цієї проблеми пропонується: активізувати створення організаційної структури управління якості медичної допомоги на всіх рівнях медичного обслуговування; забезпечити впровадження порядку управління та контролю якості медичного обслуговування; забезпечити створення програм безперервного підвищення якості медичного обслуговування, що застосовуються на різних рівнях охорони здоров'я та в яких задіяні різні категорії медичних працівників; забезпечити розробку/адаптацію або перегляд існуючих клінічних рекомендацій та уніфікованих клінічних протоколів на основі надійних сучасних наукових даних для основних захворювань, що найбільш поширені та створюють загрозу життю та здоров'ю людини (за статистичними даними – це близько 250 діагнозів, які охоплюють до 90 % усіх випадків захворювань); розробити і впровадити скринінгові програми; розробити та затвердити зразкові таблиці оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів (лікарні інтенсивної допомоги, лікарні для проведення планового лікування, відновлювального лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги, університетські клініки тощо); удосконалити інструменти зовнішнього та внутрішнього контролю якості, для чого переглянути умови ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу, розробити порядок експертизи якості медичної допомоги; створити



незалежні структури для оцінки відповідності закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам; розробити систему індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б давали змогу забезпечити об'єктивне оцінювання (моніторинг) та конкретне визначення проблем забезпечення якості; створити систему моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням.

Щодо якості надання медичних послуг, то в ході дослідження було встановлено, що, незважаючи на відмінність організації моделей охорони здоров'я у світі, їх об'єднує спільна мета – спроможність надавати ефективну та якісну медичну допомогу. Досягнення цієї мети залежить від багатьох чинників, основним з яких є ефективність організаційного устрою системи охорони здоров'я, її фінансування (за визначенням ВООЗ, мінімально прийнятний рівень – 6,4% від ВВП; для порівняння: в Україні – 2,6% у 2017 р.), наявність кваліфікованих кадрів, сучасних медичних технологій і обладнання, дієвої системи забезпечення якості медичної допомоги тощо. Для всіх сучасних світових моделей охорони здоров'я притаманні п'ять механізмів, що забезпечують якість надання медичної допомоги: обов'язкове ліцензування медичних закладів, їх акредитація та сертифікація (можуть бути як обов'язковими, так і добровільними), стандартизація (зазвичай у національних стандартах та клінічних протоколах існують дві категорії критеріїв – обов'язкові й бажані) і, нарешті, безпосередньо контроль якості, який передбачає внутрішній та зовнішній аудит.

Майже всі ці механізми є в кожній державі, але з варіаціями мінімальних вимог та процедури проведення. Ліцензування – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності лікарю-практику або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб (незалежно від їх організаційно-правової форми) та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості і спрямована на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, національна некомерційна організація). Оскільки в Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а МОЗ України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я.

У 2009 р. Проектом ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» було задокументовано вичерпні рекомендації щодо вдосконалення процесу акредитації в Україні через створення незалежного Агентства з якості та акредитації медичних закладів. Експерти вказали МОЗ на те, що сьогодні акредитація в Україні виконує роль «контрольної перевірки» закладів охорони здоров'я на їх відповідність нормативно-правовим вимогам, при цьому відсутні ефективні критерії якості та механізми мотивації медичного персоналу, котрі спонукали б його до досягнення вищої планки в цьому напрямі. Також експерти підсумували, що наявна в Україні система акредитації не приділяє уваги критеріям задоволеності пацієнтів отриманою допомогою та безпекою, клінічному управлінню, вимірюванню й оцінці індикаторів якості, які відображали б відповідність медичним стандартам, клінічним протоколам на основі доказової медицини. Тож загалом згаданий проєкт поставив під сумнів відповідність системи акредитації в Україні сучасним цілям в охороні

здоров'я.

Наступний механізм, що забезпечує якість надання медичної допомоги, – сертифікація, яка підтверджує відповідність закладів охорони здоров'я міжнародним стандартам ISO 9000. Наявність такої системи в галузі охорони здоров'я сприяє забезпеченню чіткості та прозорості її діяльності, істотному підвищенню ефективності лікування хворих, зниженню його вартості і підвищенню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням. Наказом МОЗ України від 20.12.2013 р. № 1116, який набув чинності 17 січня 2014 р., внесено зміни до процедури акредитації закладів охорони здоров'я, які, зокрема, передбачають, що для отримання вищої акредитаційної категорії закладом вторинного рівня необхідно пройти перевірку на відповідність вимогам стандартів ISO й отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Щодо запровадження механізму стандартизації варто зазначити, що Україна гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів, яка передбачає наявність клінічних рекомендацій (настанов), медичних стандартів (МС) і протоколів надання медичної допомоги. А, як відомо, за європейською методологією зазначені документи розробляються на засадах доказової медицини, а не за допомогою експертного методу (коли домінує «думка авторитетів»), і за певною клінічною темою (діагноз, синдром), а не за спеціальністю. До того ж над ними працюють мультидисциплінарні робочі групи за участю фахівців усіх суміжних спеціальностей.

Кожна окрема країна, що розробила або адаптувала клінічні настанови (як основу доказової медицини), надалі має можливість здійснити наступний крок – наприклад, розробити клінічні протоколи або (і) медичні стандарти (МС). Останні є передусім інструментом для організаторів охорони здоров'я, МОЗ, Уряду. Їх визначають за тим, що саме може забезпечити національна система охорони здоров'я. Розробку МС ініціюють не лікарі та професійні асоціації, а Уряд, Міністерство, проте в Україні цього не відбувається. До

того ж у європейських державах МС не розробляють на кожную нозологію (у цьому немає потреби), а лише на основні хвороби, що посідають перші місця за захворюваністю та смертністю населення.

Рівень медичної допомоги, який може забезпечити держава, в Уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги є «обов'язковим» критерієм (це можливості країни «на сьогодні»), і протокол слугує його досягненню. Якщо ж ці критерії не збігаються з ідеальним (найкращим) рівнем, зазначеним у клінічних настановах, останні визнаються в уніфікованих протоколах «бажаними», і завдання МОЗ – зробити все, аби якнайшвидше їх досягнути. Тобто уніфіковані клінічні протоколи аж ніяк не позбавляють українських лікарів можливості найкращої практики. «Бажані» критерії вимагають від МОЗ та Уряду забезпечити галузь сучасними методами лікування. Локальні протоколи, які розробляють самі заклади (із часовою шкалою і переліком медичних втручань, визначенням виконавців), включають також індикатори якості.

Ще один дієвий механізм контролю якості – клінічний аудит (внутрішній і зовнішній). Уперше його запровадили у Великій Британії, а за останні 30 років він запрацював і в більшості країн світу. Зовнішній аудит здійснюють відповідні національні організації, внутрішній – безпосередньо команда лікарів медичного закладу (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичної допомоги (у тому числі фінансово). Наприклад, у Великій Британії участь усіх лікарів-практиків у клінічному аудиті є обов'язковою.

Завдання клінічного аудиту – порівняти наявну клінічну практику з передовою заради вдосконалення медичних послуг. Аудит може включати оцінку процесу надання медичної допомоги та/або її результату (відповідно до теми й завдань). Таку оцінку здійснюють за відповідними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, аби відповідати найкращій практиці.

Наприклад, класичний критерій якості лікування артеріальної гіпертензії – досягнення цільового рівня артеріального тиску. Йому

відповідає індикатор якості – «відсоток пацієнтів, які мають цільовий рівень артеріального тиску». Результати клінічного аудиту завжди корелюють з певними умовами медичної практики (і не можуть бути використані в інших умовах), медичним закладом, певною групою пацієнтів. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може бути застосований відносно конкретних проблемних питань або для перевірки ключових напрямів роботи.

Наказом МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» в державі проголошено принцип безперервного підвищення якості, невід'ємною складовою якого є клінічний аудит. У Концепції зазначено: нині аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичної допомоги та визначення напрямів її покращення.

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній і внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС. Реально ж клінічний аудит проводять тільки в окремих закладах охорони здоров'я України – передусім через незнання механізму його проведення, нерозуміння ролі індикаторів у локальних протоколах (а нещодавно МОЗ їх узагалі скасувало), а також через відсутність мотивації колективів медичних закладів. Адже рівень якості, зазначений у критеріях та індикаторах надання медичної допомоги, жодним чином не пов'язаний із зарплатою лікарів та фінансуванням медичного закладу.

Однак ще з радянських часів залишився і широко використовується на практиці експертний метод визначення якості (оцінка результатів, відхилення

від стандартів, аналіз окремих випадків надання медичної допомоги), який МОЗ активно впроваджує й донині. Зокрема, Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника тощо.

Отже, хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості – клінічний аудит та моніторинг, – на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних. А клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Спробу «прорвати» щільне кільце радянської «експертизи якості» в Україні було здійснено у 2013–2014 рр. Для цього з'явилися й об'єктивні передумови: в Уніфікованих клінічних протоколах уперше почали зазначати критерії та індикатори якості, розроблені на науковій (доказовій) основі, котрі й було введено в ці документи для здійснення моніторингу. Наказом МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» було визначено порядок моніторингу, його процедуру та форми подання індикаторів. Інший Наказ МОЗ (від 19.06.2014 р. № 414) затверджував відповідний перелік клінічних індикаторів щодо лікування осіб із гіпертонічною хворобою і цукровим діабетом 2-го типу. Однак реально він не запрацював, оскільки на те не було ані політичної волі, ані бажання мати об'єктивну інформацію про рівень досягнення або недосягнення згаданих індикаторів. Без моніторингу цей результат не відомий ні лікарю, що безпосередньо надає допомогу пацієнтам, ні

медичному закладу, ні Міністерству.

А після нещодавнього скасування локальних протоколів (де зазначалися індикатори якості з Уніфікованих клінічних протоколів, за якими мав здійснюватися моніторинг у кожному конкретному медичному закладі) узагалі виникли підозри, що нинішня «команда» МОЗ не знає і не розуміє, що забезпечення якості є запланованим та систематичним процесом, який здійснюється за допомогою моніторингу за наявності його головного інструменту – індикаторів якості. Адже саме на підставі їх досягнення чи недосягнення можна говорити про оплату медичної послуги страховою компанією, лікарняною касою, державним органом тощо.

Тож рекомендуємо тим, хто дорікає низькою якістю медичної допомоги в Україні і як вихід із ситуації пропонує лікувати хворих за зарубіжними клінічними настановами без їх адаптації й урахування нинішніх можливостей нашої системи охорони здоров'я (начебто це єдине, що може забезпечити українцям можливість «лікуватися по-європейськи»), звернутися до п'яти механізмів забезпечення якості медичної допомоги. Чи МОЗ організувало й забезпечило належним чином їх функціонування? Чи відповідають вони європейській і світовій практиці? Чи ініціює Міністерство розробку медичних стандартів, які гарантують певний рівень, обсяг і якість медичної допомоги для населення? Чи впровадило клінічний аудит і моніторинг індикаторів якості в систему охорони здоров'я?

Висока якість медичної допомоги має економічну межу. У 70-ті роки минулого століття в США уперше з'явилися публікації із застереженнями про негативні наслідки застосування надмірно високих критеріїв якості, внаслідок чого витрати на охорону здоров'я можуть досягнути 50 % ВВП. Водночас з'явилася концепція оптимальної якості відомого експерта Хану Вуорі, який досліджував зв'язки факторів, котрі її визначають. Він стверджував, що спочатку підвищення якості обходиться відносно дешево, однак поступово витрати настільки зростають, що подальше нарощування ресурсів може призвести до її зниження. Оптимальна ж якість визначається

тим, що користь від послуг перевищує їх вартість і відповідає раціональному використанню ресурсів.

Ще одна концепція – логічної якості – була запозичена з теорії інформації. Сутність цієї концепції полягає у визначенні релевантності інформації та її використанні. Це стосується випадків, коли найпотрібніша інформація залишається не поміченою, або ж її кількість є надмірною. Наприклад, збільшення частоти діагностичних процедур з 95 до 97 % може і не призвести до зміни лікувальної тактики, але спричинить підвищення вартості медичної допомоги. У такому разі ця допомога матиме низьку логічну якість. Подібні ситуації (з надмірною кількістю діагностичних досліджень, які вже не впливають і не змінюють тактики лікування) часто виникають у приватних медичних закладах через зацікавленість в отриманні коштів від пацієнта.

Розвиток концепції оптимальної якості отримав наукове продовження в багатьох економічно розвинених країнах, які здійснюють оцінку медичних технологій (ОМТ), перш ніж певна технологія, метод лікування чи ліки будуть дозволені до використання в національній системі охорони здоров'я. У процесі такої ОМТ збирають, систематизують, аналізують та інтерпретують результати наукових досліджень. За результатами цієї роботи формулюються принципи орієнтованого на пацієнта, безпечного й ефективного надання медичної допомоги, які й сприяють створенню якісної системи охорони здоров'я.

Цими питаннями займається міжнародна мережа агенцій ОМТ (International Network of Agencies for Health Technology Assessment – ІНАНТА), державні органи (АHRQ NIH), незалежні організації (PCORI) тощо. В усьому світі відома організація з розробки клінічних настанов – Національний інститут клінічної досконалості (National Institute for Clinical Excellence (NICE), Велика Британія). Це незалежний експертний орган, котрий фінансується із держбюджету (70 млн фунтів стерлінгів щорічно), у штаті якого – 450 співробітників, а також залучають близько 3000



позаштатних експертів. Замовник робіт – міністерство охорони здоров'я (NHS). Крім клінічних настанов, NICE готує експертні висновки з ОМТ, керівництва до організації охорони здоров'я за окремими медичними процедурами і цільовими програмами.

Висновки NICE з ОМТ відповідають на головне політичне запитання: яку медичну технологію обрати для лікування певного захворювання. Крім клінічної ефективності, оцінюють і витрати. Використовують так званий індикатор користі медичних втручань для здоров'я пацієнтів – показник інкрементальних витрат на один збережений рік якісного життя (QALY). Якщо втручання з пороговим значенням витрат на один QALY обходиться менше ніж у 20 тис. фунтів стерлінгів, воно має високі шанси бути схваленим, впровадженим в охорону здоров'я і профінансованим державою. Якщо ж витрати перевищують 30 тис. фунтів стерлінгів, така імовірність дуже мала. Це ще раз підтверджує тезу про те, що якість має свою вартість і що вона повинна бути оптимальною й логічною.

Такий непростий для України шлях до якісної медицини неможливий без проведення клінічного аудиту в медичних закладах, який допоможе зрозуміти, наскільки реальна практика відрізняється від належної. А для управління якістю в медичних стандартах та клінічних протоколах потрібно закласти відповідні інструменти – критерії та індикатори якості на доказових засадах – і здійснювати їх моніторинг з подальшою оцінкою та вжиттям заходів для покращення.

У сучасному світі якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією системи охорони здоров'я і водночас визначальним критерієм її діяльності. У багатьох країнах прийняті та діють програми забезпечення якості медичної допомоги, що покладені в основу національної політики в галузі охорони здоров'я. Щодо контролю якості, то він передбачає оцінку структури процесу і результатів медичної допомоги, її організації, реалізації управлінських рішень, відповідності медичних працівників (у тому числі керівників закладів охорони здоров'я) кваліфікаційним вимогам,

забезпечення прав і безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги, а також вивчає їх задоволеність отриманими послугами.

Можна довго розповідати про те, як має працювати механізм контролю якості та як його вдосконалювати, однак в Україні, на жаль, він поки що не діє. Маємо у своєму розпорядженні єдиний Наказ МОЗ від 28.09.2012 р. № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», який регламентує це питання, однак він містить лише загальні підходи, акцентує увагу на діяльності клініко-експертних комісій і не передбачає превентивних заходів. Тобто контроль, який має бути постійним і спрямованим на підвищення якості медичної допомоги, у нас витіснено «пожежними» перевітками, коли в медичному закладі трапляється надзвичайна подія (смерть хворого чи скарга пацієнта). Системи управління якістю медичної допомоги в тому вигляді, як вона існує в розвинених країнах, ми не маємо. Тож її належить створити. Тоді можна буде визначити, наскільки якісно надана допомога пацієнтові в кожному випадку звернення до медичного закладу, побачити «вузькі місця», які не дають змоги досягти належного рівня, та підказати, в якому напрямі рухатися для покращення ситуації. Усе це – завдання фахівців, що проводять клінічний аудит.

Необхідно створити Національну агенцію контролю якості (за прикладом інших країн), яка була б незалежною, не підпорядкованою МОЗ, укомплектованою фаховими експертами з досвідом роботи в цьому напрямі. Такі агенції вже з'явилися навіть на пострадянському просторі, наприклад, у країнах Балтії, Білорусі, РФ. Якщо фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів менше 6 % від ВВП (а в Україні – менше 3 %), скільки не перекладай з однієї кишені в іншу, сума не зміниться, тому й умов, за яких можна досягти високої якості роботи медичних закладів, не буде. Якщо хтось на це й спромігся, то лише завдяки нелегальній співоплаті пацієнтів чи добровинців.

Важливо, щоб клінічний аудит проводився на рівні держави. На сьогодні його може ініціювати лише керівник окремого закладу. Рішення про

проведення клінічного аудиту на рівні закладу приймається нині лише добровільно, і здійснити його можна хіба що за методикою, розробленою в інших країнах. Клінічний аудит спроможні провести не тільки потужні клініки – це доступно і районним лікарням, і навіть центрам ПМСД (наприклад, предметом такого аудиту може бути виявлення причини звернення пацієнтів із занедбанними стадіями деяких видів раку тощо).

Задля створення повноцінної системи управління якістю медичної допомоги в Україні необхідно, насамперед, узагальнити досвід країн ЄС та адаптувати його найкращу практику. Потрібно проявити й певну гнучкість (не по суті, а за формою), враховуючи різні особливості (наприклад, це стосується амбулаторії чи групової практики лікарів-ФОП). Можливо, потрібні й пілотні проекти, адже у зв'язку з децентралізацією з'являється дуже багато регіональних ініціатив. Місцеві громади нині наділені широкими повноваженнями і можуть ухвалювати вагомі рішення, у тому числі й щодо контролю якості медичної допомоги. Однак без цілісної державної системи управління якістю це будуть тільки краплі.

*3. Підвищення доступності ліків.* Для поліпшення ситуації з фармакологічним забезпеченням населення ліками та лікарськими засобами заплановано ланцюг взаємопов'язаних заходів: перегляд Національного переліку життєво необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення з включенням до його складу доведено ефективних препаратів для лікування найбільш поширених захворювань; при розробці клінічних протоколів використання Національного переліку з широким запровадженням генетичних препаратів за умови відповідної перевірки їх біоеквівалентності та терапевтичної ефективності; поліпшення контролю якості медичних препаратів (боротьба з підробками); перегляд завищених зобов'язань, узятих на себе Україною при вступі до СОТ, щодо подачі заявки на реєстрацію генериків після закінчення дії патенту на оригінальний препарат після 5-річного періоду ексклюзивності, що суперечать *Volar provision* (за 2 роки до закінчення дії ексклюзивності оригінального

препарату); розробка та запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів; з метою раціоналізації споживання лікарських засобів більш широке запровадження рецептурного відпуску медикаментів при амбулаторному лікуванні; започаткування диференційованої системи відшкодування за рахунок державних коштів вартості лікарських засобів для населення, придбаних для амбулаторного лікування за рецептами або призначених для стаціонарного лікування. Одним із можливих джерел фінансування цього може бути використання надходжень від уведення ПДВ на менш важливі лікарські засоби, продаж яких є високорентабельним для фармвиробників. Також з метою більш ефективного контролю вартості лікарських засобів варто запровадити механізм референтних цін (пацієнт сплачує різницю між середньою ціною по класу ліків і ціною необхідного препарату), реімбурсації тощо.

*4. Запровадження соціального медичного страхування.* Спосіб фінансування охорони здоров'я є однією з ключових детермінант здоров'я і благополуччя населення. Одним із головних завдань систем охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку є забезпечення мобілізації ресурсів у такий спосіб, щоб гарантувати населенню справедливий доступ до основних медичних послуг і втручань.

Дані, узагальнені ВООЗ, свідчать про те, що єдиного правильного, найкращого підходу до фінансування системи охорони здоров'я не існує. Кожна країна розробляє та впроваджує свої поєднання механізмів збору та консолідації коштів відповідно до власних потреб, історичних, фінансових і демографічних умов, соціальних пріоритетів і переваг, що призводить до поступового стирання відмінностей між «моделями».

Для поліпшення ситуації з фінансуванням охорони здоров'я, що склалася в Україні, головним завданням є збільшення в загальному обсязі фінансування охорони здоров'я частки надходжень із суспільних джерел. Оскільки можливості істотного збільшення фінансування за рахунок бюджетних коштів обмежені, найбільш реалістичним підходом до реалізації

цього завдання є перехід від чинної бюджетної моделі фінансового забезпечення до моделі, що базується на обов'язковому соціальному медичному страхуванні (далі – СМС). Запровадження СМС у країні має розглядатися не лише як можливість збільшення обсягів коштів, що використовуються на цілі медичного обслуговування, але й, насамперед, як економічний каталізатор перетворень у системі охорони здоров'я.

Запропонована модель СМС з Єдиним державним страхувальником – Фондом медичного страхування – цілком відповідає контексту проблем у системі фінансування охорони здоров'я в Україні та пріоритетним напрямкам дій щодо їх вирішення. Така модель створює єдиний державний пул фінансових коштів для оплати медичної допомоги застрахованим на рівні всієї країни, а в його межах – єдині фінансові пули в масштабах кожного регіону. Це дасть можливість подолати існуючу фрагментарність пулів фінансових коштів та створити умови для поліпшення планування ресурсів в охороні здоров'я.

Створення єдиного фінансового пулу та єдиного страхувальника з територіальними відділеннями відкриває можливість вирівняти фінансові умови надання медичної допомоги, що гарантується державою, для громадян, які проживають у різних регіонах і різних типах населених пунктів. Введення інституту єдиного покупця на регіональному рівні створює передумови для підвищення ефективності використання ресурсного потенціалу територіальних систем охорони здоров'я. Контрактний розподіл коштів СМС, об'єднаних у єдиному фінансовому пулі на регіональному рівні, буде більш ефективним, ніж існуючий розподіл бюджетних коштів обласними, районними, міськими та селищними органами влади на утримання підвідомчих їм медичних закладів. Процес контракування (укладання договорів між відділеннями Фонду і закладами охорони здоров'я про надання медичної допомоги) може стати додатковим стимулом для реструктуризації мережі медичних установ, що є одним із пріоритетних завдань реформи охорони здоров'я.

Модель з Єдиним державним страхувальником може бути достатньо ефективною, особливо на початковому етапі запровадження соціального медичного страхування в країні. Вона є досить легко керованою і не потребує значних фінансових витрат для забезпечення її функціонування.

Успішність запровадження соціального медичного страхування в Україні значною мірою залежить від того, яким буде статус Фонду медичного страхування. Досвід країн Центральної та Східної Європи, узагальнений експертами Європейської обсерваторії систем охорони здоров'я, свідчить про те, що створення нових напівнезалежних агенцій, які виконують функції збору доходів та створення пулів для охорони здоров'я, можуть легко перейти під контроль наділених певними повноваженнями зацікавлених осіб, чиї мотиви можуть бути досить далекими від завдань поліпшення охорони здоров'я населення країни. Водночас низка інструментів забезпечення підзвітності, таких як моніторинг результатів діяльності, залучення громадськості, пряма довгострокова контрактація з медичними закладами та ринкова дисципліна, у цих країнах була відсутня, що призводило до втрати контролю з боку Міністерства охорони здоров'я та Міністерства фінансів за прийняттям ключових рішень. Експерти Європейської обсерваторії та ЄРБ ВООЗ рекомендують дотримуватися обережності при визначенні статусу фондів і виведенні їх з-під контролю уряду. Найбільш плавний і безболісний перехід від системи Семашка до страхової моделі досягався в тих країнах, де фонд був державною організацією або навіть спочатку входив до складу Міністерства охорони здоров'я. Тому для України, яка не має усталених традицій та достатнього досвіду функціонування такого роду систем, доцільно визначити статус Фонду медичного страхування як державного органу та встановити механізми його взаємодії з Міністерством охорони здоров'я.

В умовах фінансово-економічної кризи функціонування страхових моделей у різних країнах стикається з великими проблемами, що за своїми масштабами перевищують такі для бюджетних систем охорони здоров'я.

Загалом запропонована модель СМС орієнтована на подолання існуючої фрагментарності пулів фінансових коштів в охороні здоров'я, створює єдиного покупця медичної допомоги в кожній територіальній системі охорони здоров'я і тим самим забезпечує сприятливі передумови для підвищення реальної доступності та якості медичної допомоги населенню, підвищенню ефективності використання ресурсів.

Умови запровадження СМС в Україні: чітке визначення обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги, узгоджене та збалансоване з обсягами надходжень до системи СМС; перехід до страхової моделі буде потребувати або посилення податкового навантаження на працедавців, що може стримувати економічне зростання, або перерозподілу існуючих податкових потоків. При ухваленні рішення про створення СМС окремого розгляду в контексті політики стимулювання економічного зростання, податкової політики та політики зайнятості вимагає питання про можливість введення обов'язкових внесків на медичне страхування як додаток до існуючих податків і/або перерозподілу податкових потоків; забезпечення можливості поетапного введення СМС у регіонах для апробації та уточнення правил роботи нової системи.

*Управління змінами.* Для виконання запланованих реформ необхідно створити чітку систему управління перетвореннями: визначення стратегії і методичного її забезпечення загалом та за окремими напрямками покладається на Міністерство охорони здоров'я України; перевірка дієвості та ефективності запропонованих підходів планується на двох пілотних самодостатніх територіях з точки зору надання медичної допомоги, областях; перевірка результативності та ефективності запропонованої моделі, внесення коректив до неї за результатами апробації; широке запровадження апробованих підходів до реформування системи охорони здоров'я на всій території України з моніторингом процесів перетворень і результатів; проведення широкої роз'яснювальної роботи та інформування про мету, завдання, сутність та результати системних перетворень серед представників

центральных та місцевих органів влади, медичної спільноти, широких верств населення; залучення професійних медичних асоціацій, координаційних рад при органах управління охороною здоров'я, наглядових рад при медичних закладах до прийняття рішень щодо перетворень на відповідних рівнях; професійна підготовка керівників органів та закладів охорони здоров'я у сфері менеджменту відповідно до сучасних вимог.

Модернізація системи охорони здоров'я повинна проводитися поетапно.

I етап – підготовчий (2021–2024 рр.). Законодавче та нормативне забезпечення реформи – прийняття законів України: «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я», «Про запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування», «Про медичні заклади та медичне обслуговування населення», «Про Загальнодержавну програму розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини», «Про внесення змін до Бюджетного кодексу щодо об'єднання фінансових ресурсів для надання первинної медичної допомоги на районному/міському рівнях, вторинної допомоги на обласному рівні», постанови КМ України «Про фінансування з державного бюджету всіх медичних служб через Міністерство охорони здоров'я України».

Розробка органами місцевої влади всіх рівнів із залученням громадськості та за організаційно-методичної підтримки Міністерства охорони здоров'я планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення в медичній допомозі різних рівнів (первинній, вторинній, третинній), які включають: розвиток мережі амбулаторій загальної практики/сімейної медицини в сільській та міській місцевостях; оптимізацію мережі ФАПів; створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги; визначення меж госпітальних округів та перспективи функціональної диференціації існуючих медичних закладів вторинного рівня в лікарні інтенсивної допомоги, лікарні для проведення планового лікування, відновлювального лікування, хоспіси, лікарні для медико-соціальної допомоги; створення університетських клінік, а також



розробка та затвердження Міністерством охорони здоров'я: зразкових табелів оснащення для стаціонарних медичних закладів різних типів; зразкових форм договорів про закупівлю медичних послуг; механізму договірної оплати медичних послуг; клінічних рекомендацій та клінічних протоколів на види захворювань, визначені як найбільш пріоритетні; нових/переглянутих умов ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів та атестації медичного персоналу; порядку експертизи якості медичної допомоги; системи моніторингу медичної допомоги, результативності та ефективності реформування системи охорони здоров'я; механізмів мотивації медичного персоналу до підвищення якості медичної допомоги; положення про запровадження формулярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів.

Треба створити (з ініціативи Міністерства охорони здоров'я) незалежні структури (агенції) для оцінки відповідності медичних закладів ліцензійним та акредитаційним вимогам. Також варто запровадити реєстр пацієнтів, створити Фонд медичного страхування та його територіальні відділення, забезпечити їх устаткуванням та укомплектувати необхідними спеціалістами, здійснити апробацію запропонованих змін на двох пілотних регіонах.

II етап – 2025–2030 рр. – реформування системи охорони здоров'я:

- здійснення структурної реорганізації системи медичного обслуговування;
- перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг;
- запровадження нових форм фінансування медичних закладів;
- запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу;
- здійснення комплексу заходів щодо підвищення доступності ліків та забезпечення їх якості;
- завершення проведення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги;
- запровадження соціального медичного страхування.

У результаті проведеної комплексної модернізації передбачається

створення національної системи охорони здоров'я, інфраструктура якої буде відповідати потребам населення в медичній допомозі відповідних рівнів. Фінансування за рахунок коштів загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування забезпечить дієвий захист населення від фінансових ризиків, пов'язаних з отриманням медичної допомоги й медикаментозним забезпеченням. Закупівля медичних послуг Фондом медичного страхування та/або його відділеннями у постачальників медичних послуг на контрактних умовах із застосуванням сучасних ефективних методів фінансування медичних закладів забезпечить ефективний розподіл та використання ресурсів, дасть відповідні стимули для медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи. Стандартизація медичної допомоги в комплексі з іншими механізмами (системою безперервного поліпшення якості, ліцензуванням, акредитацією медичних закладів) створить умови для істотного підвищення якості медичної допомоги. Весь комплекс інституційних перетворень та змін щодо політики у сфері охорони здоров'я дасть змогу суттєво збільшити внесок системи охорони здоров'я в поліпшення здоров'я населення країни і в такий спосіб підвищити конкурентоспроможність країни загалом і благополуччя її громадян.

### **Висновки до розділу 1**

1. В Україні діє Програма державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги, що є основним механізмом, який реалізує одну з ключових функцій системи охорони здоров'я – надання медичної допомоги. Основна мета її полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки управління охороною здоров'я в частині забезпечення державних гарантій щодо отримання населенням безкоштовної медичної допомоги та реалізації основних галузевих пріоритетів у сфері фінансування, а також в наданні відповідним органам управління об'єктивної і своєчасної інформації про види й обсяги медичної

допомоги, її фінансування та відповідність державним вимогам, закладеним в нормативних показниках програми державних гарантій.

2. Під системою моніторингу у сфері державного управління медичним забезпеченням населення розуміється єдина (побудована з урахуванням ієрархії, на основі спільних принципів і методичних підходів) система поточного обліку, контролю, оцінки та причинно-наслідкового аналізу реалізації основних індикативних показників, що відображають реально існуючу, плановану (нормативну) і перспективну (в межах стратегічного планування) потребу населення в основних видах медичної допомоги, її ресурсну забезпеченість та соціальну ефективність, з пріоритетом видів, що найбільше впливають на рівень здоров'я населення та підвищення ефективності галузі.

3. Одним із головних інструментів реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я є державне програмування, що становить собою тривале цільове регулювання системи охорони здоров'я загалом або її окремих сфер. Державне програмування системи охорони здоров'я передбачає розробку та реалізацію відповідних цільових державних програм, що можуть поширюватись на територію всієї країни, окремі регіони, конкретні групи населення. У структурі програм розвитку охорони здоров'я необхідно виділяти такі головні розділи: характеристика медико-соціальної ситуації та постановка проблеми; головні цілі та завдання програми, етапи та строки її виконання; взаємопов'язана система програмних заходів; необхідні обсяги фінансових, матеріальних і трудових витрат та їх джерела; характеристика механізмів здійснення програми, включаючи систему стимулювання реалізації програмних заходів; аналіз валео-демографічних наслідків від реалізації програмних заходів; оцінка соціально-економічної ефективності запропонованих заходів.

4. Запропоновано удосконалення законодавчої бази підтримки системи охорони здоров'я в Україні, що включає: визначення на законодавчому рівні засад державної політики у сфері громадського здоров'я та прийняття закону

про систему громадського здоров'я; підготовку проєктів нормативно-правових актів, що регулюють питання у сфері громадського здоров'я, з метою забезпечення функціонування єдиної системи громадського здоров'я, оптимізації її регуляторної політики; удосконалення санітарних норм і правил з урахуванням міжнародної практики та сучасних соціально-економічних умов; адаптацію законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, зокрема перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції).

5. Головними напрямками перетворень у системі охорони здоров'я України визначено: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я; поліпшення якості медичного обслуговування; підвищення доступності ліків; введення соціального медичного страхування; запровадження професійного менеджменту; моніторинг та аналіз здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

6. Запропоновано створити систему моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням. При Міністерстві охорони здоров'я України запропоновано створити Центр моніторингу якості медичної допомоги. Основне його завдання полягатиме у визначенні якості та ефективності надання медичних послуг, медичної допомоги населенню лікарнями, поліклініками, амбулаторіями, визначенні основних проблем населення під час медичного обслуговування. Далі інформація має оброблятися Центром та його територіальними представництвами і передаватися до Міністерства охорони здоров'я України для прийняття відповідних управлінських рішень. Для цього необхідно створити на регіональному рівні при місцевих державних адміністраціях територіальні представництва цього Центру, які б співпрацювали з медичними закладами, громадянами певного регіону. Фінансуватися діяльність вказаного центру повинна повністю за рахунок коштів Міністерства охорони здоров'я України.

## РОЗДІЛ 2

### СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

#### **2.1. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я**

В ході дослідження встановлено, що в Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Це ускладнює стратегічне планування КРОЗ. Основний тягар захворюваності в нашій країні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, що зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій. Наразі максимальна кількість ресурсів зосереджена на рівні спеціалізованої допомоги. Розширення ролі первинної ланки медичної допомоги відповідає національній реформі первинної ланки в Україні. Крім того, національні концепції щодо екстреної допомоги, неінфекційних захворювань, психічного та громадського здоров'я покладають низку додаткових функціональних обов'язків на лікарів ЗПСМ, проте рівень відповідності їхніх знань та кваліфікації для виконання таких функціональних обов'язків не визначено. Якість медичної допомоги оцінюється нижче, ніж задоволеність медичним персоналом. І в межах амбулаторної, і стаціонарної допомоги основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу.

Дуже низьким є рівень довіри населення до професійної компетентності медперсоналу. Згідно з даними національних соціологічних досліджень (КМІС, СГ «Рейтинг»), у 2019 р. вперше за останні п'ять років зріс рівень задоволеності державними медичними послугами. Кожен п'ятий респондент вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася (раніше ж таку думку

висловлював кожен десятий). Рівень задоволеності медичними кадрами суттєво відрізняється за регіонами і спеціальностями. Проте у всіх регіонах задоволеність сімейними лікарями вища, ніж вузькопрофільними спеціалістами.

Щодо освіти та професійного навчання, то кількість громадян України, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями, упродовж тривалого часу є сталою. Певне скорочення набору абітурієнтів внаслідок підвищення вимог до їхньої підготовки має місце з 2018 р., але воно не є критичним для системи охорони здоров'я. На сьогодні ліцензійні умови провадження освітньої діяльності не ставлять специфічних вимог до медичних ЗВО, що дає можливість останнім здійснювати підготовку лікарів, не маючи відповідної потужної клінічної бази.

Щороку зростає частка іноземних студентів, які здобувають вищу медичну освіту за лікарськими спеціальностями. У 2018 р. загальна кількість вступників-іноземців на основні медичні спеціальності («Стоматологія» та «Медицина») вперше перевищила кількість вступників-громадян України. Зростання кількості іноземних студентів може бути ризиком щодо якості підготовки та джерелом конфлікту інтересів. ЗВО мають потужну фінансову мотивацію зберігати контингент таких студентів, оскільки розмір плати за навчання для іноземних студентів у 3–5 разів вищий за вартість навчання за контрактом для громадян України. Студенти спеціальностей «Медицина», «Стоматологія» та «Фармація» бюджетної форми навчання-громадяни України майже всі складають ліцензійний іспит. Відзначається нижчий рівень успішності серед студентів контрактної форми навчання – громадян України та іноземних студентів, особливо тих, які навчалися за російськомовними програмами.

Найчастіше медичні сестри здобувають освіту рівня молодшого спеціаліста в медичних училищах та коледжах і далі не продовжують навчання. Наразі вища освіта (рівні бакалавра і магістра) не є офіційною вимогою для працевлаштування на посаду медичної сестри. Водночас в

Україні поширюються програми підготовки медичних сестер рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра). Основними прогалинами в підготовці медичних сестер є: відсутність політики відбору на спеціальність «Медсестринство» (наприклад, встановлення порогового бала для вступу); коротка тривалість практичної підготовки; обмежена можливість відпрацьовувати необхідні навички безпосередньо під час практики; підготовка бакалаврів і магістрів медсестринства орієнтована на підготовку фахівців до виконання управлінських функцій у закладах охорони здоров'я, а не на розширення клінічного функціоналу медичних сестер.

Не передбачено проходження курсів спеціалізації для випускників освітнього ступеня молодшого спеціаліста при працевлаштуванні у спеціалізовані і високоспеціалізовані служби закладів охорони здоров'я. Для випускників освітніх ступенів бакалавра і магістра не передбачено проходження спеціалізацій.

Основні виклики професійного розвитку українських лікарів: процедура вступу до інтернатури є досить бюрократизованою, непрозорою та неефективною щодо мотивації кадрів; клінічна ординатура має бути трансформована в лікарську резидентуру, проте нормативна база для початку функціонування резидентури ще не готова; нова система безперервного професійного розвитку (щорічний набір балів за рахунок формальної чи інформальної освіти) не має гарантованого фінансування, витрати покладаються на лікарів; відсутні вимоги до провайдерів та змісту навчальних програм, а також не сформовано систему запобігання фальсифікаціям при проходженні заходів професійного розвитку. Відсутній окремий порядок безперервного професійного розвитку для управлінців у закладах охорони здоров'я, якщо вони за фахом не є лікарями.

У закладах охорони здоров'я, які реорганізовано в комунальні некомерційні підприємства у межах медичної реформи, замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного

договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів.

Щодо ефективності використання кадрових ресурсів системи охорони здоров'я, то неефективне їх використання та нераціональне робоче навантаження є наслідком таких чинників, як: недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значні витрати часу на заповнення медичної документації та дублювання форм звітності.

У закладах охорони здоров'я бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним (аналізуються таблиці обліку робочого часу). Наявність хронометражу складових робочого часу окремих категорій медичних працівників у межах закладу охорони здоров'я сьогодні, скоріше, є винятком, ніж звичною практикою для менеджменту робочого навантаження та оптимізації використання кадрових ресурсів.

Відсутнє планування тривалості часу амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту. В закладах охорони здоров'я, які мають електронну чергу, поширена практика стандартної тривалості консультації (15 хвилин для пацієнта). Перерозподіл обов'язків між персоналом обмежений, існує неформальна практика у спеціалізованих закладах охорони здоров'я. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, його ставлення до передачі функціональних обов'язків неоднозначне, оскільки існують побоювання щодо втрати частини заробітної плати при передачі функціоналу або відсутності фінансових стимулів за виконання додаткових функцій.

ВООЗ визначає кадрові ресурси системи охорони здоров'я як «усіх людей, залучених до роботи, основна мета якої – зміцнення здоров'я». Кадрові ресурси системи охорони здоров'я включають лікарів, медичних сестер, акушерів, стоматологів, суміжних медичних працівників, немедичних працівників, таких як психологи чи соціальні працівники, а також персонал з управління та підтримки охорони здоров'я – тих, хто може не надавати



послуги безпосередньо, але є необхідним для ефективного функціонування системи охорони здоров'я, включаючи керівників, статистиків, техніків, економістів тощо. У цьому ситуаційному аналізі розглянуто ключові групи кадрових ресурсів – лікарів та середній медичний персонал, зокрема медичних сестер, акушерів і фельдшерів. Окремий розділ присвячено поточній ситуації та перспективам залучення соціальних працівників до роботи в закладах охорони здоров'я.

Зважаючи на те, що в країні більшість закладів охорони здоров'я належать до бюджетного сектору, оцінка орієнтована, насамперед, на них, включаючи ті, що пройшли реорганізацію в комунальне неприбуткове підприємство. Аналіз діяльності приватних закладів охорони здоров'я наводиться для ілюстрації інноваційних практик управління кадровими ресурсами, які також можуть застосовуватися в закладах охорони здоров'я бюджетного сектору.

В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Дослідження методів управління кадровими ресурсами системи охорони здоров'я показало, що в закладах охорони здоров'я, які реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство у межах медичної реформи, замість нормативного підходу відповідно до Єдиної тарифної сітки впроваджується договірна система оплати праці персоналу та посилюється роль колективного договору, яким визначаються форми і системи оплати праці, норми праці, розміри фінансових і нефінансових стимулів.

Адміністративні методи управління КРОЗ закріплено у статуті закладів охорони здоров'я, положенні про заклад охорони здоров'я та його структурні підрозділи, посадових інструкціях персоналу закладу охорони здоров'я і правилах внутрішнього трудового розпорядку. З 2019 р. вперше розмежовано повноваження та відповідальність щодо управління в закладах охорони здоров'я: управління адміністративно-господарськими питаннями покладається на директора, керівництво процесом надання якісної медичної

допомоги здійснює медичний директор. Практика стратегічного планування в закладах охорони здоров'я лише починає запроваджуватися.

У посадових інструкціях формально відображено питання кваліфікаційних вимог і компетенцій медичних працівників (використовуються типові інструкції). Нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер. Перелік обов'язків окремих працівників може бути розширено за рахунок делегування їм завдань, передбачених для різних груп посад, рівних за складністю, виконання яких не потребує іншої спеціальності чи кваліфікації. У закладах охорони здоров'я не практикується регулярна формалізована оцінка соціально-психологічного стану медичного персоналу, оцінка мотивації персоналу.

Чинне нормативне регулювання закладів охорони здоров'я бюджетного сектору, які не пройшли реорганізацію в комунальне некомерційне підприємство, не дає можливості здійснювати планування та раціоналізацію кадрових ресурсів системи охорони здоров'я. Керівники таких закладів охорони здоров'я можуть змінювати штатний розпис закладу лише в межах кошторисних призначень статті оплати праці та нарахувань. З огляду на те, що планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я є обмеженим, а плінність кадрів – низькою, у бюджетному секторі реальний ринок медичних кадрів відсутній. Конкурс на посаду є формальним, ключова вимога – номінальна відповідність Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників та типовим посадовим інструкціям, а не наявність реальних компетенцій. Успішний рекрутинг переважно відбувається через знайомих та колег, а не формалізовані джерела (центри зайнятості, рекрутингові служби, публікацію оголошень тощо).

Аналіз раціонального використання кадрових ресурсів засвідчив його неефективне використання. Нераціональне робоче навантаження є наслідком таких чинників як недотримання пацієнтами алгоритму переадресації між різними рівнями медичної допомоги, значні витрати часу на заповнення

медичної документації та дублювання форм звітності. В закладах охорони здоров'я бюджетного сектору аналіз робочого навантаження зазвичай відсутній або є номінальним (аналізуються таблиці обліку робочого часу). Наявність хронометражу складових робочого часу окремих категорій медичних працівників у межах закладу охорони здоров'я сьогодні, скоріше, є винятком, ніж звичною практикою для менеджменту робочого навантаження та оптимізації використання кадрових ресурсів. Відсутнє планування тривалості часу амбулаторної консультації залежно від очікуваної мети візиту. В закладах охорони здоров'я, які мають електронну чергу, поширена практика стандартної тривалості консультації (15 хвилин для пацієнта). Перерозподіл обов'язків між персоналом є обмеженим, існує неформальна практика у спеціалізованих закладах охорони здоров'я. Хоча готовність медичного персоналу до опанування нових компетенцій є високою, ставлення персоналу до передачі функціональних обов'язків неоднозначне, оскільки існують побоювання щодо втрати частини заробітної плати при передачі функціоналу або відсутності фінансових стимулів за виконання додаткових функцій.

Щодо використання сучасних інформаційних технологій, то під час дослідження було встановлено, що в Україні законодавча база відносно інформаційних та комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я існує багато років, проте фактичний стан запровадження таких технологій у роботу медичних працівників досі є низьким через недостатній рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я. У ході реформи системи охорони здоров'я покращилася ситуація щодо комп'ютеризації закладів охорони здоров'я первинної ланки (близько 97 % робочих місць лікарів первинної ланки забезпечені комп'ютерами/ноутбуками з виходом в Інтернет). Проте відсутні дані про рівень знань і навичок медичних працівників щодо користування комп'ютером та основними програмами.

Інформаційне забезпечення системи охорони здоров'я перебуває у процесі трансформації: у 2018 р. за підтримки Проекту USAID «Реформа

ВІЛ-послуг у дії» на національному рівні розроблено новий модуль інформаційної системи, який планується інтегрувати в загальнонаціональну інформаційну систему eHealth. Інформаційна система забезпечення кадровими ресурсами має нижчий пріоритет порівняно з іншими модулями, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо), і це може вплинути на строки запуску оновленої системи КРІС.

Система агрегації даних про кадрові ресурси охорони здоров'я в Реєстрі була недосконалою. Хоча всі заклади охорони здоров'я використовують однакову програму для обліку кадрів («Облік медичних кадрів України»), агрегація даних не відбувається автоматично і має складну логістику. Це створює додаткове навантаження та негативно впливає на якість даних. Співробітники відділів кадрів закладів охорони здоров'я, що працюють з МІС «Облік медичних кадрів України», не мають можливості адаптувати інформаційну систему до потреб закладу, наприклад, формувати звіти чи накази, які не є частиною національної звітності, проте важливі для внутрішнього менеджменту кадрів. Це призводить до використання різних форм регіональної і національної статистичної звітності, яка застосовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами. Тому оперують лише мінімальним набором індикаторів серед тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання і задоволеності, ефективності роботи й навчання упродовж життя. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю та віком, а також у розрізі міських/сільських територій. Відсутній єдиний електронний реєстр медичних кадрів.

За результатами аналізу нормативного регулювання діяльності професійних медичних асоціацій в Україні можна стверджувати, що більшість функцій, які могли б виконувати представники професійної спільноти, перебувають на початковій стадії розвитку, а нормативна база

потребує оновлення. При розробці відповідної політики МОЗ за перерахованими в аналізі напрямками необхідно посилити роль професійних медичних асоціацій для забезпечення балансу і зменшення надмірного впливу державних інституцій. За відсутності прямих норм у наказах МОЗ щодо залучення професійних асоціацій до атестації лікарів, їхня участь у процесі допуску до медичної практики є мінімальною.

В Україні припинення права на медичну діяльність перебуває не стільки у професійній площині діяльності лікарів, скільки у сфері трудових відносин та регулюється шляхом дисциплінарного впливу. Наявні нормативні обмеження щодо дисциплінарного впливу на медичних працівників загалом та процесуальні обмеження участі професійних медичних асоціацій у роботі КЕК зумовлюють те, що реалізація професійною спільнотою функції дисциплінарного впливу є нині досить обмеженою.

Закон «Про громадські об'єднання» дає можливість професійним медичним організаціям виконувати представницькі функції, проте на практиці їх роль у цій сфері має формальний характер. Велика кількість професійних асоціацій призводить до того, що в умовах відсутності центрального реєстру медичних працівників вони не можуть реалізовувати представницькі функції. Чинна нормативна база передбачає широкі можливості для професійних медичних асоціацій у розробці політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях. Передумовами такої діяльності є активна позиція професійної спільноти і наявність необхідних навичок адвокації. Проте нормативні документи не передбачають залучення професійних медичних асоціацій до розробки і затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Нормативне регулювання питань формування позитивного іміджу певної медичної професії, просування її цінностей надає професійним медичним асоціаціям дуже широкі можливості. Їх участь у безперервному професійному розвитку передбачена лише для освітньої діяльності – як провайдерів освітніх послуг. Професійні медичні асоціації в Україні мають

можливості проведення досліджень і вироблення знань у своїй професії. Роботу щодо агрегації знань і доступ до таких інформаційних ресурсів нормативно визначено як складові товарних відносин, тому вони можуть бути джерелами доходів професійних асоціацій. Враховуючи відсутність нормативних документів щодо процедури застосування дисциплінарних стягнень за порушення етичних норм професії, можливість участі українських професійних медичних асоціацій у розробці й підтриманні етичних стандартів залишається досить сумнівною.

Сучасна система охорони здоров'я перебуває у кризовому стані, що наочно підтверджується медико-демографічними показниками. Вона погано пристосована для того, щоб за нинішніх умов соціально-економічного розвитку країни належним чином реагувати на потреби населення. За роки незалежності ця чи не найважливіша складова сфери соціального захисту набула спонтанної деформації без належної адаптації до сучасних вимог та суспільних потреб. Не викликає сумніву те, що система охорони здоров'я в її сучасному стані потребує негайного реформування, точніше – заміни новою системою, яка була б здатна забезпечити належний рівень медичного обслуговування населення відповідно до вимог сьогодення.

Для визначення напрямів реформування системи охорони здоров'я має бути проведений аналіз стану сфери охорони здоров'я в Україні за часи незалежності. Основним чинником його погіршення вважаємо відсутність упродовж цього періоду дієвих кроків щодо адаптації системи до ринкових умов.

Система Семашка будувалась на таких принципах: загальнодоступність безкоштовного медичного обслуговування, профілактика соціально значущих захворювань, якісне медичне обслуговування, тісна взаємодія медичної науки і практики та єдність пропаганди здорового способу життя, лікування та реабілітації. В результаті було створено цілісну систему загальнодоступного безкоштовного медичного обслуговування, основними рисами якої були: домінантна роль

держави як у забезпеченні соціальних гарантій, так і в управлінні діяльністю охорони здоров'я; пріоритетність заходів щодо заохочення народжуваності й забезпечення здоров'я матері і дитини; профілактична спрямованість медичної політики, тобто запровадження регулярних медичних оглядів серед дітей і трудящих (обов'язкова диспансеризація, санаторії й оздоровчі центри були добре обладнані і вважалися неодмінною частиною медичного обслуговування); гарантований доступ всього населення до медичної допомоги (платними були лише ліки, отримані поза лікарнею); збалансована система лікування, профілактики, реабілітації і санітарно-епідеміологічного нагляду; добре розвинена, чітко структурована система санітарно-епідеміологічної служби, спрямованої на боротьбу з інфекціями, професійними захворюваннями та хворобами, пов'язаними з екологічними проблемами (для медичного обслуговування робочих при промислових підприємствах створювали медико-санітарні частини); сформована, добре розвинена на всіх рівнях інфраструктура галузі; налагоджена система кадрового забезпечення.

Між іншим, зазначена система виявилася непридатною для використання в умовах зміни економічної моделі суспільства та розвитку ринкової економіки. Крім того, незважаючи на безумовні переваги, які можливі лише за належного фінансування галузі та в умовах адміністративно-командної системи, ця модель від самого початку мала низку вад, які без адаптації до зміни ринково-економічної ситуації в країні суттєво загострились, а саме:

1) відсутність реакції на зміну економічної ситуації в країні. Незважаючи на поступ ринкових реформ в Україні, у сфері охорони здоров'я продовжував використовуватися командно-адміністративний підхід до управління без можливості гнучкого прийняття управлінських рішень на місцях залежно від потреб громади, який полягає в такому: низька самостійність медичних закладів щодо прийняття управлінських і фінансових рішень; фактично відсутній вплив громадськості (як професійного

самоврядування, так і громадськості загалом) на вироблення і прийняття політичних та управлінських рішень щодо забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я; відсутність чіткого розмежування між платником та постачальником медичних послуг і відсутність договірних відносин між ними; неефективність політики децентралізації (відсутність чіткого розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування).

Держава не спроможна фінансово підтримувати систему охорони здоров'я у повному обсязі, а механізми компенсації та формування фінансових пулів не були розроблені ані в державі загалом, ані на місцях. Крім того, на початку існування незалежної України не було ані єдиної нормативної бази, ані достатнього кадрового забезпечення для децентралізованого розвитку системи охорони здоров'я.

2) Недоліки кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Наразі триває використання архаїчної системи планування потреб галузі охорони здоров'я у кадрових ресурсах, виходячи з жорстких штатних нормативів. Має місце диспропорція кадрової структури лікарського корпусу, яка проявляється в надмірній спеціалізації лікарів з одночасним браком спеціалістів первинної ланки. Особливо гострі ці проблеми в сільській місцевості.

Також значну роль відіграє відсутність компенсаторних механізмів при реалізації держзамовлення на підготовку спеціалістів. У країні існує система замовлення на підготовку медичних кадрів за рахунок держави. Проте на практиці ситуація складається так, що більшість фахівців, які були підготовлені за державні кошти для, наприклад, первинної ланки, працюють на вторинній, або в приватному секторі. Варто зазначити також, що низька оплата праці та соціального захисту медичних працівників спонукає останніх до заохочення тіньової оплати пацієнтами послуг медичного персоналу.

3) Диспропорційність у фінансово-організаційній структурі системи охорони здоров'я, яка проявляється в такому:



– відбувається зміщення акценту з первинної на вторинну та третинну ланки;

– розподіл коштів між медичними закладами здійснюється залежно від ресурсних показників (кількість ліжок, кількість штатних посад тощо), що зумовлює екстенсивний розвиток цих закладів – орієнтацію на кількість, а не на якість;

– кошторисне фінансування медичних закладів призводить до відсутності мотивації їхнього керівництва до покращення якості діяльності та ефективного використання фінансів;

– недостатнє фінансування системи охорони здоров'я та системна корупція в країні призвели до розбалансованості системи лікування, профілактики, реабілітації та санітарно-епідеміологічного нагляду;

– комерціалізація підприємств разом з відсутністю ефективних механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я призвела, особливо на початку становлення незалежної України, до руйнації системи профілактики професійних захворювань та захворювань, пов'язаних з екологічними проблемами.

4) Деформація фармацевтичного сектору. Залежність української фармацевтичної галузі від імпорту сировини призвела до різкого спаду виробництва нашої фармацевтичної продукції і тим самим – до руйнації системи гарантованого забезпечення ліками, навіть у стаціонарах. Зазначимо також, що комерціалізація фармацевтичної галузі разом з недосконалими нормативно-правовими механізмами державного регулювання стала стимулом до закриття переважної більшості державних та комунальних аптек, насамперед – відділів внутрішньоаптечного виготовлення ліків.

Проаналізуємо наслідки негативних тенденцій у сфері охорони здоров'я в Україні. Задекларовані в основі пострадянської системи принципи з часом втратили економічно обґрунтовані механізми їхнього забезпечення. Це призвело до розбалансованості фінансово-економічних, організаційних, нормативно-правових та профілактичних механізмів функціонування

системи.

### Фінансово-економічні механізми

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій фінансово-економічних механізмів функціонування СОЗ спричинила такі наслідки:

*1. Нестача ресурсного забезпечення*, зокрема низька частка витрат на охорону здоров'я відносно валового внутрішнього продукту (ВВП) України. Вона за останні п'ять років коливається в межах 3 %. Але варто наголосити, що цей показник має досить відносний характер, оскільки стосується суто державних видатків. Адже, як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5 % ВВП (як і в деяких країнах Східної та Центральної Європи). Характерною особливістю України при цьому є співвідношення перевищення недержавних джерел фінансування над державними.

Недоліки ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні передусім полягають у такому:

- бюджетне фінансування йде на утримання інфраструктури і не залежить від обсягу та якості наданих послуг;
- досить незначні державні видатки на виконання державних (регіональних) програм є розпороченими, тому – неефективними;
- суперечливість статистичних даних і складність обліку неофіційних витрат на потреби сфери охорони здоров'я ускладнюють процес розрахунку та планування видатків держави.

Вади механізмів державного фінансування сфери охорони здоров'я – це, зокрема: неефективність ресурсного забезпечення галузі; збільшення бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я в основному було пов'язане з необхідністю підвищення заробітної плати медичним працівникам та індексом інфляції; об'єктивного покращення забезпечення галузі не відбувається.

Рівень заробітних плат у медичній галузі залишається одним із найнижчих. Тож ані медичні працівники, ані пацієнти не відчувають

збільшення видатків на сферу охорони здоров'я. Основною причиною, на нашу думку, є те, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я, маючи статус «бюджетних установ», згідно з вимогами Бюджетного кодексу України, фінансуються за єдиним можливим для цих установ методом постатейного кошторису. Відповідно, керівники таких лікарень не мають права самостійно оперативного перерозподіляти надані їм для використання кошти між різними напрямками витрат залежно від пріоритетних потреб конкретної лікарні (що у свою чергу повинні відповідати конкретним потребам громади, яка обслуговується лікарнею).

Будь-яка зміна кошторису вимагає прийняття рішення відповідною місцевою радою та дозволу місцевих фінансових органів. Висока частка неформальних платежів (хабарів) за надання офіційно безкоштовної допомоги в державних/комунальних закладах охорони здоров'я. Відсутність технології розрахунку собівартості медичної послуги в державних та комунальних медичних закладах різного рівня (первинного, вторинного, третинного) разом із законодавчою неможливістю (Ст. 49 Конституції України) розробки стандартів мінімального, гарантованого державою обсягу медичної допомоги ускладнює планування економічно обґрунтованого розміру бюджетного фінансування державних медичних закладів, а також процес державного контролю за використанням матеріальних, трудових та грошових ресурсів. Мають місце дублювання фінансування з бюджетів різних рівнів, фрагментація коштів, що виділяються на охорону здоров'я (за рахунок існування відомчої медицини), а механізми інтеграції майже не діють. Формування кошторису медичних закладів відбувається залежно від потужності медичного закладу (кількості ліжок і медичного персоналу), а не від реальних потреб населення в медичній допомозі, що призводить до екстенсивного розвитку галузі. Переважна частка державного фінансування йде на фінансування лікарень, при цьому 80–90 % з них спрямовуються на оплату праці персоналу та комунальні послуги.

Незважаючи на збільшення в останні роки бюджетного фінансування

сфери охорони здоров'я, його розмір у вимірі на особу залишається дуже низьким, що зумовлює зростання частки особистих витрат населення (як офіційних, так і неофіційних) та заміщення безоплатної медичної допомоги платною.

*2. Висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками.* Наслідком вищезазначеного є те, що частина населення України не в змозі придбати необхідні ліки через їх високу вартість. Лише 4–5 % витрат, необхідних для медикаментозного забезпечення сфери охорони здоров'я, покривається за рахунок бюджету – всі інші витрати покладаються на пацієнтів. Навіть в умовах стаціонарного лікування переважну частку (понад 80 %) вартості ліків сплачують пацієнти, тоді як третина загальних витрат системи охорони здоров'я спрямовується саме на медикаментозне забезпечення.

Необхідність придбання населенням ліків за власні кошти зумовила появу агресивної реклами, яка, разом з недосконалістю механізмів регулювання та контролю відпуску лікарських засобів (рецептурна форма), сприяє:

- «просуванню» фармацевтичними працівниками більш дорогих (переважно імпорتنих) ліків. При цьому частка генеричних (дешевших) лікарських засобів українського виробництва становить в середньому лише 16 %;

- самолікуванню та необґрунтованому й неконтрольованому використанню лікарських засобів: згідно з даними статистики, першість щодо захворюваності в Україні належить хворобам серцево-судинної системи, а за обсягом реалізації лікарських засобів на першому місці перебувають найбільш розрекламовані препарати, що використовуються при патології шлунково-кишкового тракту.

Недосконалість існуючої системи закупівлі лікарських та діагностичних засобів призводить до того, що досить часто тендерна закупівля відбувається за завищеними цінами і з запізненнями (особливо

гострим є це питання щодо життєзабезпечувальних ліків, стосовно яких передбачено Державні цільові програми). Так, наприклад, попри наявність Державної цільової програми «Цукровий діабет», своєчасного і в повному обсязі забезпечення хворих інсуліном та реактивами не відбувається. Подібна ситуація складається і з препаратами для хворих на гемофілію, ВІЛ/СНІД.

*3. Недоліки соціально-економічного забезпечення медичних працівників в Україні.* Попри збільшення питомої ваги видатків на оплату праці медичних працівників у загальних видатках, зростання середньої заробітної плати в охороні здоров'я залишається вкрай низьким. Низька оплата праці медичних працівників, відповідно, негативно впливає і на їхній соціальний захист (пенсійне забезпечення, соціальний захист на випадок профзахворювань тощо). Надзвичайно актуальною для медичних працівників є проблема безпеки на робочому місці, адже рівень профзахворювань серед медиків досить високий (за останні роки, наприклад, лише на туберкульоз захворіли 150 працівників, на вірусний гепатит – понад 50). Фінансування заходів щодо охорони праці, що передбачене законодавством для медичної галузі і має становити не менше 0,2 % фонду заробітної плати, здійснюється, але при фактичних розрахунках, зважаючи на розмір самого фонду заробітної плати в охороні здоров'я. Переважна більшість страхових випадків залишаються проблемою самого постраждалого. Компенсація за рахунок платежів населення низької заробітної плати медичних працівників створює високий рівень корупції та неформальних платежів у системі охорони здоров'я.

Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій організаційно-управлінських механізмів системи охорони здоров'я призвела до таких наслідків:

- недосконалість структурно-організаційної системи охорони здоров'я. В Україні, окрім системи охорони здоров'я, що перебуває у віданні Міністерства охорони здоров'я України, існує низка паралельних медичних

служб міністерств та відомств, на фінансування яких витрачається 42,3 % видатків на охорону здоров'я з державного бюджету. Наявність відомчих систем охорони здоров'я також обертається підтримкою дублюючих потужностей медичних установ і, відповідно, неефективним використанням державних коштів, що виділяються на охорону здоров'я.

Наслідком вищезазначеного є те, що, згідно з даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств, у 2019 р. майже кожне друге (у 2008 р. – майже кожне п'яте) домогосподарство, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, повідомило про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Майже всі такі домогосподарства вказали, що вимушена відмова від належного лікування викликана занадто високою його вартістю.

- Нераціональне використання наявних ресурсів, зокрема:

- дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги. Таке дублювання проявляється в концентрації високоспеціалізованих медичних установ на певній адміністративній території. Це, з одного боку, створює регіональну диспропорцію медичного забезпечення, а з іншого – призводить до неефективного використання потужностей медичних ресурсів на обмеженій території;

- відсутність системи маршруту пацієнта від лікаря первинної ланки (лікаря-терапевта, педіатра, сімейного лікаря). Пацієнти зазвичай самостійно звертаються безпосередньо до лікарів-спеціалістів, що, з одного боку, створює умови для зловживань у медичній галузі, а з іншого – надмірний, переважно не обґрунтований попит на спеціалізовану (більш витратну) медичну допомогу та госпіталізацію. Так, згідно з даними фахівців, від 30 до 50 % пацієнтів в Україні госпіталізується необґрунтовано;

- відсутність чітких механізмів контролю та підзвітності. Це призводить до непрозорих тендерних закупівель, нераціонального розподілу й використання придбаного обладнання. Так, наприклад, згідно з даними Рахункової палати, 12 % придбаного обладнання для надання екстреної

допомоги місцеві органи охорони здоров'я передали до однопрофільних лікарень, які не забезпечують надання екстреної медичної допомоги;

- відсутність системи чіткого розподілу первинної і вторинної ланок медичної допомоги. Так, кількість стаціонарів в Україні більше ніж удвічі перевищує аналогічний показник країн Європи, що призводить до розпорошення ресурсів та низької якості медичних послуг. Частка малопотужних лікарень до 50 ліжок у загальній кількості всіх лікарень становить 12 %. Загальна забезпеченість ліжками на 10 000 населення (незважаючи на те, що в Україні відбулося скорочення ліжкового фонду майже на третину) залишається досить високою – 9,73 (дані Держстату), що в 1,7 разу перевищує аналогічні показники в країнах ЄС та в 1,4 разу – в європейському регіоні, в той час як лише 27 % спеціалістів – фахівці первинної ланки.

- Низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я, зокрема:

- диспропорція в забезпеченні якісними послугами з охорони здоров'я сільського і міського населення України. Згідно з даними соціологічних досліджень, у трьох із семи домогосподарств, у яких хто-небудь із членів потребував медичної допомоги, не отримали її (у 84 % випадків – через високу вартість послуг, у 9 % – через відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – 17 %)). Варто зазначити, що перші кроки реформування, а саме оптимізація закладів охорони здоров'я, лише поглибили цю проблему. Якщо раніше в сільській місцевості діяли ФАПи, то на сьогодні більшість з них ліквідовано, а географічна віддаленість деяких населених пунктів разом з відсутністю доріг і транспортного зв'язку взагалі залишає певну частину населення України без медичної допомоги;

- відсутність безпосереднього зв'язку, заснованого на принципах постатейного кошторису фінансування громадських медичних закладів, з обсягами та якістю наданих послуг.

- Низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема:

- відсутність зацікавленості дільничних лікарів, праця яких оплачується по ставках і не залежить від якості їх роботи та обсягу наданих послуг, у підвищенні своєї кваліфікації;

- негативний кадровий баланс: старіння працівників галузі, низька якість підготовки медичних кадрів, недостатній приплив у медицину кваліфікованих молодих спеціалістів.

За останні 20 років в охороні здоров'я України спостерігається тенденція щорічного скорочення кількості ліжок у медичних закладах, до яких, згідно з чинним законодавством, безпосередньо прив'язана кількість ставок медичних працівників, а отже й кількість зайнятих у галузі медиків. У той же час збільшується кількість лікарів, які випускаються вищими медичними навчальними закладами. Підготовка лікарів та середнього медичного персоналу в Україні – прерогатива держави, яка повинна була б суворо регламентувати процес підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я і регулювати кількість відповідних спеціалістів для задоволення потреб у них всієї мережі охорони здоров'я. Між іншим, значна кількість випускників медичних вузів змушені працювати поза медициною. Виникає сумнів щодо спроможності держави регулювати кадрову політику галузі.

Правовідносини у сфері охорони здоров'я регламентуються і регулюються досить великою законодавчою базою, а саме: Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, нормативними наказами Міністерства охорони здоров'я України, які реєструються в Міністерстві юстиції України, а також національними і державними, комплексними і цільовими програмами щодо актуальних проблем охорони здоров'я, затвердженими указами Президента України або постановами Кабінету Міністрів України. При цьому в країні відсутнє законодавче забезпечення захищеності прав пацієнтів та медичних працівників.



Таблиця 2.1

**Ступінь виконання основних законодавчих актів, що регламентують діяльність СОЗ**

Законодавчий акт	Задекларовані положення	Стан виконання
Конституція України	Ст. 49. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-соціальних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.	Виконується частково
Закон України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я»	Ст. 7. Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я шляхом надання гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України. Ст. 12. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше 10 % національного доходу. Ст. 18. Кошти Державного бюджету України, ... використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня медико-санітарної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Ст. 19. Забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в галузі матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінкових, митних та інших пільг і регуляторів.	Виконується частково
Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 р.	Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного і наступного їх розрахунку за надання такої допомоги. Словосполучення «безоплатність медичної допомоги» означає неможливість стягування з громадян плати за таку допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків.	Не виконується

Нечіткою та неузгодженою є нормативно-правова база, що визначає та регулює механізми фінансування СОЗ, зокрема немає законодавчо закріпленого базового пакета медичної допомоги, надання якого держава гарантує всім своїм громадянам безоплатно, тобто за рахунок державних та місцевих бюджетів. Це призводить до законодавчих колізій і проблем, що виникають на практиці, коли норми різних актів, що регламентують охорону

здоров'я, суперечать одна одній.

Основними чинниками вищенаведеного є: нестача спеціалістів, які б мали необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині; неконсолідованість діяльності представників правової і медичної науки; недостатнє врахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я та неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я. При цьому варто зазначити, що аналіз поточних заходів Уряду України, Міністерства охорони здоров'я України щодо забезпечення реформування системи охорони здоров'я свідчать про здійснення низки позитивних змін. Зокрема було прийнято такі законодавчі та нормативні акти:

- нова редакція Бюджетного кодексу України, де враховано питання, пов'язані з оптимізацією медичних закладів (зокрема, внесено зміни до ст. 88 та 89 Бюджетного кодексу України, відповідно до яких фінансування дільничних лікарень, медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктів перенесено на видатки, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського, Автономної Республіки Крим і обласного значення);

- Закон України «Про державно-приватне партнерство» № 2404-17 від 01.07.2010 р., який законодавчо забезпечив можливість партнерства держави та приватного інвестора, в тому числі й у сфері охорони здоров'я;

- методичні рекомендації щодо реалізації положень нової редакції Бюджетного кодексу України в частині фінансування первинної медико-санітарної допомоги, розроблені Міністерством фінансів України;

- Постанова Кабінету Міністрів України «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз»;

- закони України: «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI та «Про порядок проведення

реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-УІ.

Загалом же задекларовані в національному законодавстві України принципи правового регулювання діяльності сфери охорони здоров'я переважно відповідають нормам міжнародного права та міжнародних рекомендацій. Головною проблемою залишається неналежне дотримання законодавства органами виконавчої влади та іншими суб'єктами правовідносин.

Недосконалість української сфери охорони здоров'я особливо гостро відобразились на охороні громадського здоров'я, а саме:

1. Пріоритетності програм, спрямованих на забезпечення медичної складової сфери охорони здоров'я і відсутності ефективних механізмів реалізації політики громадської охорони здоров'я.

2. Нестачі кадрового забезпечення громадської складової.

3. Слабких координації та механізмів міжсекторальної співпраці в забезпеченні громадського здоров'я.

До цього треба додати також: відсутність системного підходу щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; відсутність постійно діючої системи порівняльного аналізу стану та перспектив розвитку охорони здоров'я, що вкрай ускладнює прийняття обґрунтованих і своєчасних рішень у цій сфері; старіння матеріальної бази охорони здоров'я; несформованість системи громадського моніторингу.

Крім того, наразі в Україні залишаються невирішеними і потребують доопрацювання низка ключових позагалузевих та галузевих ризиків, які можуть негативно вплинути на провадження реформування СОЗ, і які варто враховувати при розробці шляхів реформування, а саме:

- низька заробітна плата населення країни;
- високий рівень тіньових заробітних плат, які становлять іноді понад половину доходів лікарів);
- стрімке старіння населення. Якщо в 1991 р. частка населення у віці

60 років і старших становила разом близько 19 %, то на початок 2019 р. – понад 25 %;

- високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя (поширеність тютюнопаління, вживання алкоголю тощо);

- виражена відмінність показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (більше ніж у 3 рази), при високій питомій вазі бідного населення в Україні.

Отже, українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я так, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я. Зазначене потребує радикального перегляду та реформування державної політики у сфері охорони здоров'я, особливо в таких питаннях як бюджетування охорони здоров'я, раціональне використання наявної інфраструктури (медичних закладів та їх технічного забезпечення, кадрів, технологій тощо), переорієнтація охорони здоров'я на профілактичний напрям тощо.

При цьому важливими складовими запровадження системних змін є партнерство між закладами охорони здоров'я, освіти, фінансовими посередниками (зокрема страховими компаніями) тощо в усіх аспектах реформування, у тому числі фінансово-економічному, організаційному, нормативно-правовому та профілактичному, встановлення чітких пріоритетів, забезпечення профілактичного вектора розвитку, впровадження моніторингу зрушень, індикаторів оцінки та контролю, а також широка поінформованість суспільства про напрями і шляхи реформування та забезпечення відкритості системи охорони здоров'я.

Все вищенаведене не залишилось поза увагою МОЗ України, експертів, науковців, медичної спільноти. До того ж майже кожна з вищенаведених проблем тією чи іншою мірою неодноразово розглядалась як на державному, так і на міжнародному рівнях. Протягом усього періоду незалежності України відбувались спроби реформування медичної галузі, але вони переважно мали безсистемний та фрагментарний характер.

## **2.2. Аналіз тенденцій розвитку системи охорони здоров'я**

Разом із питаннями енергетичної безпеки, корупції, несправедливого розподілу державного бюджету серед громадян України та політичної нестабільності, до кола найнебезпечніших викликів для сталого майбутнього соціально-економічного розвитку держави входить проблема здоров'я нації. Включаючи інші складові, значне погіршення стану здоров'я населення і спричинена цим очікувана тривалість життя посилюють демографічну кризу в Україні, результатом якої є значне скорочення населення (протягом останнього десятиліття втрати сягнули близько 5 млн співгромадян). Ця тенденція негативного приросту населення – депопуляція, тобто ситуація за якої смертність перевищує народжуваність, – попри невелике збільшення народжуваності в останні 2 роки, без докорінної зміни політики держави в цій сфері, може, згідно з прогнозами демографів, зменшити кількість населення до 25 млн до 2025 року. Подібний сценарій унеможливить економічне зростання, призведе до надмірного соціального навантаження на виробничу сферу, спонукатиме непрогнозовані міграційні процеси і поглиблення «успадкованої бідності» великої частки громадян України.

Наразі вже настав той час, коли майже за будь-якого варіанту демографічного розвитку на Україну очікує: скорочення загальної кількості населення; посилення демографічного старіння і відповідне зростання співвідношення кількості осіб пенсійного та працездатного віку; повна демографічна деградація окремих сільських місцевостей і депресивних

територій; істотна зміна етнічної структури населення. Внаслідок існування значного «часового лагу» від моменту застосування широкого кола інструментів демографічної політики та наступними позитивними зрушеннями у демографічних процесах конче необхідною є інституалізація аналізу і моніторингу впровадження курсу державної політики в окресленому напрямі.

Зростання смертності спровоковане великою кількістю соціально-економічних чинників, проте увага суспільства найбільше прикута до системи охорони здоров'я (традиційно в Україні – саме медичної сфери, лікарів, лікарень), яка вимагає істотного реформування і послідовних дій, спрямованих на створення концептуально нової системи охорони громадського здоров'я та підвищення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я на противагу домінуючій в нашій країні системі медичної компетенції за здоров'я громадян, коли всі очікування здоров'я пов'язані із системою медичного обслуговування.

Щорічні звіти про вивчення людського розвитку в Україні за Програмою ООН свідчать про зниження рівня здоров'я населення країни. Зафіксована висока смертність серед усіх груп населення, в тому числі й дитячого, підвищення захворюваності (особливо на соціально небезпечні інфекційні хвороби). Відзначена кореляція між зниженням якості життя і станом здоров'я населення. Доведена залежність рівня здоров'я населення від змін, що відбуваються в усій суспільній системі життєдіяльності, як у зовнішньому, так і внутрішньому, стосовно охорони здоров'я, середовищі держави.

Характерними рушійними чинниками суспільного, політичного й економічного життя сьогоденної України, що стосуються підтримки і охорони здоров'я населення, є: низький рівень економічного забезпечення населення; низький рівень фінансування системи формування, підтримання й охорони здоров'я; фінансово-економічна невизначеність; відсутність ідеології здоров'я і технологій її впровадження; структурна недовершеність

систем, що забезпечують здоров'я; недосконалість очікувань населення від системи охорони здоров'я; інфляція індивідуального і громадського здоров'я; некритичність оцінки ролі громадян щодо збереження власного здоров'я; деформованість управління охороною здоров'я; розбалансованість системи управління по вертикалі та недостатня виконавча дисципліна; відсутність нових технологій управління; невизначеність ролі і функцій регіонального управління; некритичність оцінки стану і ролі громадського здоров'я політичними силами; суперкритичність та політичні спекуляції при оцінці системи; дефіцит інформації (деформованість функціонування центрів здоров'я тощо).

Спрямованість на всебічне сприяння індивідуальному і суспільному здоров'ю, визначена державними та громадськими організаціями в розвинених країнах, продиктована вимогами, які висуває сучасність перед суспільством. Інтенсифікація всіх процесів життєдіяльності сталася тільки завдяки високим можливостям людини і популяції адекватно відповідати цим вимогам фізично, психічно і духовно. Країни, що досягли значних економічних успіхів (Японія, Канада, США та інші), мають вищі показники середньої тривалості життя. Передовсім саме за показником рівня здоров'я населення міжнародні експерти ООН здійснюють порівняльне вимірювання ступеня сталого розвитку країни. Визнаючи рівень здоров'я нації показником спроможності країни конкурувати на міжнародному рівні, уряди, національні та регіональні парламенти, а також громадські організації розвинених країн взяли на себе відповідальність активно сприяти підвищенню рівня здоров'я населення, що знайшло відображення в таких міжнаціональних документах як декларація ПРООН і Оттавська хартія. Зокрема, в Оттаві було затверджено п'ять напрямів діяльності суспільства й урядів щодо зміцнення здоров'я населення: орієнтація політики на зміцнення здоров'я; створення сприятливого довкілля; посилення дій громадськості; розвиток особистих навичок збереження здоров'я; переорієнтація служб охорони здоров'я в бік профілактики.

Провідною тезою політики ВООЗ у ХХІ ст. є впровадження багатогалузевої відповідальності за здоров'я населення. Аудит системи охорони здоров'я нині передбачає аналіз соціально-економічних стратегій в інших галузях життєдіяльності суспільства, а не тільки системи надання медичної допомоги (з досвіду: такий підхід щодо забезпечення високого рівня здоров'я населення можливий при усвідомленні поняття цінності здоров'я в усіх проявах життєдіяльності суспільства, тобто при панівній ідеології здоров'я людини в країні і створенні міжгалузевих механізмів забезпечення здорової життєдіяльності).

Сучасні державні зобов'язання щодо забезпечення громадян безоплатною медичною допомогою мають декларативний характер, їх рівень не відповідає економічним можливостям країни. Попри задекларовану з боку держави високу увагу до проблем галузі охорони здоров'я, достатню кількість розроблених програмних документів та законодавчих ініціатив, спостерігається непослідовна політика впровадження оприлюднених намірів у реальне життя. Згідно з останніми соціологічними опитуваннями, більшість населення України не задоволена доступністю і якістю медичної допомоги. Незважаючи на декларовану безоплатність медичної допомоги для населення, саме громадяни утримують існуючу систему охорони здоров'я, однак більше половини з них (51,6 %) характеризують розмір особистих витрат на медичну допомогу як непосильний.

Наразі в Україні склалася ситуація, коли проголошена ст. 49 Конституції України безоплатність медичної допомоги громадянам держави в більшості зацікавлених осіб асоціюється з безоплатністю всього спектру медичної допомоги та медичних послуг, які повинні надаватись будь-якому громадянину України у будь-якому місці країни. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в частині другій ст. 12 теж говорить про те, що «державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам». Стосовно безоплатності медичної допомоги



відбувається величезна кількість спекуляцій, у тому числі з боку багатьох політичних сил, однак у реальному вимірі гарантії обсягу безоплатної медичної допомоги повинні забезпечуватись відповідними ресурсами, насамперед – фінансовими.

Однак рівень усіх видатків, в тому числі на медичне обслуговування громадян, згідно зі ст. 95 Конституції України, визначається виключно Законом України «Про Державний бюджет» на поточний рік. Тобто, з одного боку, конституційна гарантія надання громадянам усього спектру медичних послуг на безоплатній основі, з іншого – реальний рівень видатків на охорону здоров'я, згідно із законом «Про Державний бюджет», в останні роки покриває менше половини реальної потреби системи охорони здоров'я (хоча обрахувати цю потребу в сучасних умовах майже неможливо). При цьому понад 80 % від суми коштів, що виділяються бюджетом, відводиться на утримання галузі (капітальні видатки та мізерна зарплатня персоналу), і тільки близько 20 % витрачається власне на лікувальний процес, тобто на хворого.

Сама модель залишається в Україні класичною бюджетною і не має дієвих механізмів залучення коштів з інших джерел. Додаткові легальні (поза бюджетом) джерела фінансування (добровільне медичне страхування) не перевищують 2–3 % і суттєво не впливають на рівень забезпечення системи охорони здоров'я. Проте система охорони здоров'я, незважаючи на вкрай недостатній бюджет, функціонує, виконуючи (хоча і викривлено) свої функції. Це підтверджує існування великого тіньового обсягу фінансування, який забезпечують пацієнти з власної кишені і який вкрай негативно впливає на рівень доступності медичної допомоги, особливо для незаможних верств населення. Невизнання цього факту державою та подальша декларація безоплатності всієї медичної допомоги може вкрай загострити ситуацію і буде сприйнята суспільством як приклад цинічної «подвійної моралі», що стосується кожного громадянина, бо по медичну допомогу рано чи пізно звертається кожен. Держава повинна визнати та визначити конкретний

рівень медичної допомоги, що може бути покритий за рахунок бюджету.

Разом з недостатнім та несталим фінансуванням системи охорони здоров'я, спостерігається також украй неефективне та нераціональне використання обмежених бюджетних ресурсів. Варто розрізняти дві форми корупції в галузі: неформальну (ілегаліну) але легітимну в реальному житті корупцію – звичну практику оплати пацієнтами лікування (медичних засобів і роботи лікарів), що забезпечує передусім компенсацію за працю лікарів, яку не в змозі забезпечити держава, а також кримінальну (іноді формальну), але не легітимну корупцію серед чиновників і посадовців на всіх рівнях управління галузі, що полягає в постійному використанні службового становища для власного збагачення завдяки доступу до розподілу бюджетних коштів шляхом застосування формальних регуляторних інструментів (ліцензування, атестації, акредитації, тендерних процедур, кадрової політики) без урахування інтересів медичних працівників, пацієнтів та всіх громадян держави-платників податків. Друга форма корупції стає непереборною перешкодою для досягнення економічної ефективності функціонування галузі, бо медичні чиновники зацікавлені у збільшенні бюджетних асигнувань і не зацікавлені у встановленні правил економічної ощадності та децентралізації рішень щодо використання суспільних ресурсів.

Близько 80 % усіх коштів витрачається на утримання та обслуговування високовартісної спеціалізованої стаціонарної допомоги, що значно відрізняється від більшості держав, де питома вага витрат на стаціонарну допомогу звичайно складає близько 50 % і до 30 % спрямовується на первинну медико-санітарну ланку, яка функціонує на принципах загальної практики/сімейної медицини. Утримання медичних закладів, постатейний бюджет і розподіл фінансових ресурсів на основі потужності (кількості ліжок) закладу охорони здоров'я без урахування кількості і якості послуг, що надаються, призводить до виключення економічних важелів раціонального використання ресурсів.

У ситуації значної обмеженості ресурсів дуже нераціональним є значний рівень дублювання надання медичних послуг на одній території медичними закладами різного підпорядкування (міськими, обласними, відомчими, Академії медичних наук тощо) та відсутність чіткого поділу рівня надання допомоги – первинного, вторинного і третинного. При цьому, згідно з Бюджетним кодексом, медичні заклади не можуть фінансуватися більше ніж з одного бюджету, але класифікація видатків з бюджету не спонукає раціонально використовувати обмежені ресурси. Відсутність господарської автономії медичних закладів та прив'язка до постатейного бюджету не створює на місцях умов для раціонального використання наявних потужностей.

Вкрай незадовільною є якість надання медичної допомоги та її стандартизація, що позначається на результатах лікування хворих. В Україні до цього часу не використовуються загальнодержавні стандарти і протоколи надання медичної допомоги, не визначений базовий рівень (пакет), який у межах протоколів держава може забезпечити кожному громадянину. Кількість, пропорція та рівень підготовки медичних та управлінських кадрів у галузі охорони здоров'я не відповідає потребам держави. Особливо потрібно підкреслити недостатній рівень підготовки або відсутність такої у керівників та управлінців середньої та вищої ланки у сфері охорони здоров'я.

Разом зі спотвореною структурою підготовки лікарських кадрів за спеціальностями (переважання «вузьких» спеціалістів), відзначається нераціональне співвідношення між кількістю лікарів та середнього медичного персоналу, що становить в Україні приблизно 1:3 (для порівняння: у розвинених країнах це 1:5 – 1:7). Ганебним залишається рівень оплати праці медичних працівників, що в 3 рази менший, ніж заробітна платня у промисловості, і не створює мотивації у медичного персоналу для підвищення якості та інтенсифікації праці у медичній сфері.

У державі до цього часу відсутнє дієве лікарське самоврядування, яке в розвинених країнах забезпечує високу якість та ефективність професійної

діяльності. Не сформовані умови та не застосовуються заходи щодо підвищення обізнаності пацієнтів як споживачів медичних послуг, які здатні цивілізовано захищати свої, визначені законом, права та реально впливати на поліпшення якості системи охорони здоров'я. Вкрай незадовільним залишається ситуація з пропагандою на державному рівні здорового способу життя та можливостей профілактики більшості поширених захворювань.



Рис. 2.1. Основні небезпеки в сучасній системі медичного обслуговування населення

Основні перешкоди щодо зміни системи охорони здоров'я в Україні такі: надмірність державних зобов'язань стосовно забезпечення безоплатною медичною допомогою (ст. 49 Конституції України) – відсутність нормування – узгодженості кількості зобов'язань кількості необхідних ресурсів; відсутність у системі охорони здоров'я внутрішніх економічних стимуляторів для радикальних перетворень; непідготовленість управлінського персоналу; незацікавленість у реформах низки політичних та корпоративних груп (медична корпорація – лікарі, органи управління охороною здоров'я, фармацевтичні компанії, роботодавці, страхувальники тощо); слабе методичне і політичне керівництво з центру або його

відсутність чи різноспрямованість.

Таблиця 2.2

**Частка витрат особистих коштів у сукупному обсязі витрат на охорону здоров'я**

Розвинені країни з ринковою економікою (24 країни, що входять до ОЕСР)	24 %
Країни, що розвиваються, з високими доходами	33 %
Країни, що розвиваються, з середніми доходами	43 %
Країни, що розвиваються, з низькими доходами	53 %
Україна	51–57 %

Політика охорони здоров'я – це курс дій, що впливає на низку інституцій, організацій, служб, а також на порядок фінансування системи охорони здоров'я. Вона виходить за межі впливу лише на медичні служби і включає заплановані та незаплановані дії державних, приватних і громадських організацій, що позначається на стані здоров'я населення громадянського суспільства.

Таблиця 2.3

<b>Кінцеві показники (наслідки політики ОЗ)</b>	<b>Проміжні показники (результати політики)</b>
<u>Стан здоров'я</u> - рівень - розподіл Фінансовий захист (захист від зuboжіння внаслідок необхідності платити за лікування з власної кишені) - рівень - розподіл <u>Задоволеність клієнтів</u> - Рівень	<u>Ефективність</u> - Технічна ефективність (як?) - Алокативна ефективність (розміщення ресурсів, що?) <u>Якість</u> - Клінічна - Сервісна <u>Рівність доступу</u> - фінансова - послуг

На сучасному етапі розвитку людської спільноти збереження здоров'я забезпечують усі сфери життєдіяльності за головної умови: якщо вони керуються у своїй діяльності завданням або – більш широко – ідеєю збереження здоров'я.

Ідеологія здоров'я – це, по-перше, те, яку питому вагу займає здоров'я

як суспільна цінність у свідомості людей, у політиці державного управління та різних галузях діяльності; по-друге, наскільки значимість індивідуального і громадського здоров'я виражена в різних формах суспільної свідомості – політиці, моралі, праві, освіті, мистецтві, ЗМІ тощо.

В демократичній Україні метою державотворення, всіх економічних і соціальних реформ, що проводяться останнім часом, є поліпшення умов і рівня життя населення, в тому числі такої її якісної інтегральної характеристики як можливість прожити довге життя, зберігаючи хороше здоров'я. Останній показник за його значимістю віднесено до переліку складових національної безпеки України. До національних інтересів держави, згідно з Концепцією національної безпеки України, віднесено зміцнення генофонду українського народу, його фізичного і морального здоров'я та інтелектуального потенціалу. А загрозою національній безпеці України в соціальній сфері визнано «низький рівень здоров'я населення, незадовільний стан системи його охорони». Разом з тим варто зазначити, що визнання цінності і значущості здоров'я ще не означає існування ідеології здоров'я, якщо ці ідеї не проникли в усі сфери життєдіяльності суспільства, якщо немає попиту на здоров'я та інші важелі підтримки високого рівня здоров'я і тривалості життя популяції.

В Україні треба констатувати значне зниження не тільки рівня здоров'я населення, але й визнання його громадянами реальною життєвою цінністю. Аналогічний процес в економіці визначають як інфляцію, що характеризується підвищенням цін і знеціненням грошей, тобто падінням платоспроможності населення. Проекція широко відомого економічного явища на галузь охорони здоров'я дає можливість констатувати, що в Україні спостерігається практично знецінення такої важливої категорії суспільства як здоров'я нації.

Не існує галузі життєдіяльності суспільства, яка б серйозно висувала вимоги до рівня здоров'я громадянина або (що головне) спонукала його до підвищення цього рівня. Не на нашу користь порівняння положень про

вимоги до здоров'я державних службовців, особливо вищого ешелону, в розвинених країнах. Так, запобігання основному ризику здоров'я нації – серцево-судинним захворюванням – у США стосувалося всіх категорій населення і передовсім державних службовців. Функціонує Національна програма «Холестерин». Показник вмісту холестерину у крові, який вважається показником схильності до захворювання серцево-судинних захворювань, є обмежувальним для вступу на державну службу. Харчова промисловість реалізує антихолестеринові технології при виготовленні продуктів. Але ефективність боротьби із серцево-судинними захворюваннями значною мірою визначається попитом на здоров'я, його збереженням у суспільстві.

В останньому документі ВООЗ наведено рекомендації щодо основ сучасної політики досягнення здоров'я, якими вони вважають міжсекторальні стратегії. Розглянуто завдання основних секторів – енергетики, промисловості, транспорту, сільського господарства, харчової промисловості, правосуддя, ЗМІ, служби соціального забезпечення, і тільки на останньому місці – система охорони здоров'я. Основна думка цього розділу документа ВООЗ: зміцнення й охорона здоров'я нації повинні бути головними критеріями вибору політики і стратегії в економічній та соціальній сферах, а також враховуватись в інших сферах, усвідомлюючи користь для досягнення вищих результатів.

Для України перехідного періоду з появою прошарку приватних підприємств охорона здоров'я робітників на них і контроль їхньої продукції на відповідність щодо безпеки для здоров'я становить нове важливе завдання, що можна вирішити методом міжгалузевих підходів.

Для нашої країни також важливим є вирішення питання екологічної безпеки у транспортній галузі. Для всіх європейських держав транспортні викиди двоокису вуглецю є основним видом забруднення повітря, а дорожньо-транспортні випадки – головною причиною травматизму і загибелі людей працездатного віку. Спостерігається посилення тенденції до

підвищення небезпеки у транспортній галузі і можливість її вирішення міжгалузевими підходами.

Харчова промисловість та її база – сільське господарство – потерпають від застосування нових, не досить досліджених контамінантів, що дають змогу вирішити проблему збільшення обсягу продуктів харчування, але одночасно знижують їхню якість. При цьому конкурують інтереси харчової промисловості і сільськогосподарського виробництва, але в результаті зазнає шкоди здоров'я населення. Для вирішення проблеми безпечного, якісного і достатнього харчування населення знову ж таки потрібен міжгалузевий підхід в управлінні з урахуванням реалій сучасної перехідної економіки.

Важливою галуззю у пропаганді здорового способу життя є засоби масової інформації (ЗМІ), які спроможні провадити ідеологію здоров'я, але ефективність їхньої діяльності можлива знову ж таки, якщо вони враховуватимуть реальні потреби сфер життєдіяльності суспільства. Перехід ЗМІ на самоутримання сприяє неконтрольованій рекламі, що суперечить ідеології здоров'я населення. Тому в цьому випадку найбільш впливовою є роль громадськості.

Отже, інфляція здоров'я має п'ять характерних рис: знецінення ідеї здоров'я; практичне нехтування здоровим способом життя; збільшене витрачання індивідуального здоров'я в умовах стресу перехідного періоду; неможливість достатньою мірою відновити втрачене здоров'я за необхідності; негативна динаміка рівня здоров'я.

Аналіз стану здоров'я населення України та діяльності закладів охорони здоров'я (табл. 2.4) свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, низьку народжуваність, зростання смертності, від'ємний природний приріст населення, скорочення середньої очікуваної тривалості життя, а також зростання поширеності хвороб.



Таблиця 2.4

## Діяльність закладів охорони здоров'я в Україні

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2017	2018	2019
Всі відомства									
Число лікарняних закладів	3882	3855	3258	2905	2763	1775	1 714	1 671	1 640
Число ліжок у них	700331	638883	465970	444919	428675	332 686	308 736	301 576	295 107
Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення	135,5	125,1	95,0	95,2	94,0	78,1	73,1	71,8	70,7
Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	6869	7220	7430	7776	8993	9 962	10 373	10 502	10 567**
Число лікарів	221494	225959	222728	220861	224876	186 234	186 178	185 675	184 713
Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення	42,9	44,2	45,4	47,2	49,3	43,7	44,1	44,2	44,3
Число середніх медичних працівників	607235	595057	540999	496327	466816	371 736	360 416	345 364	330 322
Забезпеченість на 10 тис. населення	117,5	116,5	110,3	106,2	102,4	87,3	85,4	82,3	79,2
Система Міністерства охорони здоров'я України									
Число лікарняних закладів	3 738	3 672	3 049	2 636	2 442	1539	1 475	1 416	1377
Загальне число ліжок	671 955	609 785	434 139	407 464	394 374	308143	285 008	277 439	27 0727
Забезпеченість на 10 тис. населення	130,0	119,4	88,5	87,2	86,5	72,4	67,5	66,1	64,9
Середнє число днів зайнятості ліжка	309	305	324	335	329	319,3	320,9	317,8	309
Середнє перебування хворого на ліжку	16,4	16,8	14,9	13,5	12,5	11,4	11,0	10,9	10,6
Госпіталізація на 100 жителів - разом	24,4	21,9	19,4	21,6	22,9	20,2	19,7	19,4	18,9
у т.ч. міських жителів	23,7	22,0	19,9	21,8	22,9	19,3	18,8	18,5	18,0
сільських жителів	25,8	21,6	18,3	21,2	22,9	22,1	21,5	21,4	20,8
Число закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	6 348	6 544	6 456	6 692	6 869	8 034**	8 318**	8437**	8 392**
Число відвідувань на 1 жителя	9,7	9,7	10,0	10,6	10,8	9,3	9,0	8,6	7,6
Число амбулаторно-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	610	1142	3331	4659	5 165	1891	1 902	1 805	1753
Число ліжок в денних стаціонарах	6611	13111	42398	61933	69 045	62 270	62 890	61 190	57 770
на 10 тисяч населення	1,3	2,6	8,6	13,2	15,1	14,6	14,9	14,6	13,8
Проліковано хворих у денних стаціонарах	266 952	478 010	1266427	2 241 549	2 662 259	2 636 191	2806155	2781755	2 550 025
на 10 тисяч населення	52	94	257	477	582	618	663,1	660,7	609,2
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	16570841	15660650	13646302	13347087	12924605	8532 193	8400770	7551 155	6868961
на 1000 населення	321	304	276	283,4	282,3	199,5	198,1	178,9	163,6
Загальна кількість лікарів	198 151	206 208	200 111	194 731	197 065	161 621	159 600	156 863	154 265
Забезпеченість на 10 тис. населення	38,4	40,4	40,8	41,6	43,2	38,0	37,8	37,4	37,0
Загальна кількість середн. мед. персон.	526 655	540 041	486 051	438 781	428 667	344 035	330 444	313 412	296 054
Забезпеченість на 10 тис. населення	102,1	105,7	99,1	93,9	94,0	80,8	78,3	74,7	70,9

У 2011–2019 рр. кількість населення скоротилася майже на 5 млн осіб унаслідок перевищення смертності над народжуваністю. За останнє десятиліття народжуваність населення зменшилася на 35 %, а смертність збільшилася на 18,6 %. Основними причинами смертності є хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення, травми та отруєння. Показники смертності від хвороб системи кровообігу в Україні – найвищі серед європейських країн.

Протягом останнього десятиліття середня очікувана тривалість життя чоловіків скоротилася на 2,4, у жінок – на 0,9 року. Різниця у тривалості життя в Україні і країнах Західної Європи становить: для чоловічого населення – 12,8, жіночого – 7,8 року. У структурі захворюваності переважають хронічні неінфекційні хвороби (серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, психічні та ендокринні розлади, алергічні прояви), які характеризуються негативною динамікою.

Поширеність серцево-судинної патології збільшилася за останнє десятиліття в 1,9 разу, онкологічної патології – на 18, бронхіальної астми – на 35,2, цукрового діабету – на 10,1 %. Сьогодні в Україні кожен п'ятий житель хворіє на артеріальну гіпертензію. Зростають захворюваність і смертність від раку через несприятливу екологічну ситуацію та значне старіння населення.

Незважаючи на зменшення протягом останнього десятиліття кількості травм і отруєнь, рівень їх залишається високим. Важливою проблемою є зростання захворюваності на соціально небезпечні хвороби, зокрема туберкульоз, ВІЛ/СНІД, хвороби, що передаються статевим шляхом. Захворюваність на туберкульоз збільшилася за 10 років в 1,9 разу, поширеність – на 34,3 %. Значно поширені наркологічні розлади. Високі рівні захворюваності зумовлюють збільшення кількості інвалідів, яка становить сьогодні 2,5 млн осіб.

Рівень санітарної культури населення країни залишається невисоким, значна його частина має шкідливі для здоров'я звички. Поширеність тютюнопаління в Україні, особливо серед працездатного населення, є однією з найбільш високих в Європі. За поширеністю тютюнопаління серед чоловіків Україна входить до першої десятки європейських країн. У

максимально дітородному віці (20–39 років) палить кожна третя – четверта жінка (за 20 останніх років цей показник зріс у 4 рази).

Надзвичайно низьким є показник кількості населення, яке регулярно займається фізичною культурою – в середньому 6–8 %. Залишається вкрай бідною інфраструктура та індустрія здоров'я.

Напружена екологічна та санітарно-епідемічна ситуація, що склалася в Україні останніми роками, пов'язана із забрудненням довкілля, в тому числі й джерел водопостачання, неочищеними стічними побутовими та промисловими водами, відходами, незадовільним санітарно-комунальним станом населених пунктів, об'єктів харчування, торгівлі. Загальна маса нагромаджених на території України токсичних відходів перевищує 4 млрд т. Витрати на охорону здоров'я не відповідають реальним потребам.

Не розв'язано проблему гарантування державою безоплатного обсягу надання медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я. Заходи щодо формування багатоканального фінансування здійснюються повільними темпами. За витратами на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя Україна посідає 111 місце у світі серед 191 країни. Дефіцит коштів не змогли компенсувати організаційно-управлінські ресурсозбережні та системозамінні технології, які впроваджено в галузі (скорочення стаціонарних ліжок, розширення мережі стаціонарозамінних форм медичної допомоги, перегляд штатних нормативів медичного персоналу в закладах охорони здоров'я, пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини).

Ключовими проблемами охорони здоров'я населення є: незадовільний стан здоров'я населення; недостатнє медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я; нераціональна організація системи надання медичної допомоги, диспропорція її первинного, вторинного і третинного рівнів; брак сучасних медичних технологій, недостатнє володіння ними; низький рівень інформованості про сучасні медичні технології, засоби збереження здоров'я та активного дозвілля; неефективність державної політики щодо формування здорового способу життя; недостатність фінансових (насамперед, бюджетних) ресурсів для забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я; практична відсутність ринку медичних

послуг; недосконалість нормативно-правових актів, які впливають на створення умов для поліпшення стану здоров'я населення та підвищення ефективності використання в системі охорони здоров'я людських, матеріально-технічних та фінансових ресурсів в умовах ринкової економіки.

Погіршення стану здоров'я зумовлене, насамперед, комплексом не медичних, а соціально-економічних та екологічних чинників, недосконалим способом життя населення. Тому поліпшення здоров'я неможливе без істотних соціально-економічних змін.

Оскільки здоров'я населення є результатом діяльності не тільки галузі охорони здоров'я, а інтегральним показником успішності функціонування держави, усіх її інституцій, в основу розроблення програм розвитку системи охорони здоров'я покладено міжгалузевий комплексний підхід. Йдеться про створення ідеологічно нової системи – системи охорони громадського здоров'я.

Система охорони громадського здоров'я – це система наукових і профілактичних заходів та структур медичного і немедичного характеру, діяльність яких спрямована на охорону і зміцнення здоров'я населення, профілактику захворювань і травм, збільшення тривалості активного життя і підвищення працездатності та передбачає об'єднання зусиль усіх членів суспільства. Власне система охорони здоров'я (медична галузь) належить до широкої системи охорони громадського здоров'я і є найважливішою складовою життєзабезпечення населення і подальшого розвитку держави загалом.

### **2.3. Громадський моніторинг як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я**

Згідно з даними проведених в Україні опитувань, населення вважає медиків однією з найкорумпованіших груп [5]. А фахівці наголошують на нераціональному використанні ресурсів у цій галузі, незадовільному стані інфраструктури й обладнання, сумнівній якості ліків, ненадійному інфекційному контролі – чинниках, які істотно підвищують ризики небажаних явищ в українській медицині [2].

Протидія порушенням у сфері охорони здоров'я може передбачати

застосування таких заходів як підвищення оплати праці медичного персоналу, офіційне запровадження платних медичних послуг або часткової оплати пацієнтом вартості наданих послуг у закладах охорони здоров'я, налагодження системи соціального та комерційного медичного страхування тощо [12]. Проте службові зловживання у цій царині можуть виявлятися не лише під час надання певної послуги конкретному пацієнтові, а й у ширшому вимірі – через організацію непрозорих тендерних закупівель ліків, нецільове використання коштів міжнародних донорів, ухвалення національних і регіональних програм в інтересах зацікавлених груп, зокрема фармацевтичних компаній. Одним з ефективних механізмів протидії цим негативним явищам можна вважати громадський моніторинг.

Доцільно передусім навести ключові характеристики громадського моніторингу як суспільно-політичного явища. За твердженням українського дослідника А. Крупника, громадський моніторинг є інструментом громадської оцінки виконання органами влади й іншими підмоніторинговими об'єктами їхніх соціальних завдань. Такий моніторинг – невід'ємна складова системи публічного управління та незамінний чинник розвитку соціуму в умовах розбудови демократичної, соціальної, правової держави [9].

О. Полтараков визначає громадський моніторинг як систему відносин громадянського суспільства з державою. Система ґрунтується на підзвітності органів державної виконавчої влади органам державної законодавчої влади (парламентський моніторинг) і недержавним структурам («третьому сектору» та ЗМІ) [10]. Отже, громадський моніторинг сприяє становленню громадянського суспільства, в якому реально забезпечуються всі права та свободи людини і громадянина, а об'єктом моніторингу є органи влади. Ці ідеї співзвучні з монографією «Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії», де не лише уточнено теоретико-методологічні підходи до аналізу взаємодії держави та громадянського суспільства, а й запропоновано концепт держави як складової громадянського суспільства [7].

Згідно із З. Гладуном, суб'єктами громадського моніторингу є, по-перше, громадяни, і по-друге, об'єднання громадян (політичні партії,

професійні спілки, молодіжні й інші громадські організації). Їхні моніторингові повноваження зазвичай не мають юридично-владного змісту. Відтак рішенням громадських організацій за результатами перевірок притаманний рекомендаційний характер [3].

На нашу думку, громадський моніторинг у сфері охорони здоров'я – це комплекс заходів, які можуть проводитися громадськими організаціями, іншими об'єднаннями громадян, територіальною громадою, з метою визначення проблемних питань у діяльності установ охорони здоров'я незалежно від форми власності під час здійснення ними своєї діяльності, профілактики зловживань медичних працівників, встановлення справедливості розподілу бюджетних коштів, оцінки виконання органами державної влади та місцевого самоврядування їхніх соціальних завдань у сфері охорони здоров'я, а також надання пропозицій щодо усунення виявлених проблем у розвитку медичної галузі.

Основними методами громадського моніторингу є такі: аналіз нормативно-правових документів, що регламентують діяльність органів влади на місцевому та загальнодержавному рівнях; подання інформаційних запитів і звернень до органів державної влади та місцевого самоврядування з метою отримання офіційної точки зору посадових осіб з приводу того чи іншого питання; зовнішнє спостереження за роботою посадових осіб органів державної влади, а також колегіальних органів під час розробки та прийняття управлінських рішень. Це дає можливість з'ясувати реальні процедури прийняття рішень для подальшого їх аналізу щодо відповідності чинному законодавству. Спостереження проводиться шляхом присутності громадських спостерігачів на засіданнях органів влади відповідного рівня та дає змогу відслідкувати процес прийняття рішення за такими складовими, як: доступ членів колегіальних органів до всієї необхідної інформації та документів, їх активність в обговоренні питання; час, що витрачався на розгляд конкретного питання; дотримання передбачених законом та регламентом процедур; присутність журналістів, їх можливість ознайомитися з порядком денним та проєктами рішень тощо; аналіз наявних сайтів центральних органів державної влади та місцевого самоврядування щодо їх інформаційного наповнення; проведення експертних опитувань.

Для здійснення громадського моніторингу можуть створюватися: громадські ради при органах державної влади чи місцевого самоврядування; інститути місцевих уповноважених з прав людини (запровадження посад державних омбудсменів); асоціації споріднених структур, які здійснюють громадський моніторинг, що дає змогу представляти на владному рівні інтереси кожної окремої організації та впливати законними методами на формування і реалізацію державної політики у певній сфері. Структурними елементами громадського моніторингу вважаються масмедіа та незалежні аналітичні центри. Якщо йдеться про парламентський моніторинг як різновид громадського, то одним із його елементів можуть бути спеціальні комісії.

Варто згадати й погляди деяких українських фахівців і політиків, котрі намагаються розширити поняття громадського моніторингу й водночас запровадити досить формалізовані вимоги до його суб'єктів. Так, можна розробити законопроект «Про громадський моніторинг», відповідно до якого регламентувати здійснення моніторингу не тільки щодо органів державної влади та місцевого самоврядування, а й щодо суб'єктів господарювання незалежно від організаційно-правових форм та форм власності, установ, організацій, їх посадових осіб. При цьому суб'єктами громадського моніторингу можуть бути лише ті всеукраїнські громадські організації, що, зокрема, зібрали не менше одного мільйона підписів-доручень громадян України, причому не менше як по 50 тисяч підписів-доручень у понад двох третинах областей України, на підтримку надання громадській організації статусу суб'єкта громадського моніторингу. Достовірність зібраних підписів мала б перевірятися Центральною виборчою комісією, котру уповноважать надавати громадській організації статус суб'єкта громадського моніторингу. Однак такі пропозиції виходять за межі теоретичних уявлень про громадський моніторинг як різновид громадської участі та зарубіжну практику налагодження такого моніторингу як зовнішнього публічного оцінювання державного управління.

Аналіз нормативно-правової бази та зарубіжного досвіду дає підстави для виокремлення низки форм здійснення громадського моніторингу: звернення громадян, за допомогою яких вони в режимі зворотного зв'язку

повідомляють державні та недержавні інституції про виконання, невиконання або неналежне виконання ними або підвідомчими їм органами чи установами соціальних функцій і вимагають вжиття відповідних заходів; громадська експертиза, здійснювана незалежною групою фахівців (експертною радою), котра працює на підставі офіційно затвердженого положення; громадські слухання щодо проблем важливого суспільного значення дій чи намірів органів державної влади та місцевого самоврядування; моніторинг діяльності та моніторингові (рейдові) перевірки на об'єктах громадського моніторингу.

Не зайве звернути увагу на міжнародний досвід у цій царині. Наприклад, Громадські ради охорони здоров'я у Великій Британії (Community Health Councils) є самостійними, легітимними органами, створеними для репрезентації інтересів громадськості в діяльності системи охорони здоров'я на місцевому рівні. Членів рад висувають місцеві об'єднання й організації громадян. Ради фактично інтегровані в усі структури охорони здоров'я на конкретній адміністративній території, можуть ретельно перевіряти всі організації й напрями системи охорони здоров'я, їх члени мають право відвідувати лікарняні палати, центри здоров'я та клініки, розмовляти з будь-якою особою в цих закладах [4].

В Україні впродовж останніх років низка громадських організацій де-факто намагається виконувати суспільну діяльність щодо громадського моніторингу за системою охорони здоров'я. У Міністерстві охорони здоров'я України діє громадська рада. Це – громадський колегіальний консультативно-дорадчий орган, котрий зобов'язався здійснювати експертизу, аналіз та оцінку планів роботи міністерства, проєктів національних, державних і регіональних програм та нормативно-правових актів у галузі охорони здоров'я, моніторинг та оцінку їх виконання тощо.

Водночас поточним заходам громадського моніторингу в охороні здоров'я України притаманний спорадичний характер, відносини суб'єктів та об'єктів моніторингу не врегульовані. Для належної інституціоналізації громадського моніторингу в згаданій сфері потрібна низка правових, інформаційних і соціальних умов.

1. Розвиток правових засад здійснення громадського моніторингу.



Правове регулювання має, зокрема, стосуватися того, які питання підлягають громадському моніторингу, хто має право здійснювати такий моніторинг, яким чином органи влади та інші об'єкти моніторингу мають реагувати на процес і наслідки моніторингу.

Сьогодні актами законодавства, що регулюють певні питання громадського моніторингу, є закони «Про звернення громадян», «Про об'єднання громадян», «Про політичні партії в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», «Про місцеве самоврядування в Україні», а також деякі інші нормативно-правові документи, зокрема Постанова КМУ «Про затвердження Порядку сприяння проведенню громадської експертизи діяльності органів виконавчої влади».

Попри певну правову неврегульованість питань здійснення громадського моніторингу, його елементи вже впроваджуються в окремих сферах публічної політики. Це засвідчують відомчі нормативні акти, зокрема «Положення про громадський контроль за проведенням в Україні зовнішнього незалежного оцінювання навчальних досягнень випускників загальноосвітніх навчальних закладів і зарахуванням до вищих навчальних закладів», затверджене Міністерством освіти і науки України (№ 284 від 01.04.2008 р.). Схожі документи мало б розробити й Міністерство охорони здоров'я для ефективної співпраці з радами із захисту прав пацієнтів та іншими громадськими організаціями. При цьому варто було б врахувати так звану «несиметричність» інформації, притаманну охороні здоров'я через відмінність у рівнях знань лікарів і пацієнтів.

2. Забезпечення вільного доступу громадян до інформації про діяльність органів влади. Лише повна, об'єктивна та своєчасна інформація дає змогу громадянам оцінити, наскільки результативні дії уряду, наскільки ефективно уряд витрачає кошти платників податків [6]. В Україні ухвалено Закон «Про доступ до публічної інформації», покликаний забезпечити прозорість і відкритість суб'єктів владних повноважень. Впровадження цього нормативно-правового акта потребує іншого ставлення органів державної влади й управління, державних закладів до оприлюднення інформації про свою діяльність.

Досі система охорони здоров'я України, особливо в частині

інформування про фінансування галузі та конкретних закладів, використання ресурсів міжнародних організацій, залишається непрозорою, на що вказують низка досліджень [8]. Введення в дію Закону України «Про доступ до публічної інформації» в охороні здоров'я внесло системні зміни як на центральному, так і на місцевому рівнях управління галуззю, налагодження внутрішнього й зовнішнього моніторингу ефективності профілактичних заходів і надання медичних послуг. Важливою є й активізація ролі засобів масової інформації і у висвітленні діяльності органів влади, і в просуванні ідей громадського моніторингу як суспільної діяльності, спрямованої на зменшення правопорушень та зловживань, зокрема у сфері охорони здоров'я.

3. Активне формування та розвиток соціального капіталу як основи становлення і функціонування громадянського суспільства. Відомо, що соціальний капітал утворюють три компоненти: моральні принципи й норми, соціальні цінності (особливо довіра) й соціальна інфраструктура (передусім, добровільні асоціації). Громадяни, здобуваючи соціальний капітал завдяки участі в організаціях громадянського суспільства, надалі можуть використовувати його для зміцнення демократичних принципів в управлінні державою [11]. Отож процес становлення громадського моніторингу має відбуватися в тісній співпраці між громадою та владою. Це підвищує довіру людей до влади, у тому числі – до органів і закладів охорони здоров'я.

Важливою, є й система навчання громадських експертів, котрі беруть участь у здійсненні громадського моніторингу, забезпечення їх фахової спеціалізації та озброєння необхідними нормативно-методичними матеріалами. Вагому роль у становленні громадського моніторингу можуть відіграти незалежні аналітичні центри, спроможні надавати адекватну професійну оцінку плануванню та реалізації політики, зокрема в охороні громадського здоров'я.

## **Висновки до розділу 2**

1. Недосконалість та неадаптованість до ринкових реалій системи охорони здоров'я призвела до таких наслідків: нестача ресурсного

забезпечення сфери охорони здоров'я, недостатність фінансування цієї галузі, висока вартість ліків, неконтрольована система ціноутворення на лікарські засоби та недостатнє державне забезпечення ліками, недоліки соціально-економічного забезпечення медичних працівників в Україні, недосконалість структурно-організаційної системи охорони здоров'я, низька доступність якісних послуг з охорони здоров'я, низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я.

2. Недосконалість української сфери охорони здоров'я особливо гостро позначилась на охороні громадського здоров'я, а саме: пріоритетності програм, спрямованих на забезпечення медичної складової сфери охорони здоров'я і відсутності ефективних механізмів реалізації політики громадської охорони здоров'я, нестачі кадрового забезпечення громадської складової, слабких координації та механізмів міжсекторальної співпраці в забезпеченні громадського здоров'я в Україні. До цього варто додати: відсутність системного підходу щодо визначення пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; відсутність постійної системи порівняльного аналізу стану та перспектив розвитку охорони здоров'я, що вкрай ускладнює прийняття обґрунтованих і своєчасних рішень у цій сфері; старіння матеріальної бази охорони здоров'я; несформованість системи громадського моніторингу.

3. В Україні залишаються невирішеними і потребують доопрацювання низка ключових позагалузевих та галузевих ризиків, які можуть негативно вплинути на провадження реформування системи охорони здоров'я і які треба враховувати при розробці шляхів реформування, а саме: низька заробітна плата населення країни, високий рівень тіньових заробітних плат, які становлять іноді понад половину доходів лікарів, стрімке старіння населення, високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, непопулярність серед населення здорового способу життя (поширеність тютюнопаління, вживання алкоголю тощо), виражена відмінність показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення (більше ніж у 3 рази) при високій питомій вазі бідного населення в Україні.

4. Українська система охорони здоров'я характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю та деформованістю структури медичних

послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи, та вимагає реформування системи охорони здоров'я так, щоб, з одного боку, забезпечити зростаючий попит населення у медичній допомозі, а з іншого – стримувати зростання витрат на охорону здоров'я.

5. Близько 80 % всіх коштів витрачається на утримання та обслуговування високовартісної спеціалізованої стаціонарної допомоги, що значно відрізняється від більшості держав, де питома вага витрат на стаціонарну допомогу звичайно складає близько 50 % і до 30 % спрямовується на первинну медико-санітарну ланку, яка функціонує на принципах загальної практики/сімейної медицини. Утримання медичних закладів, постатейний бюджет і розподіл фінансових ресурсів на основі потужності (кількості ліжок) закладу охорони здоров'я без урахування кількості та якості послуг, що надаються, призводить до виключення економічних важелів раціонального використання ресурсів. У ситуації значної обмеженості ресурсів дуже нераціональним є значний рівень дублювання надання медичних послуг медичними закладами різного підпорядкування та відсутність чіткого поділу рівня надання допомоги – первинного, вторинного і третинного.

6. Відсутність господарської автономії медичних закладів та прив'язка до постатейного бюджету не створює на місцях умов для раціонального використання наявних потужностей. Вкрай незадовільною є якість надання медичної допомоги та її стандартизація, що позначається на результатах лікування хворих. В Україні до цього часу не використовуються загальнодержавні стандарти і протоколи надання медичної допомоги, не визначений базовий рівень (пакет), який в межах протоколів держава може забезпечити кожному громадянину. Кількість, пропорція та рівень підготовки медичних та управлінських кадрів у галузі охорони здоров'я не відповідає потребам держави. Особливо потрібно підкреслити недостатній рівень підготовки або відсутність такої у керівників та управлінців середньої і вищої ланок у сфері охорони здоров'я.

7. Громадський моніторинг у сфері охорони здоров'я визначено як комплекс заходів, які можуть проводитися громадськими організаціями,

іншими об'єднаннями громадян, територіальною громадою з метою визначення проблемних питань у діяльності установ охорони здоров'я незалежно від форми власності під час здійснення ними своєї діяльності, профілактики зловживань медичних працівників, встановлення справедливості розподілу бюджетних коштів, оцінки виконання органами державної влади та місцевого самоврядування їхніх соціальних завдань у сфері охорони здоров'я, а також надання пропозицій щодо усунення виявлених проблем розвитку медичної галузі. Впровадження громадського моніторингу в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі.

## РОЗДІЛ 3

### УДОСКОНАЛЕННЯ МОНІТОРИНГУ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

#### 3.1. Поняття моніторингу в системі охорони здоров'я

До цього часу не існує одностайної думки про те, як саме інтерпретувати моніторинг. Деякі автори визначають його як процес, діяльність, метод, інші називають його системою. Зустрічаємо й пропозиції вважати моніторинг інструментом, регулярним спостереженням, оперативним збором даних або сукупністю прийомів. Фахівці з оцінки вважають, що краще називати моніторинг рутинним розподілом по категоріях пріоритетної інформації щодо програм і їх планованих результатів, експерти з економіки – ситуаційним аудитом тощо.

Побуває думка про те, що моніторинг, з точки зору методології, – це універсальний тип розумової діяльності, байдужий до предметного змісту і наукової спеціальності. Сутнісні характеристики, що є принципами пізнання світу – розвиток і цілісність, диференціація й інтеграція, – покладені в основу технології моніторингу і роблять їх універсальними для дослідження будь-яких об'єктів навколишньої дійсності, яку не можна віднести до методологічного арсеналу якої-небудь окремої науки.

У сучасному розумінні моніторингу на його звичайне трактування як відстежування наклався управлінський аспект (control), що визначило управління як основну сферу практичного застосування моніторингу. У науковому середовищі існують дві діаметрально протилежні думки про те, в яких саме відносинах перебувають між собою моніторинг і управління. Узагальнені існуючі позиції можна позначити так: управління є частиною моніторингу, моніторинг є частиною управління.

Прихильники першого підходу включають до структури моніторингу

«управління середовищем» шляхом своєчасного інформування про можливе настання несприятливих, критичних або неприпустимих ситуацій або «управління об'єктами» шляхом втручання в їх розвиток, що здійснюється за результатами моніторингу. Проте більшість дослідників дотримуються іншої точки зору, вважаючи, що моніторинг, реалізуючи функцію управління, є однією з найважливіших, відносно самостійною ланкою в управлінському циклі, яка припускає реалізацію низки класичних функцій управління – спостереження, оцінки, аналізу, прогнозування тощо.

Об'єднавши обидві точки зору, структуру системи моніторингу, в основі якої перебувають інформаційні потреби осіб, що приймають рішення, можна представити у вигляді сукупності двох взаємопов'язаних і взаємозалежних елементів: власне моніторингу як відстежування й управлінської компоненти. У свою чергу склад управлінської компоненти моніторингу не є постійним і формується залежно від поставлених цілей і прийнятих підходів до визначення поняття моніторингу, серед яких можна виділити такі:

(1) Підхід *Моніторинг = спостереження + аналіз*. Прихильники подібного підходу (С. Гаспарян та інші) асоціюють зміст управлінської компоненти з блоком аналізу, під моніторингом мають на увазі процес збору, обробки й аналізу інформації, що характеризує стан об'єкта управління, який виконується з періодичністю, що визначається суб'єктом управління. Подібне трактування виражає увагу до потреб осіб, які приймають рішення, проте не зовсім чітко означає мету отримання такої серії «моментальних зрізів». В результаті не зовсім зрозуміло, чим традиційний збір статистичних даних відрізняється від збору й обробки інформації при моніторингу. У деяких редакціях ця невідповідність частково усунена шляхом додавання до визначення моніторингу мети *збору та аналізу даних*.

(2) Підхід *Моніторинг = спостереження + аналіз + прогноз*. Група дослідників (Р. Хальфин та інші) розглядає моніторинг як цілеспрямовану діяльність, пов'язану із спостереженням, оцінкою і прогнозом стану

спостережуваного об'єкта з метою забезпечення його розвитку в бажаному напрямі. І тим самим не лише вводять елемент активного, цілеспрямованого впливу на спостережувану систему в разі її відхилення від наміченої мети, але і включають до складу управлінської компоненти поняття прогнозу. Саме наявність зворотного зв'язку – механізму, за допомогою якого результати моніторингу й оцінки поширюються і використовуються для прийняття рішень про майбутні дії, – характеризує ефективний процес управління, що відсутній в інтерпретації прихильників першого з розглянутих підходів. Подібна інтерпретація припускає використання моніторингу як основи для прогнозування майбутнього стану спостережуваного об'єкта, виявлення причин відхилень від запланованого ходу подій і подальшого прийняття рішень.

(3) Підхід *Моніторинг = статистика + аналіз + прогноз*. Мимовільну «втрату» управлінської компоненти здійснюють прибічники такого підходу (А. Соломон та інші), які під моніторингом розуміють базову (офіційну) статистику, доповнену інформаційно-аналітичною системою, що забезпечує аналіз, оцінку і прогноз. Безумовно, застосування інформаційних технологій багаторазово збільшує результативність моніторингу, даючи можливість проводити багатофакторний, багатокритерійний аналіз зібраних даних. Проте використання терміна «моніторинг» у статистичному контексті характерне тільки для українських авторів, на відміну від зарубіжних дослідників, яким не властиво вживати «моніторинг» у значенні простої підбірки великого числа статистичних даних, що не має конкретної мети збору саме їх. Тому історично збирання величезної кількості загальних статистичних матеріалів, що здійснюється детально розробленою системою державної і відомчої звітності, не припускає наявності чітких цілей і напрямів подальшого використання інформації для покращення діяльності установ.

(4) Підхід *Моніторинг = спостереження + оцінка*. В охороні здоров'я зарубіжних країн і діяльності міжнародних організацій ці поняття майже



невід’ємні. Навіть системи моніторингу зазвичай мають узагальнену назву моніторингу і оцінки (Міо). Проте, визначаючи систему Міо як єдине ціле, зарубіжні дослідники чітко розділяють ці поняття, призначаючи їх для вирішення різних завдань. Для моніторингу – це збір даних, необхідних для вирішення певної управлінської проблеми, і їх первинна оцінка щодо відповідності очікуваному значенню, для оцінки – подальша обробка зібраної інформації і (за необхідності) залучення додаткової з метою визначення міри досягнення заявленої мети дослідження. Для моніторингу й оцінки формуються узгоджені, але окремі програми.

Українським прибічникам подібного підходу зазвичай не властиве проведення такої чіткої межі між моніторингом та оцінкою. Включаючи проведення оцінки до переліку завдань моніторингу, вони фактично ототожнюють ці поняття. Навіть у тому випадку, коли для проведення оцінки складається спеціальна програма, вимога узгодженості її з програмою моніторингу виконується не завжди. Тому нерідкі випадки, коли висновок не відображає досягнення мети, а просто констатує факт.

(5) Особливо варто зупинитися на такому підході до визначення моніторингу як *моніторинг = контроль*. Виходячи із семантичного опису, в роботах українських авторів зазвичай згадується посилення на латинські корені терміна (лат. *monitor* – «застережний», «такий, що нагадує, наглядає»), проте нерідко можна зустріти такий переклад з англійської мови як «відстежування», «перевірка», «контроль» (англ. *monitoring*). Подібне тлумачення особливо характерне для моніторингу програм або проєктів, коли під моніторингом розуміється безперервний процес контролю результатів програм у процесі їх виконання з метою негайного виправлення будь-яких відхилень від поточних завдань. Основні елементи контролю при цьому визначені у вигляді встановлення стандартів, норм або правил, що підлягають перевірці; виміри отриманих результатів і порівняння їх з очікуваними та (в разі виявлення істотних відхилень) коригування управлінських процесів.

Залежно від прийнятої концепції управління, зазвичай виділяють три види контролю, включеного до структури моніторингу, що розрізняються залежно від того, на яких стадіях здійснюється вплив: при виявленні відхилень передбачених результатів від мети або норми (системи спостережного контролю); після схвалення роботи, виконаної на попередньому етапі, яка залежить від результатів контрольної перевірки (контроль типу «та ні»); після закінчення роботи, дії або циклу та порівняння результатів зі встановленими нормами і правилами (системи контролю за результатами).

Контроль, моніторинг і управління, виконуючи спільну справу, мають різні цілі. Мета управління полягає в забезпеченні функціонування і розвитку об'єкта управління. Моніторинг призначений для підготовки інформації, необхідної для прийняття управлінських рішень. Мета контролю полягає в забезпеченні об'єктивності отриманих у результаті моніторингу даних. Важливо, що моніторинг спрямований у майбутнє, на відміну від контролю (фр. *contrôle*) або перевірки, однозначно орієнтованої на минуле. (Спрямованість моніторингу в майбутнє підкреслюється питанням цілепокладання (навіщо?), питання причини (чому?) означає зв'язок із подією, що вже сталася).

Нині у системі охорони здоров'я набули поширення два основні підходи до моніторингу: а) функціональний, коли в основу його застосування покладені ключові цілі і функції системи, що вивчається, б) предметний, коли спочатку підлягають вивченню характерні властивості, що цікавлять користувача, ознаки, відносини спостережуваного об'єкта. У межах організаційних заходів формування систем моніторингу принципова різниця між ними відсутня. Основні відмінності торкаються визначення складу показників і особливостей їх оцінки.

Незважаючи на різноманіття використовуваних видів і систем моніторингу у сфері охорони здоров'я, їх спільними рисами є: відсутність системності підходу, чіткої цільової (в тому числі перспективної) орієнтації,

недосконалість структури й інформаційно-статистичного забезпечення, особливо у сфері програмно-цільового управління, слабкість ув'язки результатів з політичними рішеннями. Невідпрацьована міжвідомча взаємодія, відсутність єдиного інформаційного простору, недостатній розвиток вертикальної інтеграції нерідко створюють додаткові проблеми при розробці плану моніторингу.

Основним джерелом інформації для систем моніторингу у сфері управління охороною здоров'я є дані державної і відомчої статистичної звітності; додаткові джерела зазвичай відіграють другорядну роль. Відповідно, проблеми офіційної статистики (поєднання надлишку інформації з її нестачею, дублювання даних, їх слабка структурованість і порівнянність) безпосередньо відображаються на функціональності і повноцінності створюваних систем моніторингу. Великий вплив «людського фактора» на якість даних. Відірваність від потреб практичної охорони здоров'я призводить до недостатнього використання зібраних даних в управлінській діяльності. Крім того, нерідко мають місце випадки нераціонального використання державних ресурсів. У системі охорони здоров'я відсутній єдиний центр, до якого б надходила подібна інформація про існуючі інформаційні системи.

При моніторингу систем охорони здоров'я різного рівня пріоритетним є функціональний підхід. Відповідно до нього, різні види моніторингу можна згрупувати, виходячи з переліку основних функцій систем охорони здоров'я відповідної ієрархії управління. Виділені чотири життєво важливі функції системи охорони здоров'я: надання допомоги, забезпечення ресурсів, фінансування й управління.

Для коректної оцінки взаємозв'язку між ресурсами, що вкладаються, та отриманими результатами моніторинг повинен охоплювати всі види ресурсів (кадрові, матеріальні, фінансові тощо) і враховувати, окрім вихідних продуктів, вплив здійснюваної діяльності на стан здоров'я населення, проте нині це положення не реалізоване. Загальні цільові установки для системи

охорони здоров'я та органів державного управління системою формулюються нині некоректно, оскільки покладають на них відповідальність за результати процесів, що лише частково зазнають впливу самої системи охорони здоров'я й органів державного управління охороною здоров'я. Пріоритети зміщені з проблеми збереження і покращення здоров'я населення на надання медичної допомоги, тобто фактично – на завантаження наявних потужностей і кадрових ресурсів. Звідси випливає безліч проблем формування систем моніторингу в частині визначення завдань, складу показників, організації збору інформації та її подальшої оцінки.

Моніторинг більшості цільових програм і проектів, що реалізуються в системі охорони здоров'я, зазвичай робиться без урахування їх впливу на здоров'я населення, тобто суперечить основним принципам програмно-цільового планування. Особливістю моніторингу надання медичних послуг є те, що він рідко буває сформований в якості ізольованої системи. Включення його до контуру управління охороною здоров'я розглядається як неодмінна умова підвищення керованості системи.

Окрім питань надання послуг в системі охорони здоров'я, особлива увага приділяється проблемам забезпечення і використання ресурсів, у зв'язку з чим на місцях розгортаються різноманітні системи моніторингу, які переслідують власні цілі і розраховані на користувачів різного рівня підготовки. Збір та аналіз інформації про ресурси зазвичай ініціюється виникненням потреби в даних про наявність і кількість ресурсів при визначенні адекватності їх використання на рівні установи; про наявність ресурсів та їх ціну – для аналізу вартості медичних послуг; про вплив наявності і характеристик ресурсів на обсяги, якість та ефективність послуг. Моніторингові дослідження дають можливість виявити також несподівані ефекти, пов'язані з розбіжністю об'єктивних (фактичних) даних і поширеної суб'єктивної думки громадськості та медичного персоналу.

Комплексний моніторинг функціонування системи охорони здоров'я повинен базуватися на виявленні розбіжностей (відхилення реальних

показників від базових значень) з подальшою узагальненою оцінкою, що враховує їх нерівнозначність і кількісну характеристику відхилення в бік погіршення (покращення). При цьому вибір моніторингових показників робиться з урахуванням їх відносної важливості (коефіцієнта відносного внеску в узагальнену оцінку), що визначається на основі думки експертів. Узагальнена оцінка є критерієм, суть якого посилюється при його розгляді в динаміці (при аналізі функціонування однієї і тієї ж підсистеми).

Підтвердженням унікальності досліджуваного науково-практичного феномену є відсутність спільного погляду на функціональну структуру моніторингу. В науковому середовищі одногосно визнається одним із елементів системи моніторингу тільки підсистема збору інформації про спостережуваний об'єкт, хоча по-різному трактується механізм її реалізації.

Зазвичай основним способом збору інформації вважається спостереження. Проте «моніторинг» не є синонімом до «спостереження» – це два різні, але такі, що доповнюють один одного, процеси. Прихильники тієї точки зору, що спостереження не є обов'язковим елементом підсистеми збору інформації, в якості аргументу наводять твердження про те, що всі об'єкти моніторингу неможливо досліджувати тільки за допомогою методу спостереження, а тому для збору інформації може знадобитися застосування також інструментальних, лабораторних, соціологічних та інших методів.

Забезпечення об'єктивності інформації є завданням підсистеми обробки даних – другого обов'язкового елемента системи моніторингу. Основними операціями при цьому, окрім визначення якості даних, є різні форми порівняння даних, при яких фактичні результати необхідної якості порівнюються з очікуваними. Друга точка зору припускає проведення порівняння також із початковими, попередніми, стандартними, прогнозованими, середніми, найкращими даними. Інформація підлягає логічному, смислового контролю, математичній, статистичній обробці. Залежно від обраної методології проводиться її порівняльний, конкурентний, динамічний аналіз. Згідно з третьою версією, розширена обробка даних

вважається прерогативою оцінки, а на частку моніторингу залишається тільки завдання виявлення факту виходу значень даних за межі допустимого діапазону.

Результатом роботи підсистеми збору інформації (і спостереження зокрема) є набір зафіксованих фактів. Регулярне повторення подій цілеспрямованої фіксації фактів, їх подальший контроль і оцінка утворюють систему моніторингу. Важливо зазначити, що деякі види моніторингу не припускають організації спеціальної системи збору даних, а використовують вже наявні в системі державної статистичної звітності, засобах масової інформації, структуруючи й обробляючи їх відповідно до власної мети.

До спостереження близький і нагляд, що є конкретним продовженням моніторингу з використанням отриманої інформації, проте, насамперед, асоціюється не з процесом, а із спеціально створеною управлінською структурою, якій державою надані функції нагляду у відповідній сфері діяльності.

Системи нагляду відрізняються інтенсивністю і рівнем координації. У більшості випадків інтенсивність нагляду визначається результатом взаємодії соціальних (таких як пріоритетність захворювання, вплив на суспільство), практичних (наприклад, наявність епідеміологічних знань) і фінансових факторів. Однією з причин подібної різноманітності існуючих підходів до визначення поняття і структури моніторингу є його висока залежність від того, потреби якого з видів управління він забезпечує.

Для управління поточними подіями доцільно використати методологію оперативного управління, яка дає можливість впливати на конкретні відхилення від встановлених завдань, обмежені відносно коротким тимчасовим інтервалом (квартал, місяць, тиждень, доба – залежно від поставлених цілей). Оперативний моніторинг розгортається щодо конкретної проблеми, визначаючи кратність досліджень пропорційно мірі вираженості загрози, або є складовою інших видів моніторингу, розрахованих на більш тривалий термін.

На формування системи моніторингу накладає певні обмеження необхідність отримання інформації в прискореному режимі або режимі реального часу. Тому ефективність оперативного моніторингу залежить від двох факторів: наявності мінімально необхідної і достатньої кількості контрольованих показників та максимізація швидкості збору й обробки інформації, що виключає дублювання інформаційних потоків. Індикатори зазвичай мають кількісний характер. Визначення якісного показника вимагає додаткових тимчасових витрат, що відображається на оперативності. Базові значення показників фіксуються на період моніторингу у вигляді певної норми або стандарту.

Для реалізації оперативного моніторингу послідовно виконуються такі дії (цикл): визначення цілей -> встановлення нормативів -> фіксація даних на певний момент -> порівняння фактичних даних із нормативом та з попереднім значенням -> надання результатів. Результат, сформований за типом «та ні» («норма/відхилення») і «збільшення/зменшення» (позитивна/негативна динаміка), передається для детальної оцінки відповідному механізму.

Використання методології індикативного управління ґрунтується на поєднанні прогнозів із заходами прямого і непрямого регулювання. У системі індикативного управління індикатор (показник) поєднує кількісну та якісну характеристики спостережуваних явищ і процесів. При цьому якісний бік індикатора відбиває їх суть у певний момент часу, а кількісний – розмір, абсолютну або відносну величину.

При формуванні інформаційної бази моніторингу робиться багаторівневий розрахунок контрольних і прогнозованих значень індикативних показників, який дає можливість орієнтуватися на поетапне досягнення проміжних цілей. Індикатори формуються так, що досягнення кожним із них порогового рівня означає досягнення відповідної підцілі, а визначення дій робиться на основі прогнозу їх зміни. На відміну від оперативного моніторингу, порівняння фактичних даних здійснюється з

контрольними індикаторами, очікуваними (прогнозованими) і попередніми значеннями, з урахуванням структури набору даних. Важливо, що для подальшого проведення комплексної оцінки отриманий результат повинен відобразити досягнення підцілей як кожним з індикаторів, так і їх сукупністю. Динаміка різних індикаторів, порівняно з поточними і головними індикативними орієнтирами, може бути нерівномірною. Методи подальшої оцінки обираються залежно від мети моніторингу.

Раціонально організована система моніторингу не просто відображає реальність, але забезпечує можливість її прогнозування. Мета прогнозування – не безумовне пророцтво, а завчасне зважування можливих наслідків рішень, що приймаються, за допомогою суто умовних пророцтв пошукового (дослідницького, трендового, генетичного тощо) або нормативного (програмного, цільового) характеру.

Розробка сценаріїв прогнозів на період (і/або на віддалену перспективу) відбувається з урахуванням реалізації потенційних можливостей. У пошуковому прогнозі кінцевим результатом дослідження є перспективна проблемна ситуація, яка ієрархічно формалізується у вигляді «дерева проблем». При нормативному прогнозі шляхом цілепокладання задається «дерево цілей», де вершина є ідеалом, середніми рівнями – різні сторони оптимуму, а нижній рівень – вирішення конкретних проблем.

Загальні концепції і методика цільового планування й управління, що включають передбачення можливих результатів діяльності та планування шляхів їх досягнення, мають низку характерних особливостей, серед яких особливо можна виділити цільову орієнтацію програм як комплексу заходів на забезпечення кінцевих результатів, на відміну від простого виконання обсягів робіт, послуг. Основна ідея програмно-цільового планування – це планування від цілей системи.

Побудова інформаційної бази моніторингу здійснюється з урахуванням структури процесу прийняття рішень, а особливості структури спостережуваної системи або бюджетно-фінансової документації відходять



на другий план. Опис програм моніторингу фокусується на компіляції результативних, підсумкових даних, які використовуються для відстежування змін. Підсумкові дані інтерпретуються у зв'язку з інформацією. Результати програми аналізуються відповідно до змін підсумкових даних.

Організація моніторингу з метою стратегічного управління забезпечує можливість стежити за розвитком спостережуваного об'єкта в умовах високого рівня невизначеності, пов'язаного, насамперед, з нестабільністю зовнішнього середовища і довгостроковим характером планованого дослідження. Попри те, що результати моніторингу цінні досить обмежений проміжок часу, обернено пропорційний до динаміки розвитку системи, вони допомагають встановити, наскільки добре реалізовані цілі і завдання, поставлені перед спостережуваним об'єктом, і можуть визначати необхідність їх модифікації.

Програма моніторингу коригується за наявності непередбаченої ситуації, яка не була або не могла бути заздалегідь передбачена, зміни поставлених цілей і завдань, або появи нових зовнішніх чи внутрішніх факторів. Щоб максимально зменшити частоту і масштаб можливої корекції, підсумки моніторингу повинні постійно порівнюватися з основною метою відповідного етапу, а остання, у свою чергу, – з місією організації, з тим, щоб своєчасно приймати правильні управлінські рішення, не допускаючи загострення ситуації.

У зв'язку з цим інформаційна база стратегічного моніторингу включає дані про істотні характеристики внутрішнього і зовнішнього середовища, які можуть потенційно впливати на розвиток спостережуваного об'єкта, їх сильні і слабкі сторони, про потенційні можливості системи, системотвірні ресурси та прогноз тенденцій їх зміни на стратегічному інтервалі часу при безумовному наслідуванні цілей і потреб об'єкта. Протягом усього періоду спостереження необхідно дотримуватися єдиної методики проведення моніторингу, інакше неможливо забезпечити коректність при порівнянні

даних.

Для стратегічного моніторингу характерний свідомо високий рівень агрегації моніторингових показників, необхідний для оцінки можливості виходу на задану мету в кінці стратегічного періоду, й окрема, особлива система контролю. У зв'язку з тим, що стратегічний моніторинг має на увазі не лише поточне спостереження і подальшу оцінку реалізації стратегії, але також оцінку результативності досягнення стратегічних цілей і виявлення нових проблем стратегічного характеру, його тривалість повинна перевищувати період, на який розроблена стратегія. Таке положення тісно пов'язане з ще однією сучасною концепцією економіки та управління – концепцією системи збалансованих показників.

Технологія контролю з використанням системи збалансованих показників (Balanced Scorecard) будується на основі формалізованої сукупності ключових показників ефективності, згрупованої в межах чотирьох напрямів, за якими здійснюється контроль досягнення стратегічних цілей і завдань: фінанси, відносини із зовнішнім світом, інновації, стан внутрішнього середовища (виробничі та людські ресурси). Система, що не забезпечує пристосування до умов зовнішнього середовища і не створює стійкі конкурентні переваги на ринку послуг, приречена на екстенсивний шлях розвитку.

Прийняття інформованих, а не детермінованих рішень є основною метою створення систем моніторингу. Структура системи і вид управлінських рішень, що приймаються в кожній конкретній ситуації, значною мірою зумовлені використовуваною технологією управління. Система моніторингу, що забезпечує управління за результатами, припускає наявність динамічної структури, що дає змогу уточнювати здійснювані управлінські дії на кожній подальшій фазі управлінського процесу залежно від міри досягнення запланованих результатів.

Система моніторингу забезпечує подальшу оцінку економічності, продуктивності та результативності діяльності, а також відповідності

досягнутих кількісних і якісних показників встановленим цілям. Формування інформаційної фази моніторингу виходить із принципів мінімізації кількості простих, реалістичних, стимулювальних та інноваційних завдань, що поставлені перед системою моніторингу, які повинні своєчасно надійти до системи. При виборі індикаторів перевага надається даним, що дезагрегують. Спостереження ведеться рутинним методом, який полягає в необхідності регулярного відстежування великої кількості подій, що робить його найбільш трудомістким і найменш ефективним з точки зору трудовитрат. Істотним недоліком системи, що функціонує за таким принципом, є запізнювання прийнятих управлінських рішень.

Формування інформаційної бази моніторингу при лінійній технології управління, коли окремі управлінські фази послідовно витікають одна з одної відповідно до заздалегідь наміченого плану, робиться за спрощеною методикою. Вибір очікуваних (планових) значень показників підлягає суворому контролю на відповідних етапах управлінського процесу. Зібрані дані зводяться на вищому рівні.

Оскільки централізація управління властива негнучким до змін зовнішнього і внутрішнього середовища системам, важливо при створенні системи моніторингу передбачити модернізацію в напрямі можливого збільшення числа центрів ухвалення рішень, яке може зростати в міру еволюції системи.

Ситуаційна технологія управління припускає прийняття управлінських рішень відповідно до ситуації, що складається в міру виникнення проблем. У різні моменти часу переслідуються різні цілі і застосовуються різні критерії для визначення ступеня важливості використовуваних індикаторів, що вимагає забезпечення підвищеної гнучкості системи моніторингу.

Організаційні механізми управління припускають значну децентралізацію і пристосовуються до виявлення нових проблем та розробки «свіжих» рішень більше, ніж до контролю вже прийнятих. Тому при ситуаційній технології управління переважають фонові види моніторингу, у

зв'язку з чим кількість спостережуваних показників, що дезагрегують, дещо перевищує мінімально необхідну для діагностики проблем, вже відомих з точки зору управління. З підвищенням рівня управління збільшується міра агрегації показників.

При процесному підході управління розглядається як циклічний процес розробки і реалізації управлінських рішень. Цей підхід припускає абстрагування від існуючої організаційної системи і створення каскаду показників – від первинної інформації, що стосується бізнес-процесу, до кінцевих контрольних орієнтирів, зрозумілих кінцевому користувачеві. Фактично він становить собою матричний спосіб управління, коли процес пронизує декілька функціональних підрозділів, що вирішують загальне завдання. У його межах формуються вимірні вихідні показники (нерідко в грошовій формі) порівняно з ресурсами, пов'язаними з їх досягненням.

Нині в системі охорони здоров'я часто застосовується технологія управління по відхиленнях. Втручання керівника відбувається лише при значній величині відхилень, а незначні відхилення не призводять до коригування управлінського процесу. Оцінці підлягає не весь масив спостережуваних даних, а тільки ті з них, які виходять за межі заданого діапазону. Включення до системи комплексної моніторингової оцінки ефективності медичної допомоги процесуальних (проміжних) критеріїв, разом зі структурними і результативними, забезпечує попередження (чи пом'якшення) несприятливих наслідків відхилень у медичних технологіях від стандартних параметрів.

Технологія управління змінами, що припускає вплив системи на організацію у зв'язку зі змінами в зовнішньому і внутрішньому середовищі, у системі охорони здоров'я методично не пропрацювала. Її застосування вимагає наявності висококваліфікованих керівників, які володіють методами стратегічного планування і, залежно від складності обстановки, можуть вибирати найбільш оптимальний варіант управління – на основі контролю за виконанням, екстраполяції, передбачення змін, гнучких екстрених рішень.

Системний підхід до управління вимагає узгодження структури управління з можливістю реалізації адекватної відповіді на різні за своєю природою дії з боку зовнішнього і внутрішнього середовища. В його основі лежить уявлення про те, що будь-яка організація є системою, яка складається зі взаємодіючих частин.

Системний підхід, що включає формулювання мети, аналіз засобів (альтернатив), ресурсів, розробку моделей (математичних або логічних), критеріїв вибору альтернатив, дає можливість виявити причини і механізм розвитку та зміни об'єкта. Побудова системи моніторингу ґрунтується на таких принципах системного підходу, як: орієнтація системи на кінцеві результати і задоволення потреб користувачів, врахування ймовірного характеру соціально-економічних явищ, поєднання кількісних і якісних методів у підготовці рішень, підготовка даних для прийняття декількох варіантів рішення, надання можливості комплексної оцінки ефективності рішень. У системному підході оптимальним рішенням вважається таке, яке забезпечує виконання поставленої мети при мінімумі витрат ресурсів. Можливість контролю зміни індикаторів в часі надає методологія системного аналізу.

Отже, незважаючи на наявні відмінності в підходах до визначення поняття моніторингу, можна виділити його найбільш типові характеристики. По-перше, моніторинг – це процес, що повторюється в часі. Суть його – фіксація стану об'єкта, процесу, явища на певний момент часу, тобто збір інформації. Друге положення є наслідком першого: об'єктом моніторингу може бути предмет, процес або система, який перебуває у стані постійної зміни, тобто є динамічним. Предметом моніторингу при цьому може бути майже будь-яка інформація, яку можна зібрати про стан спостережуваного об'єкта. Третя риса, властива моніторингу, – це суворе залежність результативності від його мети. Ще одна значима особливість моніторингу – орієнтованість на попит, тобто на інформаційні потреби осіб, які приймають рішення у відповідній сфері діяльності. Виходячи з цього, моніторинг можна

визначити як систему регулярного відстежування динаміки спостережуваного об'єкта з метою підготовки інформації для прийняття управлінських рішень.

Варто визнати, що, незважаючи на різноманіття існуючих видів моніторингу, не існує універсальної «правильної» або «оптимальної» системи. Система моніторингу не може бути створена раз і назавжди. Як система, що постійно розвивається, вона повинна вдосконалюватися еволюційним шляхом. З однієї і тієї ж кількості індикаторів можна сформулювати декілька різних систем моніторингу, що відрізняються цілями свого створення, а отже й структурою, методологією, принципами, вимогами тощо.

На підставі узагальнення й аналізу досвіду моніторингу в системі охорони здоров'я розроблена класифікація його видів, що можуть бути використані з метою державного управління. Відповідно до цієї класифікації, моніторинг реалізації Програми державних гарантій (далі – ПДГ) може бути класифікований як системний, багаторівневий елемент програмного управління, що використовується з метою тактичного планування, спрямований на результат. За методичним підходом – комбінований, суцільний, стандартизований, активний, регулярний, відстрочений в часі, орієнтований на офіційну статистику. Програма державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги є основним механізмом, що реалізовує одну з ключових функцій системи охорони здоров'я, – надання медичної допомоги.

Багаторівневий характер організації управління програмою висуває особливі вимоги до порядку її формування, який зобов'язаний забезпечити досягнення головної мети програми – реалізацію конституційних прав громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги. При цьому передбачається, що обсяг наданої допомоги має бути адекватний потребам населення, а гарантоване фінансування програми – відповідати можливостям держави. Тому вже з моменту планування програми треба передбачити

систему регулярного відстеження динаміки її реалізації з метою підготовки інформації для прийняття рішень щодо управління Програмою державних гарантій (систему моніторингу).

Моніторинг при цьому не лише дає змогу діагностувати виникнення проблемної ситуації, але й виконує функцію інструменту, що забезпечує зворотний зв'язок: за його результатами може коригуватися відстежувана програма. Міра коригування визначається станом процесу реалізації Програми державних гарантій і динаміки зовнішніх умов, медико-демографічних, соціально-економічних, політичних, екологічних та інших факторів. Коригування може зачіпати зміну гарантованих нормативів, структури медичної допомоги – аж до зміни структури і змісту самої Програми державних гарантій.

Отже, під системою моніторингу у сфері державного управління медичним забезпеченням населення розуміється єдина (побудована з урахуванням ієрархії, на основі єдиних принципів і методичних підходів) система поточного обліку, контролю, оцінки і причинно-наслідкового аналізу реалізації основних індикативних показників, що відображають реально існуючу, плановану (нормативну) і перспективну (у межах стратегічного планування) потребу населення в основних видах медичної допомоги, її ресурсну забезпеченість та соціальну ефективність, з пріоритетом видів, що найбільше впливають на рівень здоров'я населення та підвищення ефективності галузі.

Об'єктами спостереження в моніторингу є:

- система охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях, які реалізують державні гарантії щодо надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги у межах відповідних ПДГ;
- окремі вибіркові медичні установи, регіональні системи охорони здоров'я та інші організації, що беруть участь у процесі надання і фінансування медичної допомоги;
- окремі вибіркові сукупності населення, яке отримує медичну

допомогу в межах ПДГ;

- спеціально підібрані сукупності фахівців високої кваліфікації, здатні на основі експертного методу розробляти варіанти управлінських рішень.

Головною метою ПДГ є забезпечення конституційних прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги. Основна ж мета моніторингу реалізації ПДГ полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки управління системою охороною здоров'я в частині забезпечення державних гарантій щодо надання населенню безкоштовної медичної допомоги та реалізації основних галузевих пріоритетів у сфері фінансування, а також в наданні відповідним органам управління об'єктивної і своєчасної інформації про види та обсяги медичної допомоги, її фінансування і відповідність державним вимогам, закладеним у нормативних показниках програми державних гарантій.

Залежно від рівня, на якому приймаються рішення, аналізу поточної ситуації і виявлених проблем, цілі дезагрегуються і конкретизуються; визначається остаточний перелік інформації, що підлягає моніторингу, а так само її характеристики. В якості кінцевої стратегічної мети управління охороною здоров'я на основі моніторингу реалізації ПДГ в Україні має бути створений єдиний нормативно-правовий простір із забезпеченням територіальної доступності і соціальної справедливості, побудований на принципах надання всім громадянам країни гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги високої якості й однакових умов її надання при чітко організованій та ефективно діючій системі охорони здоров'я.

На відміну від цілей, завдання є кількісним рівнем того або іншого показника, який бажано досягти до певного моменту часу. Завдання програми державних гарантій – це регламентовані нею нормативи. Нормативи програми державних гарантій адаптовані до особливостей регіонів, плюс додаткові індикатори, встановлені програмою (за їх наявності).

Основні завдання моніторингу реалізації ПДГ: забезпечення



регулярного контролю реалізації державної і регіональної програм державних гарантій на основі формування єдиної системи індикаторів, використання галузевої статистики; здійснення кваліфікованої оцінки й аналізу ситуації загалом по країні, в регіонах щодо реалізації державних гарантій забезпечення населення безкоштовними видами медичної допомоги із залученням (за необхідності) незалежних експертів, джерел додаткової інформації спеціальних досліджень; розробка пропозицій щодо підвищення ефективності фінансового управління охороною здоров'я, оптимізації фінансових потоків, вдосконалення механізмів управління, обґрунтування складу і змісту необхідних управлінських рішень; широке інформування громадськості про реалізацію державних гарантій щодо забезпечення населення безкоштовною медичною допомогою шляхом регулярної публікації результатів моніторингу в засобах масової інформації, популярних і наукових виданнях; внесення пропозицій щодо оптимізації обліково-звітної документації державної статистики, вдосконалення форм і методів збору та обробки інформації; розвиток регіональної мережі моніторингу програми державних гарантій.

Структура системи моніторингу передбачає необхідність узгодження організаційної, інституціональної, регіональної і методологічної складових та безпосередньо залежить від структури цієї програми. Сумісність між ними покликана забезпечити раціональна організація інформаційної бази моніторингу. Оскільки основою моніторингу передусім є галузева статистична база, а також масив даних офіційної статистики, то при обґрунтуванні структури і змісту його системи за основу прийняті наявні інформаційні можливості, що реалізуються в системі управління охороною здоров'я.

Важливою методичною вимогою до організації моніторингу є суворе співвідношення його мети (завдань) із системою спостережуваних індикативних показників. Це означає, що при виборі показника і критеріїв його оцінки треба враховувати здатність однозначно свідчити про

задоволення громадян України безкоштовною медичною допомогою і впливати на вибір конкретного управлінського рішення.

Система моніторингу програми державних гарантій має ґрунтуватися на порівнянні даних (фактичних із нормативними, за роками), що дає можливість виявити відхилення від очікуваних значень, тому для неї критичною вимогою є порівнянність показників. З метою забезпечення порівнянності даних за роками їх структура й алгоритм розрахунку мають бути чітко прописані. Подібна вимога особливо актуальна для показників обсягу медичної допомоги. Крім того, має бути дотриманий єдиний принцип розрахунку – на одну людину за рік.

Кількість показників повинна бути мінімально необхідною і достатньою для формулювання висновку про ступінь задоволення потреби населення в безкоштовній медичній допомозі. Показники мають бути єдиними в межах вертикальної організації системи моніторингу за рівнями управління. Роль кожного показника повинна бути чітко прописана, враховуючи існуючі взаємозв'язки між показниками. Без їх визначення це буде набором різних даних, а не системою показників.

Нормативний характер показників вимагає визначення стандарту або критерію, закладеного в будь-якому показнику, за яким звіряються зміни і визначається міра досягнення мети. Інформація, що надходить до різних систем управління (органів управління охороною здоров'я), має бути несуперечливою. Дублювання інформації повинне бути зведене до мінімуму.

Система моніторингу має бути інформативна, достовірна, оперативна й об'єктивна. Вона не повинна залежати від суб'єктивних факторів, в якості яких можна розглядати індивідуальні переваги особи, яка приймає рішення, політичні інтереси, оскільки так не виконуватиметься вимога об'єктивності і достовірності.

Така система повинна бути реально затребувана при прийнятті управлінських рішень. У користувачів системи моніторингу має бути чітке уявлення про можливість впливу на відповідні фактори або, принаймні, їх

врахування у своїй управлінській діяльності. Система моніторингу повинна передбачати реалізацію таких засадничих принципів, як: пріоритетність управління, цілеспрямованість, об'єктивність, достовірність, оперативність, несуперечність, проблемність, цілісність. Бажано використати поєднання процесного (орієнтації на процес) і результативного (орієнтації на результат) підходів, агрегацію інформації за рівнями управління, сучасні технології обробки й аналізу інформації з метою обґрунтування і вибору найбільш оптимальних управлінських рішень.

Система моніторингу реалізації програми державних гарантій має також досліджувати використані ресурси у співвідношенні з отриманими результатами (обсягами медичної допомоги). Програма не може вважатися завершеною, якщо не проведена оцінка її наслідків (вигод для населення) і кінцевого впливу (вплив на рівень громадського здоров'я). Тому насущною вимогою є зміна існуючого підходу до оцінки програм і відповідного розширення програми моніторингу, насамперед, за рахунок медико-соціального компонента.

Комплексний характер програми моніторингу реалізації програми державних гарантій вимагає узгодження основних структурних елементів системи: цілей проведення моніторингу, його змісту (широти охоплення відстежуваних питань), взаємодії структурних елементів, здійснення процесу моніторингу і видачі його результатів і, головне, використання результатів моніторингу для управлінських цілей. Для забезпечення і контролю функціонування програми державних гарантій необхідно виділити три основні напрями інформаційного супроводу процесу розробки і контролю реалізації програми, призначених для розробки завдань на формування програми, контролю реалізації, розробки практичних заходів щодо оптимізації ходу реалізації програми.

Система моніторингу реалізації програми державних гарантій припускає наявність ключових структурних компонентів :

1. Системи обліку (збору й обробки первинної інформації), що

забезпечує належну якість даних. При цьому до показників, включених в інформаційну базу моніторингу, має висуватися додаткова вимога порівнянності з програмними показниками, які у свою чергу зобов'язані суворо відповідати головній меті програми державних гарантій.

2. Системи контролю, що вимагає обов'язкової регламентації нормативних значень відстежуваних індикаторів.

3. Системи оцінки отриманих результатів, яка підлягає включенню в систему моніторингу тільки тоді, коли вона забезпечує порівняльну оцінку порівнянних даних за єдиною методикою та одним інструментарієм.

4. Системи аналізу. Цільовий аналіз дає можливість відповісти на заздалегідь невідомі питання, ставлячи своєю метою встановлення причинно-наслідкових зв'язків, залежностей між показниками, або підготовку прогнозу майбутнього стану спостережуваного об'єкта, проте важко піддається формалізації. Пошуковий аналіз допомагає виявити заздалегідь невідомі закономірності у великих масивах даних або «інтуїтивно зрозумілі» залежності, що вже сьогодні може дати відповідь на ті питання, які виникнуть завтра.

При формуванні інформаційної бази моніторингу потрібне дотримання двох простих правил: виконання всіх нормативів Програми державних гарантій має бути відстежене. Отже, в базі повинні знайти відображення всі нормативи, наявні в Програмі. Відстеженими мають бути всі показники (нормативи), регламентовані Програмою державних гарантій. Тому всі показники, наявні в базі, мають бути регламентовані Програмою.

### **3.2. Розробка моделі генетичного моніторингу в Україні**

В умовах моніторингу реалізації Програми обов'язковому відстежуванню, що вимагає відповідного інформаційного забезпечення (відображення в інформаційній базі), підлягають такі групи показників:

– регламентовані показники Програми, які диференційовані за видами

медичної допомоги: реалізація обсягу медичної допомоги (кількість викликів, кількість відвідувань, кількість ліжко-днів, пацієнто-днів лікування в денних стаціонарах) з розрахунку на 1 людину на рік; реалізація вартості одиниці обсягу медичної допомоги (у грн); реалізація подушного фінансового забезпечення (у грн на 1 людину на рік). Передбачається, що показник подушного фінансування є похідною величиною;

– додатково рекомендовані методичними рекомендаціями показники: реалізація базових показників обсягу стаціонарної допомоги (показників рівня і середньої тривалості госпіталізації). Показники стаціонарної допомоги мають бути додатково диференційовані за профілями відділень (ліжок), рівнями допомоги і віковою структурою населення (діти, дорослі). Показники амбулаторно-поліклінічної допомоги, включаючи медичну допомогу в денних стаціонарах, – за віковою структурою населення і лікарськими спеціальностями.

Перелік показників, що підлягають додатковому відстежуванню, визначається напрямами оцінно-аналітичної діяльності, які наслідують користувачі системи моніторингу Програми, може і не мати відображення в інформаційній базі, а бути результатом обробки первинних даних в процесі оцінки результатів моніторингу. Склад показників для аналітичного блоку визначається за результатами оцінки основної інформації з метою виявлення причин (факторів), що зумовили виникнення конкретних ситуацій.

*Таблиця 3.1*

### **Основні кроки організації моніторингу**

№	В загальному випадку	У відносинах моніторингу реалізації ПДГ
1.	Визначення предмета моніторингу	Види, обсяги, вартісні параметри медичної допомоги
2.	Визначення об'єкта моніторингу – рівнів соціально-економічної системи, на якому досліджується предмет моніторингу	Державний та регіональний рівні
3.	Формалізація головної цілі та завдань моніторингу	Формування нормативної бази ПДГ

4.	Визначення користувачів системи, їх вимог, очікувань, уподобань	Користувачі – органи державної влади, системи ОМС. Вимоги – своєчасність та об'єктивність інформації про ситуацію. Очікування – можливість коректувати ПДГ наступного року
5.	Визначення вимог до систем моніторингу	Цілеспрямованість, інформативність, достовірність, комплексність
6.	Визначення системи показників (індикаторів), рівень і динаміка яких повинні перебувати під наглядом	Перелік видів допомоги, обсяги допомоги за основними видами, середньорічні витрати на 1 особу
7.	Встановлення щодо кожного з вибраних індикаторів базових рівнів	Нормативи обсягів допомоги за основними видами, середня вартість допомоги за основними видами, поособні норматив
8.	Визначення критеріїв оцінки результатів моніторингу і зіставлення програми оцінки	Ступінь виконання нормативів з урахуванням структурної складової допомоги і державних пріоритетів, забезпечення порівнянності показників (стандартизація на основі коефіцієнтів вирівнювання, інтегральна оцінка регіонів за основними параметрами)
9.	Визначення методів та інструментів збору інформації, звітного документа спостереження, очікуваної тривалості	Тривалість визначена строком існування ПДГ
10.	Оптимізація календарного плану моніторингу – забезпечення його фізичної, економічної та фінансової реалізації	Забезпечення відповідності завдань моніторингу та його ресурсного забезпечення
11.	Визначення необхідних ресурсів та інвентаризація їх	Розробка плану моніторингу (щодо основної та забезпечувальної діяльності)
12.	Визначення відповідного управлінського органу, надання йому необхідних повноважень, розподіл відповідальності	Обґрунтування і формування організаційної структури системи моніторингу
13.	Встановлення вихідного стану спостережуваного об'єкта; збір інформації про поточний стан індикативних показників	
14.	Обробка даних та формування результатів моніторингу	Відповідність фактичної очікуваної ситуації та сигналізація про наявність відхилень
15.	Оцінка результатів моніторингу згідно з програмою оцінок	Порівняння результатів моніторингу з попередніми, вихідними, прогнозованими, середніми, кращими тощо (власними по регіону, по Україні) і формулювання висновку про рівень та динаміку забезпечення громадян медичною допомогою. Неочікувана, нестандартна ситуація підлягає поглибленому аналізу спеціалістами
16.	Розробка та прийняття управлінського рішення за підсумкам моніторингу й оцінки	

Для моніторингу потрібна не вся інформація, яку можна зібрати про спостережуваний об'єкт, а тільки ті загальноприйняті критерії (показники

або індикатори), які найбільш повно і достовірно характеризують його властивості і/або ознаки, що цікавлять користувача в розрізі поставленої мети. На рівень керівника повинні видаватися тільки узагальнені відомості про наявні відхилення у функціонуванні системи, які дадуть можливість оцінити шляхи оптимізації ситуації. Показники мають бути сформульовані так, щоб у замовника моніторингу було чітке уявлення про можливість впливу на відповідні фактори або, принаймні, їх урахування у своїй управлінській діяльності.

До якості даних належить увесь діапазон чинників, що визначають, наскільки добре окремий показник підходить для конкретного застосування. «Якісний показник» об'єктивний, точний, надійний, доступний методологічно правильний, нечутливий до впливу побічних (не пов'язаних із результатами) факторів. Крім того, він не містить технічних помилок (виміру, обчислення, відбору, вибірки), навмисних або ненавмисних спотворень інформації під впливом «людського» фактору. Конкретний вибір індикаторів залежить як від складності специфіки явища, що вивчається, так і від того, що можна реально відстежити за наявних ресурсів і обмежень у часі.

Відповідно до загальнотеоретичного підходу, організація моніторингу припускає послідовність наступних кроків для сталого розвитку охорони здоров'я, а також недостатньо високий рівень аналітичної підготовки управлінських кадрів, організацію системи моніторингу Програми повинна передбачати створення окремої багаторівневої організаційної структури.

Оцінка – думка, судження про міру, рівень, якість відстежуваного показника, що ґрунтується на результатах моніторингу. Правила інтерпретації даних визначаються відповідною програмою оцінки, що розробляється паралельно з програмою моніторингу.

Методичне забезпечення оцінки будується так, щоб її результати могли дати відповідь на питання, які поставлені при формуванні системи моніторингу. А всі поставлені питання мають бути підпорядковані головній меті відстежуваної програми – основній меті спостереження. Іншими

словами, важливо не просто констатувати виявлений факт, а з'ясувати, як він відображається на досягненні основної мети цієї програми. При виявленні нестандартної ситуації в якомусь з її сегментів програма оцінки доповнюється і/або коригується.

Основні типи оцінок: оцінка процесу реалізації програми; оцінка практичних результатів, пов'язаних із реалізацією; оцінка причин, що визначають процес реалізації програми і його результати (вплив програми). У кожному з видів оцінок використовуються власні схеми їх проведення та методи збору даних. Інструменти і методи оцінки, визначені обраною програмою:

- логічна матриця, що дає змогу оцінити витрачені ресурси, процес реалізації програми, результати та індикатори реалізації програми;

- SWOT-аналіз (сильні і слабкі сторони, можливості і загрози) дає можливість порівняти початкову і поточну ситуацію та допомагає прийняти відповідне управлінське рішення на основі аналізу діяльності з урахуванням існуючих можливостей і загроз;

- опитування, що дають змогу зібрати інформацію від вибірки організацій, груп населення, окремих індивідів у стандартизованій формі;

- аналіз результативності витрат та аналіз вигідності витрат, які дають можливість виміряти виправданість ресурсних вкладень порівняно з отриманими результатами. При цьому вимірювання робляться як у грошовому еквіваленті (при аналізі вигідності), так і шляхом порівняння грошового вкладу і негрошового результату (при аналізі результативності);

- аналіз ефективності видатків, який спрямований зазвичай на підвищення ефективності управління публічними фінансами шляхом зміщення пріоритетів від «управління бюджетними ресурсами (витратами)» в бік «управління результатами»;

- відстеження державних видатків, що дає можливість проконтролювати витрачання державних коштів. З метою аудиту ефективності використання державних ресурсів можуть залучатися фахівці



Рахункової палати.

Основні стадії оцінки:

- постановка мети. Оцінка реалізації ПДГ допомагає отримати інформацію для прийняття управлінських рішень. Це означає, що запит на проведення оцінки завжди виходить від особи, яка приймає рішення. Суть цього запиту пов'язана з тим, які саме рішення передбачається прийняти;
- визначення завдання на проведення оцінки. Головною частиною завдання щодо проведення оцінки є перелік запитань, на які треба відповісти. Вони мають бути логічно пов'язані з метою оцінки;
- планування оцінки. Визначення методів та інструментів для збору інформації. У найбільш загальному вигляді всі існуючі методи оцінки можна розділити на чотири групи: спостереження, вивчення документації, анкетування та експертиза;
- збір інформації. Головна ідея розподілу етапів збору інформації та аналізу полягає в тому, що висновки повинні базуватися не на окремих фактах, а на їх сукупності. При зборі інформації використовуються дані моніторингу. У разі потреби результати моніторингу доповнюються даними, отриманими з додаткових джерел;
- обробка інформації. Результати моніторингу і додаткові дані, отримані з різних джерел, готуються до проведення оцінки. Підготовка включає обчислення, порівняння, статистичну, текстову, логічну обробку;
- аналіз інформації. Саме на цьому етапі з розрізнених фактів складається цілісна картина. На підставі отриманих даних робляться висновки і формулюються рекомендації відносно прийняття управлінського рішення. Важливо вийти за межі констатації статистичних даних;
- підготовка звіту. Форма і зміст звіту про проведену оцінку визначаються при узгодженні завдання для оцінки;
- повідомлення про результати оцінки. Сене проведення оцінки – отримання об'єктивного результату. Це означає, що повідомлення про результати може містити і позитивні, і негативні моменти. Для того, щоб

встановити причинно-наслідковий зв'язок між впливом на спостережуваний об'єкт і досягнутими результатами та відповісти на питання, чим були зумовлені зміни – результатом реалізації стратегії або зовнішніми причинами, – висновки, отримані в результаті оцінки, варто проаналізувати. Залежно від поставлених цілей, існують різні підходи до оцінки, що досліджують різні аспекти (рис. 3.1).

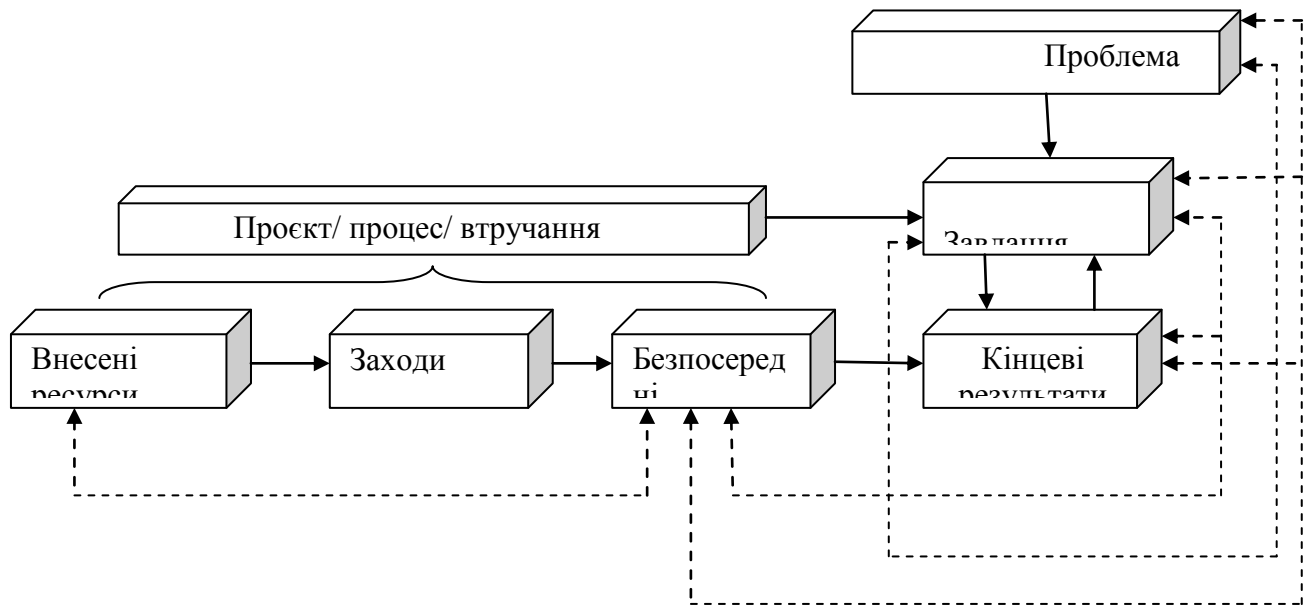


Рис. 3.1. Ключові аспекти оцінки

Попри те, що моніторинг, оцінку, аналіз і прогноз виділено в самостійні системи, вони тісно пов'язані і навіть замкнені в єдиний контур. Системотвірною ланкою є управлінське рішення, що ініціює проведення моніторингу. На його основі після закінчення циклу розробляється наступне рішення. Обов'язковим елементом системи є оцінка результатів моніторингу. Аналітичний компонент підключається в міру необхідності для вирішення нестандартної, несподіваної ситуації, причина якої незрозуміла або для якої не розроблені варіанти дій. Прогнозування входить до програми моніторингу в обмеженому числі систем, зазвичай розрахованих на тривалий термін (рис. 3.2).

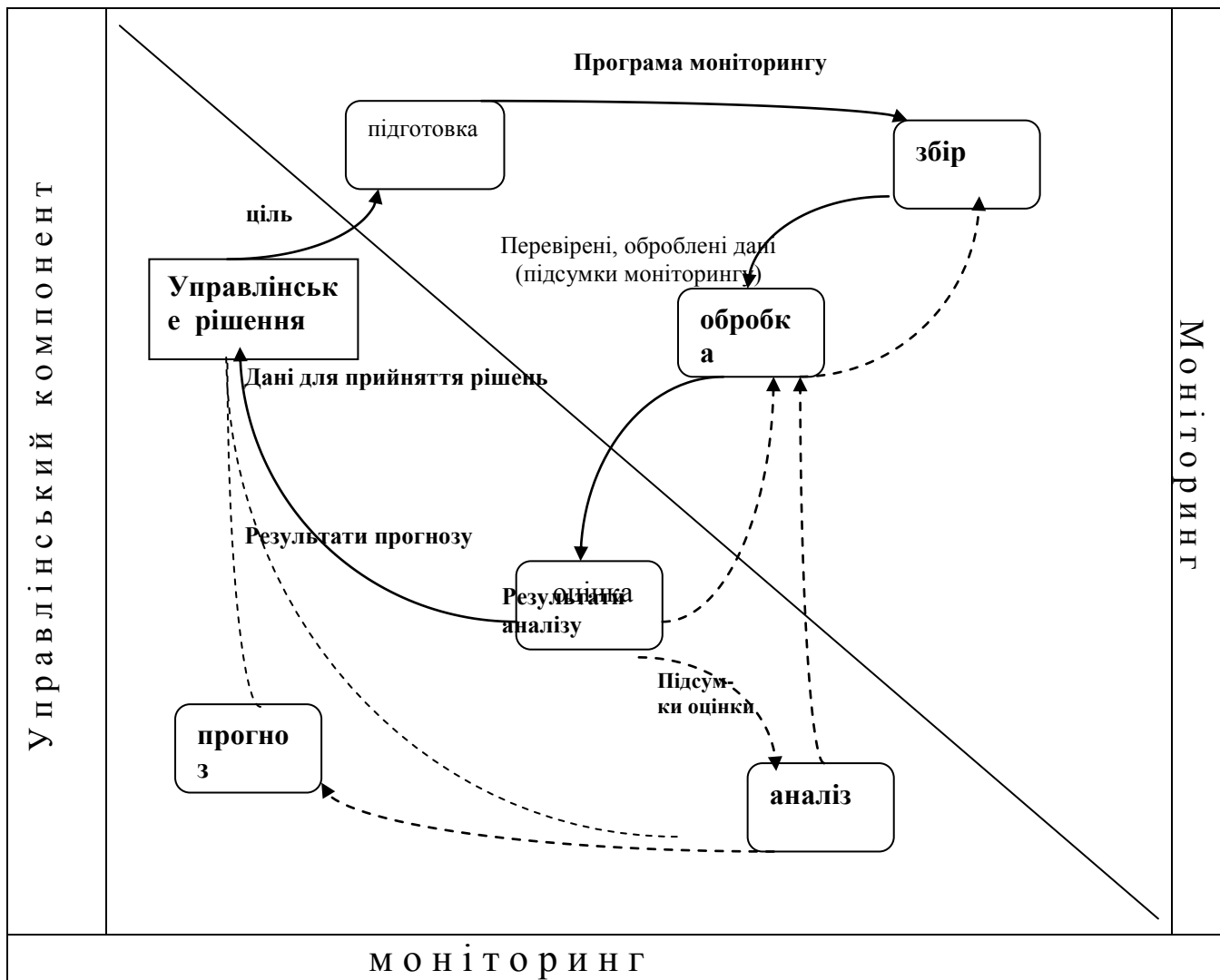


Рис. 3.2. Структурно-логічна схема моніторингу

Отже, головна відмінність оцінки від моніторингу – глибина аналізу. Моніторинг регулярно відстежує реалізацію основних індикаторів програми для отримання оперативної інформації про поточну ситуацію, виявляючи досягнуті або неочікувані результати. Оцінка здійснюється епізодично на ключових етапах реалізації програми з метою аналізу причин досягнення/недосягнення запланованих результатів. Вона дає можливість аналізувати дані за індикаторами не лише кількісного, але й якісного характеру, оскільки саме оцінка відповідає на запитання, чому і як вдалося досягнути поставлених цілей і завдань, проміжних і кінцевих результатів, або, навпаки, чому і яким чином цього не сталося.

Моніторинг та оцінка є надійними інструментами управління, що забезпечують адекватну реалізацію цілей і погоджених заходів та відіграють важливу роль в досягненні результативності. Без оцінки неможливо

здійснювати контролю діяльності та ефективно управляти нею.

Особливості формування ПДГ, що визначають структуру моніторингу, полягають в такому:

- ПДГ має бути поділена на два рівні управління: державний (Програма державних гарантій або ПДГ) і регіональний рівень (Територіальна програма державних гарантій або ТПДГ).

- ПДГ містить перелік видів медичної допомоги, що надається населенню безкоштовно, і так само перелік видів медичної допомоги, що фінансується з різних джерел, які не повністю кореспондують один з одним.

- Державні гарантії щодо надання безкоштовної медичної допомоги, що містяться в програмному документі, визначені як мінімальні. За наявності відповідних умов (потреби населення і фінансових можливостей регіону) мінімальні державні гарантії, що становлять основу ПДГ, можуть бути розширені в ТПДГ за рахунок коштів відповідного місцевого бюджету. Виходячи з цього, структура ТПДГ складається з двох основних частин – мінімальних державних гарантій, регламентованих ПДГ, і додаткових (розширених) державних гарантій, закріплених в ТПДГ.

- Державні гарантії регламентовані показниками обсягу і вартості одиниці обсягу 4-х видів медичної допомоги, представлених у вигляді середніх розрахункових величин, яким наданий статус нормативів. Усі показники виражені в інтенсивних значеннях (на 1 людину на рік, на 1 одиницю обсягу медичної послуги).

Норматив подушного фінансового забезпечення медичної допомоги містить додаткову суму, призначену для фінансування видатків на додаткові та інші види допомоги (утримання медичних установ, лікарське забезпечення пільгових категорій громадян, санаторну, високотехнологічну допомогу), обсяг і вартість яких не регламентовані ПДГ. Відсутність у межах ПДГ чіткої регламентації додаткових видатків, включаючи алгоритм розрахунку, призводить до їх непорівнянності. Виходячи з цих положень, структура ТПДГ складається з двох частин: основної (регламентує видатки на надання 4-х видів медичної допомоги) і додаткової (чітко не регламентованої, але врахованої в подушному нормативі).

Структура регламентованих видів медичної допомоги однозначно не

визначена, хоча щорічно переглядається.

Обсяги дорогої (високотехнологічної) допомоги, що здійснюється в державних спеціалізованих медичних установах.

У практику охорони здоров'я введений основний статистичний документ галузевого рівня, що забезпечує інформаційний супровід процесу реалізації ПДГ.

У ПДГ має бути визначений порядок адаптації нормативів до особливостей територій, згідно з яким необхідно враховувати віково-статевий склад, рівень і структуру захворюваності населення.

Отже, при створенні нормативної бази узгодження принципів формування програм двох рівнів управління в частині врахування факторів, що впливають, відбувається на регіональному рівні, на якому середньодержавні нормативи підлягають адаптації до особливостей конкретного регіону. Вище за регіональний рівень (на державному рівні) беруться до уваги такі фактори як стать, вік, рівень захворюваності населення. На регіональному рівні і нижче (на місцевому рівні) додатково враховується структура захворюваності населення.

На сьогодні видатки на охорону здоров'я більшою мірою визначаються рівнем економічного розвитку регіонів і меншою залежать від реальних потреб населення. Механізм формування ПДГ зумовлює доцільність оцінки ефективності планування медичної допомоги в регіонах на основі порівняння потреби населення, реального плану її реалізації і фактичного виконання.

На формування програм моніторингу впливають такі недоліки обліково-звітної документації, як: облік діяльності системи охорони здоров'я понад ПДГ; ігнорування низки показників, що покладені в основу формування ТПДГ; обмежені можливості агрегації і декомпозиції показників програм різного рівня; неврахування затребуваності показників, що покладені в основу прийняття управлінських рішень. Однією з причин цього є орієнтація форми на порядок витрачання коштів (національні рахунки охорони здоров'я) замість досягнення головної мети ПДГ.

Головні причини, що зумовили необхідність проведення моніторингу реалізації ПДГ:

- на тлі децентралізації управління зміцнення механізмів державного

регулювання соціальної сфери передусім проявляється в чіткому встановленні державних гарантій, виконання яких вимагає належної системи обліку, контролю, подальшої оцінки;

- різко виражені регіональні диспропорції у фінансуванні галузі вимагають управлінських дій щодо забезпечення рівності громадян України в отриманні медичної допомоги незалежно від місця проживання, стану здоров'я, віку і статі;

- зміна існуючих принципів планування в охороні здоров'я від фінансування мережі медичних установ до подушного фінансування залежно від потреби населення, на основі державного регулювання цін, підвищення структурної ефективності галузі, стимулювання раціонального використання ресурсів;

- необхідність створення консолідованої системи обліку ключового потоку фінансових коштів у галузі;

- створення організаційно-методичних передумов для «управління ефективністю» діяльності системи охорони здоров'я.

На сьогодні становлення України як економічно сильної та незалежної держави пов'язане з подоланням низки перепон у вигляді глобалізаційних загроз, обмеження ресурсів, у тому числі й людських, зростання внутрішнього та зовнішнього боргу держави, можливості політичної та соціальної кризи. За таких умов необхідні зміни в усіх сферах державної політики та практики, зокрема в медичній галузі.

Правила ринкової економіки диктують необхідність скорочення соціальних витрат, обґрунтування економічної ефективності державних програм, що створюються, вдосконалення роботи вже існуючих. В умовах обмежених ресурсів при розробці та впровадженні державних програм у галузі охорони здоров'я особливої ваги набуває проблема визначення пріоритетів – процес, який до того ж повинний бути прозорим [1].

Вважають, що визначення пріоритетів у сфері охорони здоров'я повинне бути багаторівневим. Макрорівень передбачає пріоритетність забезпеченості ресурсами заходів щодо охорони здоров'я відносно інших дій у державі. На другому рівні виділення пріоритетів пов'язане з розподілом бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я по регіонах. Третій

рівень визначення пріоритетів показує перевагу тих чи інших конкретних заходів [2].

Незадовільний стан здоров'я і скорочення кількості населення на сьогодні є перешкодою майбутньому України, але цей факт ще недостатньо усвідомлюється владними структурами, що відображається в недостатньому розумінні міжгалузевого характеру проблеми збереження здоров'я населення, поверхневій увазі до первинної профілактики захворювань, обмеженості ресурсів, що виділяються для розвитку системи охорони здоров'я, нецільовому та неефективному використанню вже виділених ресурсів.

Незважаючи на те, що останнім часом фінансування цієї сфери дещо збільшено (з державного і місцевих бюджетів та за рахунок залучення додаткових джерел), відносно недофінансування системи охорони здоров'я лише зростає [3]. При цьому науково-методичні аспекти економічного обґрунтування витрат бюджетних коштів та економічної оцінки ефективності лікувально-профілактичних заходів залишаються розробленими недостатньо. Вищезазначене утруднює якісне та результативне реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Варто зауважити, що результати проведення генетичного моніторингу є важливими для збереження національної безпеки, оскільки, окрім виявлення хворих та визначення частоти генетично зумовленої патології, такий моніторинг має ще одне невід'ємне завдання, яке полягає в оцінці стану генофонду населення, в тому числі визначенні спрямованості перебігу генетико-демографічних процесів. Важливість зазначеного аспекту зумовлена тим, що суттєвий прогрес у багатьох галузях медицини знизив тиск природного відбору в людських популяціях і його основними факторами стали інфертильність та репродуктивні втрати [6].

Однак повноцінне виконання поставлених перед генетичним моніторингом (як епідеміологічною системою) завдань потребує визначення медичної та економічної ефективності його проведення. Якщо суто медичні аспекти організації моніторингу можна вважати на сьогодні вже досить розробленими [7–10], то відсутність економічних критеріїв ефективності генетичного моніторингу утруднює визначення величини ефекту від

реалізації програми на державному рівні. Тому вкрай необхідною є розробка концептуальної моделі механізму реалізації генетичного моніторингу в Україні з виділенням і характеристикою його економічної складової.

Варто зазначити, що розробці проблематики, пов'язаної з формалізацією основ генетичного моніторингу, присвячено чимало наукових досліджень як українських, так і зарубіжних учених [4; 8–25]. Віддаючи належне авторам зазначених наукових робіт, треба сказати, що питання, які порушуються в цитованих працях, здебільшого стосуються суто медичних аспектів організації системи моніторингу (перелік патологій, діагностична тактика та вимоги до методів, які застосовуються, організація обліку та лікування). Дійсно, такий підхід є достатнім та цілком обґрунтованим для вирішення прикладних питань моніторингу. Але економічне обґрунтування вибору спектру досліджуваної патології, глибини діагностики, встановлення обсягу витрачених коштів на діагностику та наступне лікування, використаних ресурсів, а отже і визначення ефективності системи моніторингу загалом не проведено.

Запровадження генетичного моніторингу вимагає організації окремої ланки у структурі системи охорони здоров'я та ресурсів на її підтримку. Проте правильно організований моніторинг дає можливість компенсувати витрати шляхом зменшення числа інвалідів з дитинства, що в загальнодержавному масштабі може дати державі економічний зиск.

Аналіз наукової літератури надає підстави для висновку про те, що при створенні системи моніторингу необхідно враховувати низку критеріїв, які вже достатньо викристалізувались. Треба звертати увагу на: наявність правового забезпечення діяльності; характер вибірки (масовий суцільний характер її створення або обстеження чітко встановлених груп ризику); перелік патологій, які планується враховувати (зустрічаються відносно часто, значно знижують життє- та працездатність особи, призводять до інвалідності); наявність доступних і достовірних методів діагностики; існування методів ефективною профілактики чи лікування; забезпечення підготовки персоналу; організацію медичного супроводу хворого; забезпечення системи збору та аналізу інформації; оцінку ефективності системи моніторингу з механізмом зворотного зв'язку та корекції діяльності.



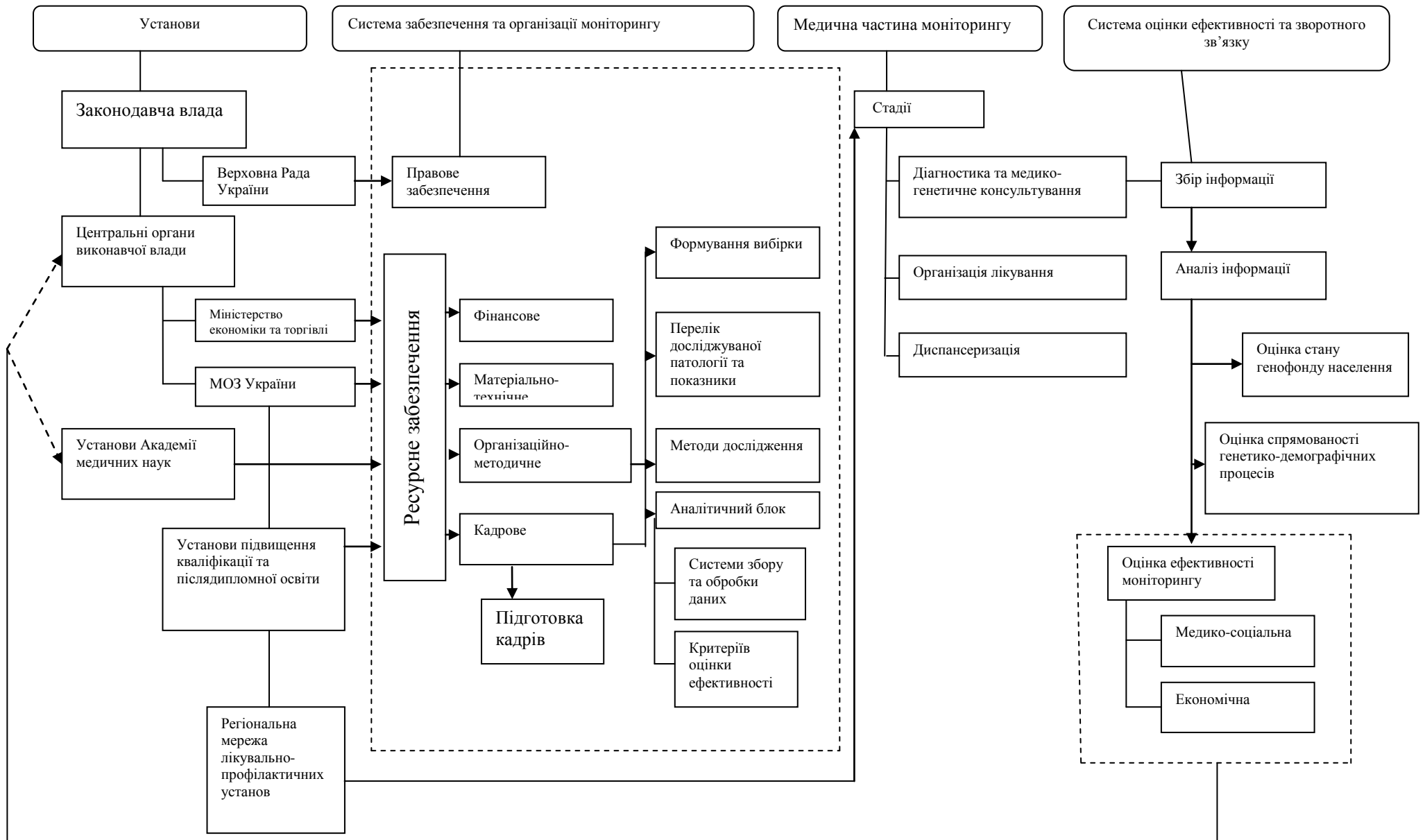


Рис. 3.3. Модель організації генетичного моніторингу в Україні

Однак з них зазвичай останні два якщо і розглядаються, то поверхнево. Виходячи з наведеного вище, вважаємо за доцільне побудувати ієрархію елементів моніторингу у вигляді концептуальної моделі, яку наведено на рис. 3.3. Як видно з рисунка, механізм реалізації генетичного моніторингу повинен мати замкнений характер. Наведена модель визначає структуру системи забезпечення й організації роботи та установи, залучені до проведення моніторингу; встановлює етапи власне моніторингу; виділяє компоненти аналітичної системи, яка відповідає за збір, обробку інформації, оцінку ефективності та формування рекомендацій щодо коригування окремих частин системи забезпечення та організації.

Отримана блок-схема «механізму» не лише формує уявлення про необхідні його структурно-функціональні складові та їх взаємодію, а й дає можливість побудувати модель реалізації дії за конкретних умов. Відповідно до існуючих норм правового простору, за реалізацію кожного компонента системи забезпечення та організації відповідає окрема державна установа. Однак найголовнішою умовою цілісного функціонування системи моніторингу є чітко визначена ієрархія, налагоджена взаємодія та наступність дій.

На сьогодні вже достатньо чітко сформовані основні підходи до методології масової діагностики, що необхідно враховувати при формуванні головних компонентів її забезпечення. Насамперед, необхідне визначення кола патології на доклінічному етапі, спектру показників, які планується застосувати, характеру вибірки, що в переважній більшості повинна бути суцільною. Проведення первинної профілактики для всіх груп населення передбачає також і ВООЗ. Якщо вважається доцільним проведення масового обстеження формування тільки певних груп населення, то в цьому випадку необхідне наукове обґрунтування та чіткі критерії виокремлення таких контингентів.

До переліку станів, які підлягають обліку та аналізу з метою оцінки стану генофонду населення, необхідно віднести первинне безпліддя,

спонтанні аборти (особливо першого триместру гестації, коли питома вага летальних мутацій (переважно геномних та хромосомних) складає понад 50 %), випадки перинатальної смерті, багатоплідні вагітності, народження дітей з уродженими вадами розвитку, співвідношення дітей при народженні за статтю, оцінку їх маси та зросту.

Відповідно до усталених норм методології скринінгового обстеження, на сьогодні вже чітко виокремлені критерії, за якими відбирають спадкові захворювання, що підлягають виявленню та обов'язковій реєстрації, методи, що можуть бути використані, обґрунтована стабільність моніторингу. Тож немає необхідності зупинятися окремо на розгляді цих питань. Невід'ємною складовою процесу моніторингу є система збору та обробки інформації. Необхідність опрацювання значних обсягів вхідної інформації, які постійно зростають, зумовлює перевантаження аналітичної та управлінської ланок. А це призводить до зниження якості роботи на етапах планування, оперативного контролю та аналізу. Враховуючи те, що одним із найбільш ефективних шляхів зниження такої перевантаженості та підвищення ефективності використання трудових ресурсів є застосування інформаційно-прикладних систем обробки даних, бо саме вони мають бути обов'язковою частиною модернізації процесу моніторингу. Безумовно, їх застосування повинне базуватись на розгалуженій регіональній комп'ютерній мережі, проблеми запровадження якої раніше розглядалися [25]. Кінцевим етапом моніторингу має стати оцінка медико-соціальної та економічної ефективності як головних критеріїв його результативності.

Індикатори, що відображають кінцеві результати наданої допомоги, – позитивні зміни у величині показників, які характеризують стан здоров'я населення. Важливим є ступінь задоволеності населення якістю наданої допомоги. Хоча мешканці будь-якої країни часто не задоволені якістю надання медичної допомоги, вважають, що оцінка показників у вищезгаданому алгоритмі характеризує ставлення медичних працівників до пацієнтів та дає можливість забезпечити хворому надання задовільної

медичної допомоги. Разом з тим застосування такої концепції сприяє підвищенню ефективності використання ресурсів [26].

Медична ефективність проведення генетичного моніторингу буде полягати у зниженні рівня репродуктивних втрат та дитячої смертності, вдосконаленні діагностики, зміні структури вродженої патології серед новонароджених на користь менш інвалідизованих захворювань. Соціальну ефективність можна оцінювати за зменшенням питомої ваги генетичних хвороб у причинах та загальному рівні інвалідизації дітей. Збільшиться задоволення населення якістю медичної допомоги.

Щодо питання економічної ефективності, то у світі доведено, що проводити скринінгові програми серед вагітних і новонароджених у 5–10 разів дешевше, ніж довічно утримувати інвалідів. Оцінка економічної ефективності ґрунтується на тому, що завчасно проведена профілактика чи розпочате лікування допомагають досягти соціальної адаптації хворого, забезпечивши можливості до його трудової діяльності. Отже, держава разом з видатками на діагностику та лікування отримує значний економічний зиск від внеску особи у формування ВВП. Зрозуміло, що адекватна організація процесу збору, аналізу інформації, встановлення критеріїв ефективності, вимагає, як уже зазначалося, створення окремої ланки у функціональній структурі медичної галузі, яка б мала у штаті фахівців із медико-біологічної статистики та економіки охорони здоров'я.

На сьогодні, на жаль, відсутні єдині підходи до економічного обґрунтування ефективності моніторингу в державі у будь-якій сфері. При аналізі результатів наукових здобутків, присвячених дослідженню ефективності різних видів економічної діяльності, з'являються підстави для висновку про те, що економічна ефективність генетичного моніторингу має розраховуватись, виходячи з таких величин: обсяг коштів, виділених на проведення моніторингу; видатки на виявлення одного випадку захворювання з подальшим перерахунком на всі, що враховуються; вартість лікування та реабілітації; вартість людського життя; розрахунковий прибуток

держави від трудової діяльності особи внаслідок проведеного успішного лікування чи профілактики та забезпечення її соціальної і трудової адаптації.

Стосовно витрат на діагностику необхідно зазначити, що основними складовими пренатальної діагностики є ультразвукове обстеження вагітних і біохімічний скринінг, які є порівняно недорогими. Однак ці заходи мають низку своїх обмежень, що часом не дають можливості діагностувати окремі вроджені вади розвитку. При цьому їх основне завдання – якомога повно окреслити групу жінок, які мають підвищений ризик народити дитину з аномалією. Отримані на цьому етапі дані є основою для розрахунку величини ризику та подальшого поглибленого обстеження вагітної з метою підтвердження/спростування наявності патології та вирішення питання щодо подальшого збереження вагітності.

Варто наголосити на тому, що нині єдиним методом, який дає змогу діагностувати всі можливі мікрodelеційні генетичні синдроми в межах всього геному, є порівняльна геномна гібридизація. Вона дає можливість запідозрити генетичний дефект, вчасно виявити його та враховувати його можливі наслідки при плануванні та подальшій вагітності. Однак, враховуючи високу вартість, цю технологію треба застосовувати як метод поглибленого дослідження, для чого мають бути чіткі показання: високий ризик вад розвитку за даними ультразвукового/біохімічного скринінгу (понад 1:250), нормальний каріотип плода, наявність аномалій розвитку за даними ультразвукового обстеження чи фетоскопії (факультативно).

Питання щодо загальної вартості лікування та реабілітації хворого в нашій державі, вартості людського життя і прибутку держави від трудової діяльності особи внаслідок проведеного успішного лікування чи профілактики на сьогодні лишаються розробленими недостатньо, що утруднює економічне обґрунтування моніторингу. За відсутності таких розрахунків важко реально оцінити необхідний обсяг бюджетних коштів, які мають бути виділені на організацію та проведення таких заходів.

Отже, відсутність науково-методологічної бази економічного

обґрунтування витрат бюджетних коштів у системи охорони репродуктивного здоров'я, зокрема профілактики репродуктивних розладів, є одним із чинників, які заважають подальшій розробці цієї проблеми.

### **3.3. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я**

Складність і динамічність сучасної організаційної та економічної діяльності галузі охорони здоров'я визначають необхідність застосування концепції логістики при вирішенні проблем, пов'язаних з удосконаленням інформаційного забезпечення процесу державного управління. Загалом пріоритети застосування концепції та методології логістики для реалізації завдань системи охорони здоров'я повинні визначатися не тільки проблемами, що пов'язані з управлінням потоковими процесами, а й з проблемами трансформації та адаптації галузі охорони здоров'я до ринкових умов та умов побудови в Україні інформаційного суспільства. Слабкість управління системою, що виявляється у відсутності стратегічної орієнтації, інтеграції та координації діяльності на всіх її рівнях, стає основною причиною низької ефективності реформаційних процесів, які відбуваються в галузі охорони здоров'я.

Отже, для вирішення питань запровадження в практику державного управління системою охорони здоров'я більш дієвих механізмів з орієнтацією на широку інформатизацію галузі пропонуємо розглянути таку концепцію розвитку інформаційної системи охорони здоров'я (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Логістична концепція державного управління розвитком інформаційної системи охорони здоров'я

Розглянемо найбільш суттєві складові концепції. Стосовно передумов зазначимо, що сучасній галузі охорони здоров'я притаманні тенденції децентралізації, яка розглядається як основний елемент реформування сектору охорони здоров'я в багатьох країнах.

Децентралізація вважається ефективним способом покращення медичного обслуговування, сприяє забезпеченню більш оптимального розподілу ресурсів з урахуванням потреб, залученням населення до процесу визначення пріоритетів, а також зменшення нерівності в доступі до послуг галузі охорони здоров'я. Вона розглядається у двох аспектах. Перший – як політична мета, оскільки забезпечує участь населення в процесі охорони здоров'я та передбачає підзвітність урядових чиновників, оптимізує роботу

органів місцевого самоврядування. Посилення контролю на місцях може привести до більш ефективного управління матеріально-технічними ресурсами, покращення задоволення місцевих потреб, підвищення мотивації місцевих посадових осіб. Другий аспект полягає в передачі відповідальності з центру в регіони.

Децентралізація визначається як розподіл чи передача владних повноважень в галузі державного управління, планування та прийняття рішень із національного на субнаціональний рівень. Заклади, які управляються з позицій децентралізації, мають низку переваг. Серед них: більш ефективна діяльність закладів охорони здоров'я, оскільки посадовці на місцях здатні швидше визначати проблеми та можливості їх вирішення; гнучке та прискорене реагування на змінювані обставини та потреби системи охорони здоров'я; використання інноваційного підходу для вирішення проблем розвитку системи охорони здоров'я; забезпечення більш високої продуктивності праці робітників на місцях та їх мотивація.

Застосування децентралізованого підходу до управління системою охорони здоров'я передбачає вирішення низки питань, а саме: рівень, на якому повинна здійснюватися децентралізація; механізм передачі повноважень регіональним органам державного управління системою охорони здоров'я в результаті децентралізації; завдання, які повинні вирішувати органи державного управління.

Що ж до новизни концепції, то вона полягає у впровадженні системного підходу, що передбачає врахування ключових елементів, які і впливають на прийняття рішень. Принцип системного підходу полягає в розгляді взаємопов'язаних та взаємодіючих елементів системи для досягнення глобальної мети її функціонування. У широкому розумінні системний підхід розглядає суб'єкта управління як єдину систему, що дає можливість полегшити процес досягнення цілей її функціонування за допомогою чіткого та якісного розуміння роботи різних підсистем та їх інтеграцію в єдине ціле.



Цей підхід свідчить про те, що головні властивості та результати функціонування логістичної системи залежать від складу та властивостей її складових. Треба зазначити, що системний підхід базується на таких принципах: єдність – паралельний розгляд системи як цілого і як сукупності окремих частин; мета – відповідальність за вибір мети; розвиток – урахування змінюваності системи, її здатність до розвитку, накопичення інформації з урахуванням динаміки середовища; ієрархія – супідрядність; невизначеність – урахування ймовірних подій; організованість – ступінь виконання рішень.

Особливість системного підходу в організації логістичної діяльності системи охорони здоров'я полягає в оптимізації функціонування не окремих елементів, а системи охорони здоров'я загалом. Такий підхід сприяє виробленню правильного способу мислення відносно процесу управління розвитком інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я. Системний підхід є особливо важливим при формуванні інформаційних зв'язків, що виникають у процесі державного управління галуззю. Загальна система державного управління охороною здоров'я утворюється з підсистеми зв'язку, в якій інформаційні процеси знаходять своє відображення у вигляді потоків інформації, що застосовується при прийнятті управлінських рішень.

Наступним важливим напрямом концепції є стратегічне управління, що пов'язано зі значною кількістю проблем в галузі, вирішення яких потребує саме його. Ефективність стратегічного управління доведена його активним використанням саме в період трансформації суспільного управління, що сприяє системному перетворенню в будь-якій соціально-економічній системі.

На наш погляд, реалізація цієї концепції дасть змогу комплексно та всебічно вирішувати питання стосовно ефективного руху інформаційних потоків, здійснювати стратегічне планування, створювати необхідні передумови для впровадження нових методів лікування, новітніх

інформаційних технологій, маркетингу, фінансового менеджменту тощо.

Що ж до безпосередньо логістичного управління, то використання багатьох його принципів та інструментарію лише поступово впроваджується та використовується окремими галузевими комплексами [3; 4]. Варто погодитись із думкою науковців про те, що сутність логістичного управління полягає у формуванні дієвої моделі сталого розвитку в умовах ресурсних обмежень і запровадженні її в практику господарювання.

Підкреслимо необхідність упровадження концепції логістики в систему охорони здоров'я, що потребує розробки пропозицій, спрямованих на вдосконалення організаційно-управлінських механізмів реформування системи охорони здоров'я з урахуванням ринково орієнтованих змін соціально-економічного середовища на засадах логістики. Враховуючи те, що основною умовою досягнення цілей логістичного управління є погодження рішень стратегічних, тактичних і оперативних завдань суб'єкта господарювання, представимо логістичне управління системою охорони здоров'я у вигляді схеми (рис. 3.5). Як видно з рисунка, логістичне управління системою охорони здоров'я підпорядковане меті та завданням, які реалізуються за його допомогою.

Варто зазначити, що місія, цілі та завдання системи охорони здоров'я на сучасному етапі визначаються пакетом державних та урядових документів, відповідно до яких і формується зміст цих категорій [22]. Місія системи охорони здоров'я як соціально-економічної системи – це забезпечення всіх громадян України соціальним правом на безкоштовну медичну допомогу гарантованих державою обсягу та якості.



Рис. 3.5. Модель логістичного управління системою охорони здоров'я

Мета системи охорони здоров'я – вироблення стратегії управління на основі всебічного аналізу можливостей, які система може використовувати, та вжиття заходів щодо забезпечення оптимального використання ресурсів для досягнення більш повного задоволення потреб населення медичною допомогою. Завдання системи охорони здоров'я – забезпечення збалансованості ресурсів в охороні здоров'я. Щодо методологічних проблем зазначимо, що формування структури цілей системи охорони здоров'я ми пропонуємо вирішувати з точки зору того, що мета – це усвідомлюваний керівником та виконавцем необхідний результат діяльності, який має кількісне та якісне визначення і враховує перспективні та поточні потреби

споживачів послуг, а також вимоги, які виникають усередині самої галузі. Під завданнями автор пропонує розуміти конкретизовані складові цілі, що становлять собою певні результати, які використовуються як засоби для досягнення цілей.

Отже, здійснення логістичного управління можливе тільки при чітко визначених стратегічних і тактичних цілях. Тобто, насамперед, необхідно говорити про стратегічну орієнтацію в управлінні закладами охорони здоров'я. Що ж до стратегічного планування системи охорони здоров'я, то визначимо його як процес розробки стратегій, стратегічних планів розвитку, планів заходів щодо їх здійснення, моніторингу та оцінки реалізації на всіх рівнях управлінської ієрархії системи.

Центральне місце в організації процесу стратегічного планування повинне належати стратегічному аналізу, що визначає базисний стан закладів охорони здоров'я, а також можливі шляхи покращення ситуації в запланованому періоді. Проведення такого аналізу передбачає узгоджену роботу апарату управління як медичних закладів, так і державних органів управління системою охорони здоров'я в період розробки концепцій, планів та програм соціально-економічного розвитку країни.

Розглядаючи систему охорони здоров'я як логістичну, маємо спостерігати складну взаємодію потоків, які в ній діють. Фінансові потоки переважно спрямовані від державних органів управління системою охороною здоров'я до рівня окремих її закладів. Матеріальні потоки в цьому випадку становлять собою медичні послуги (медична допомога), і вони теж односторонні. Але складнішим є рух інформаційних потоків, оскільки він – найбільший за обсягом (рис. 3.6).

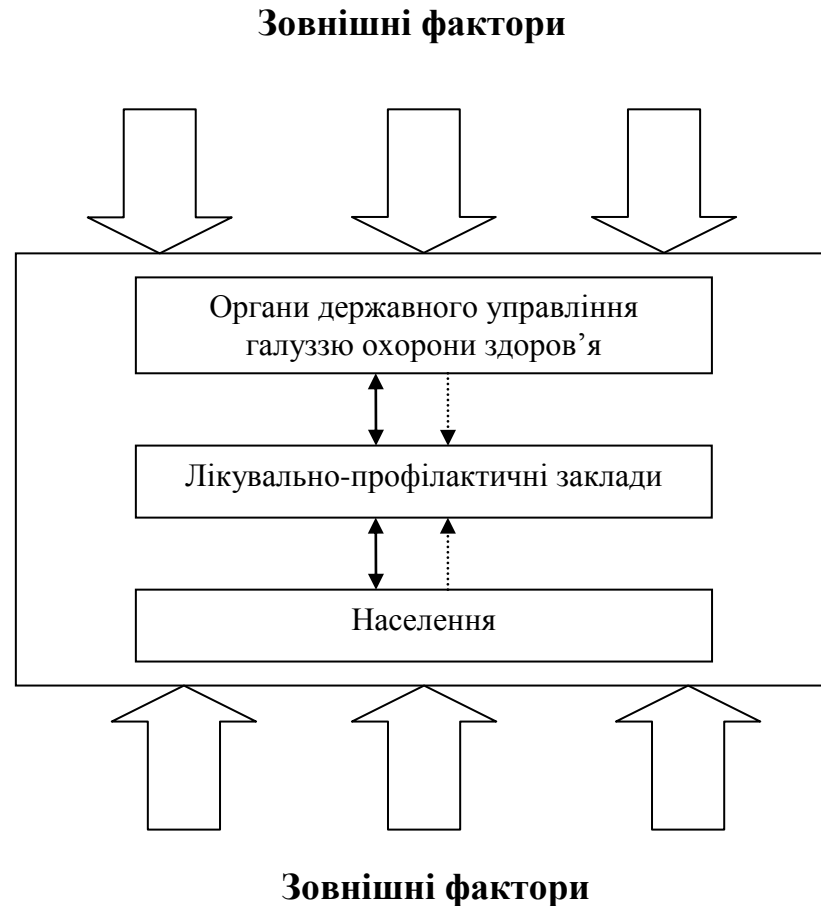


Рис. 3.6. Логістична схема взаємодії суб'єктів системи охорони здоров'я

Отже, як видно з рис. 3.6, суб'єктами системи охорони здоров'я є державні органи управління охороною здоров'я, установи галузі, лікувально-профілактичні заклади, населення. Щодо предмета дослідження зазначимо, що мета створення логістичної системи закладів охорони здоров'я полягає в раціоналізації та оптимізації потоків, які діють у галузі і до яких варто віднести матеріальні, фінансові та інформаційні. Створення такої системи дасть змогу перейти на новий рівень управління.

Логістичну складову також можна представити як ієрархічну систему, яка має складатись з окремих підсистем, кожна з яких є керованою установою загальнодержавної системи охорони здоров'я визначеного рівня. Взаємодія цих підсистем повинна відбуватись у межах єдиного

інформаційного медичного простору (рис. 3.7).

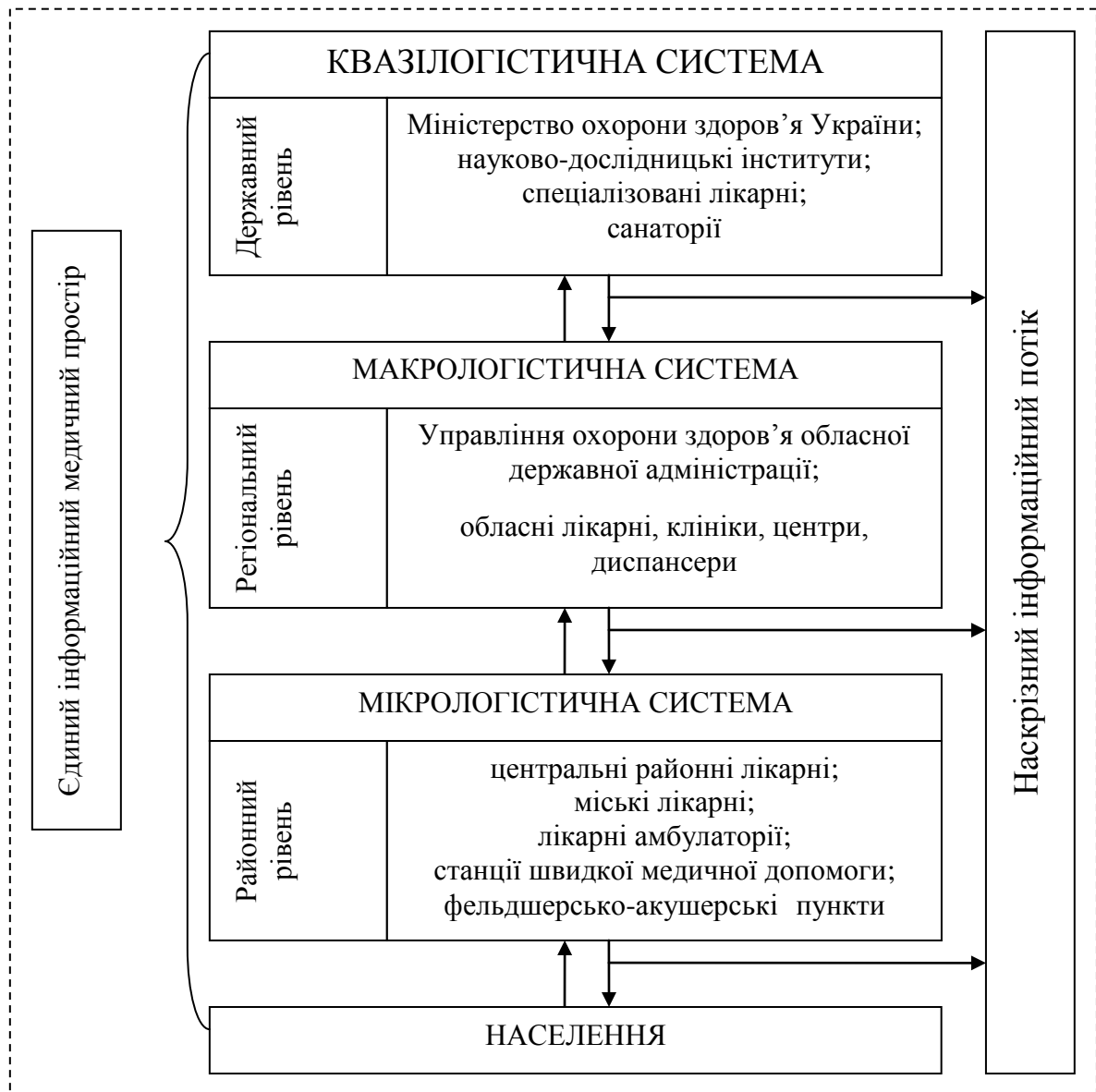


Рис. 3.7. Ієрархічна схема логістичної складової системи охорони здоров'я

Як видно з рис. 3.7, мікрологістичну систему складають заклади охорони здоров'я, що належать до районного рівня, макрологістичну – заклади системи охорони здоров'я регіонального рівня. Міністерство охорони здоров'я України та його заклади, відповідно, утворюють квазілогістичну складову системи охорони здоров'я. Інформаційні потоки, що циркулюють на кожному ієрархічному рівні, є наскрізними.

Підсумовуючи сказане вище, вважаємо за необхідне надати власне визначення логістичної складової системи охорони здоров'я. Отже,

логістична складова системи охорони здоров'я – це складна динамічна система, що складається із сукупності взаємодоповнюваних та взаємодіючих елементів, які формують та реалізують певні відносини між населенням, ЛПЗ і державними органами управління, та спрямована на ефективне використання всіх видів ресурсів – фінансових, матеріальних, інформаційних – для досягнення більш повного задоволення потреб населення в медичній допомозі при оптимальних витратах. Виходячи із сутності логістичної концепції державного управління розвитком інформаційної складової системи охорони здоров'я, доцільно визначити її структурну модель, яка має використовуватися на регіональному рівні. Запропонована модель складається з шести етапів, реалізація кожного з яких передбачає відповідні дії органів державного управління, організаторів охорони здоров'я. Структурна модель державного управління розвитком інформаційної складової системи охорони здоров'я представлена на рис. 3.6.

На першому етапі визначаються проблема та мета процесу інформатизації. На цьому ж етапі встановлюється загальний стан системи чи її окремого елемента, надається оцінка ресурсних можливостей.

На другому етапі здійснюється аналіз існуючої бази та стану інформатизації, виявляються проблеми та конкретна потреба в інформаційних ресурсах, а також пошук та відбір інформаційних технологій з урахуванням медичного, соціального та економічного значення.

На третьому етапі вирішуються питання створення відповідної структури, функцією якої є безпосередня організація впровадження обраних технологій.

На четвертому етапі розробляються відповідні механізми запровадження інформаційних технологій, а саме правова регламентація впровадження, навчання персоналу, розробка та використання організаційно-економічного механізму, соціально-психологічна адаптація нововведень.



Рис. 3.8. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я



Правова регламентація передбачає визначення кола учасників інформаційного процесу, розподіл функцій, прав та обов'язків між ними, у випадку необхідності – перегляд штату, норм робочого часу, порядку оплати праці, введення нових форм договірних відносин. Регламентація діяльності здійснюється за допомогою нормативно-розпорядчих документів учасників усіх рівнів управління. Організаційно-економічні механізми впровадження передбачають і введення матеріальних та моральних стимулів, що поширюються на колективи закладів охорони здоров'я та окремих учасників. Соціально-психологічна адаптація колективу до роботи в нових умовах повинна здійснюватись на основі використання навичок групової роботи, що дасть можливість знизити ймовірне негативне ставлення до новітніх технологій.

На п'ятому етапі здійснюється процес обліку впровадження технологій: йдеться про контроль за ходом упровадження, оцінку ефективності. Облік має здійснюватись у межах моніторингу реалізації нововведень за допомогою традиційної системи обліку та звітності чи спеціально розробленої системи контролю. Останній передбачає аналіз рівнів етапів упровадження, відповідних заходів, перелік показників, методика їх розрахунку, кількісну та якісну оцінку. Оцінка ефективності має здійснюватись експертним шляхом відповідно до критеріїв, передбачених розробниками технології.

На останньому, шостому, етапі здійснюється діагностика нового стану системи, що передбачає проведення оцінки та аналізу змін, які відбулися в системі чи її окремому елементі. Вона дасть змогу сформулювати шляхи вдосконалення використання окремих технологій.

Треба зазначити, що інформаційні процеси в галузі охорони здоров'я – це саме ті процеси, що повинні кардинально змінити та поліпшити існуючий стан системи охорони здоров'я. Основні напрями інформатизації, які на сьогодні частково розвиваються чи повинні розвиватись в майбутньому, представлені на рис. 3.9.

Отже, інформаційну інфраструктуру системи охорони здоров'я визначимо як спеціалізоване інформаційне середовище, що ґрунтується на сучасних телекомунікаційних технологіях та діє в комплексі специфічних процесів, елементів та систем, функціонування яких сприятиме ефективній діяльності системи охорони здоров'я.

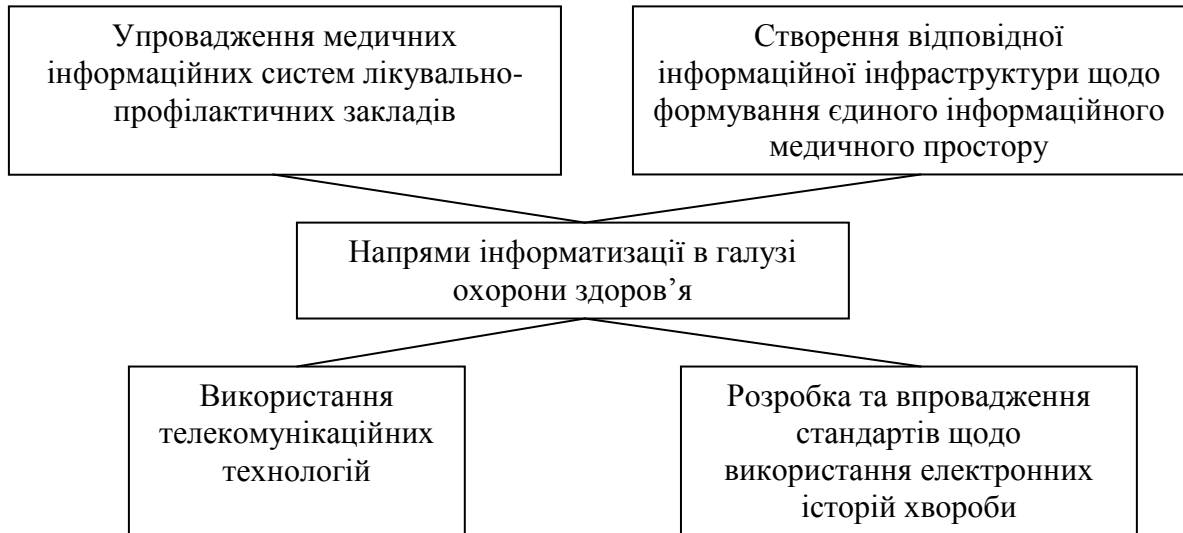


Рис. 3.9. Напрями інформатизації в системі охорони здоров'я

Інформаційна медична інфраструктура має бути представлена у вигляді взаємодії її елементів: телекомунікаційні канали зв'язку, локальні комп'ютерні мережі (госпітальні інформаційні системи), банки даних, інформаційно-аналітичні комп'ютерні центри, спеціалізовані реєстри. Функціонування цієї інфраструктури передбачає наявність та взаємодію інформаційних потоків, які становлять собою такі види інформації: директивна, статистична, нормативна-правова, наукова тощо.

Підсумовуючи наведене, зазначимо, що питання вдосконалення інформаційної системи галузі охорони здоров'я регіону потребує подальших розробок, системного та комплексного підходу до вирішення поставлених завдань. Виходячи з цього, пропонуємо розглянути модель реалізації логістичної концепції розвитку інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я (рис. 3.10).



Рис. 3.10. Модель реалізації логістичної концепції розвитку інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я

Реалізація запропонованої концепції і є підґрунтям для вдосконалення механізму інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я (рис. 3.11). Як видно з рисунка, вдосконалений внаслідок реалізації концепції механізм передбачає створення логістичної системи галузі охорони здоров'я, основним елементом якої є регіональний інформаційно-логістичний центр (РІЛЦ), який у свою чергу передбачає наявність таких структурних підрозділів: корпоративної медичної мережі, інформаційно-довідкової служби, телемедичного центру, служби моніторингу системи охорони здоров'я.



Рис. 3.11. Удосконалений механізм державного управління розвитком інформаційної системи охорони здоров'я

Функціонування РІЛЦ дасть змогу: здійснювати інформаційний супровід в системі охорони здоров'я; формувати бази даних щодо населення та їх персоніфікацію; вдосконалити методи фінансування й управління медичним обслуговуванням населення; здійснювати моніторинг фінансово-господарської діяльності медичних підприємств, організацій і установ незалежно від форм власності; реалізовувати збір та обробку рахунків-реєстрів на медичні послуги в межах державного замовлення.

Основними функціями РІЛЦ є: централізований прийом та обмін

інформацією між користувачами; забезпечення єдиного інформаційного простору та інформаційних стандартів на регіональному рівні; облік медичних послуг та витрат; організаційно-методична робота; аналіз і формування потреб для розробки та впровадження інноваційних інформаційних технологій; апробація новітніх технологій інформаційного менеджменту; надання телефоном достовірної інформації в галузі медицини й охорони здоров'я; телефонне консультування населення з питань надання першої медичної допомоги; можливість організувати комплексне стаціонарне обстеження й лікування іногородніх пацієнтів у провідних клініках міста.

Насамперед, треба зосередитись на створенні корпоративної інформаційної медичної мережі. Під останньою будемо розуміти галузеву комп'ютерну мережу, яка ґрунтується на комплексній інформаційно-методичній підтримці управління, становить собою сукупність інформаційних підсистем певних видів обліку, призначених для збирання та обробки інформації визначених напрямів, орієнтованих на їх використання в діяльності органів державного управління та медичних працівників. Робота цієї мережі спрямована на оптимізацію процесу управління на всіх його рівнях, що, зокрема, дасть можливість забезпечити регіональні, міські органи влади, спеціалістів медичної галузі, а також пацієнтів оперативною, вірогідною аналітичною інформацією. Головною метою дії корпоративної мережі є створення інформаційної і телекомунікаційної основи для планування та здійснення найбільш ефективного управління всіма ланками галузі.

Практичний результат від діяльності мережі полягає в такому:

- 1) зниження витрат на прийняття управлінських рішень;
- 2) забезпечення регіональних органів влади оперативною, вірогідною аналітичною інформацією;
- 3) об'єднання вже існуючих інформаційних структур суб'єктів

охорони здоров'я, 4) створення інформаційних банків даних.

Отже, для успішного впровадження регіональної корпоративної медичної мережі потрібно виконати такі завдання: створити умови для ефективного функціонування інформаційних систем обліку, забезпечити повноту інформації, її комплексність та системність; упровадити єдині стандарти щодо спеціалізованої інформації; поширити мережі комп'ютерних робочих місць користувачів інформаційних підсистем; надалі розбудовувати існуючі інформаційні мережі; вдосконалювати інформаційно-кадрове забезпечення. Особливості роботи інформаційно-довідкової служби: безкоштовне надання інформації; доступна форма повідомлення специфічної медичної інформації населенню; професійна грамотність консультантів; можливість пошуку ексклюзивної інформації за індивідуальними замовленнями. Організаційна структура РІЛЦ представлена так: сектор вводу інформації, сектор контролю, сектор програмного забезпечення, аналітичний сектор.

З метою ефективного збору та обробки інформаційного матеріалу пропонується структурний алгоритм, що складається з таких блоків інформаційних даних: дані про медичну установу (організаційна структура, матеріально-технічна база); дані про стаціонар (кількість ліжок, обсяг медичних послуг, структура витрат, прибуток та витрати відділень, ресурси, оціночні клініко-економічні показники); дані про медичні послуги; дані про операції, маніпуляції. Зібрані дані дадуть змогу оцінити організаційну структуру ЛПЗ, обсяг і структуру медичної послуги, структуру ресурсних витрат, нормативну та фактичну кількість трудових витрат медичного персоналу, відхилення від оціночних показників, перспективні напрями розвитку ЛПЗ в майбутньому.

Варто також окремо зупинитися на фінансуванні процесів інформатизації в окремих медичних установах. Виділення коштів на

інформаційне забезпечення може частково вирішити впровадження перспективних форм господарської діяльності, що дасть можливість ЛПЗ значно економити власні кошти. Так, у багатьох ЛПЗ країн ЄС використовується метод аутсорсингу. Його суть полягає в делегуванні ЛПЗ деяких обов'язків, що не пов'язані безпосередньо з їх лікувально-профілактичною діяльністю, іншим підприємствам, які часто не є суб'єктами системи охорони здоров'я.

Впровадження принципів аутсорсингу в роботу ЛПЗ дає можливість економити на технічному забезпеченні функціонування стаціонару чи амбулаторії, оскільки виключається необхідність мати у структурі штату не постійно задіяні підрозділи чи окремих робітників. Так, при делегуванні деяких функцій спеціальним підприємствам сплачується тільки вартість наданих ними послуг, при цьому кошти не витрачаються на виплату заробітної плати робітникам, оплату комунальних послуг, закупівлю обладнання, матеріалів.

Перевагами аутсорсингу на стратегічному рівні є: фокусування уваги на основному виді діяльності; зменшення необхідності інвестицій до неосновних фондів; гнучке реагування на зміни на ринку й усередині організації (реорганізація, реструктуризація, злиття, поглинання) тощо. Тактичні переваги аутсорсингу полягають у такому: відсутня необхідність у розширенні штату медичного закладу; скорочуються не вигідні витрати, пов'язані з вартістю робочих місць, навчанням співробітників, інформаційною підтримкою тощо; гарантується професійна відповідальність за послуги, що надаються.

### **Висновки до розділу 3**

1. Особливістю організації системи охорони здоров'я є недостатня розробленість концептуально-методичних засад оцінки економічної ефективності лікувально-профілактичних заходів, що ускладнює оцінку потрібного обсягу державного фінансування. Необхідність якісних зрушень у медичній сфері, яка на сьогодні викристалізувалась вже надто чітко, потребує запровадження економічної оцінки ефективності генетичного моніторингу, яка б відповідала наведеним вимогам, з виокремленням її в окрему ланку аналізу вхідної інформації й розрахунку економічної ефективності. Цьому має передувати проведення наукових досліджень щодо формалізації методичних основ оцінки вартості людського життя, лікування та реабілітації низки патологічних станів, економічного зиску держави від відновленої працездатності особи, а також встановлення чітких критеріїв визначення медичної та економічної ефективності. Вирішення кола зазначених питань сприятиме спрямуванню усталених лікувальних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я у профілактичний напрям, а тому конкретно допомагатиме вчасній діагностиці та корекції аномалій розвитку, зниженню рівня смертності та інвалідності дітей, зумовлюючи збереження трудового потенціалу населення та зменшення соціального тягаря за рахунок зниження захворюваності та інвалідності верств населення, які нині є економічно неактивними.

2. Логістична складова системи охорони здоров'я визначена як складна динамічна система, що складається із сукупності взаємодоповнених та взаємодіючих елементів, які формують та реалізують певні відносини між населенням, лікувально-профілактичними закладами й органами державного управління та спрямована на ефективне використання всіх видів ресурсів – фінансових, матеріальних, інформаційних – для досягнення більш повного задоволення потреб населення в медичній допомозі при оптимальних витратах. Застосування логістичного підходу до управління галуззю охорони здоров'я в умовах її реформування є актуальним та необхідним. Упровадження



логістичного управління сприятиме вдосконаленню традиційної системи державного управління системою охорони здоров'я, якщо всі процеси, що відбуваються усередині системи, будуть розглядатися як складові логістичних потоків.

3. Реалізація логістичної концепції державного управління розвитком інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я дасть можливість відповідним органам здійснювати управління та моніторинг, а також раціональний розподіл фінансових фондів, а також допоможе виявити всі витрати в організації процесу вдосконалення розвитку інформаційної складової системи охорони здоров'я. В результаті це приведе до виконання комплексу завдань, спрямованих на активне використання інформаційно-комунікаційних технологій, стимулювання розвитку української системи охорони здоров'я, забезпечення умов для універсального доступу всіх суб'єктів системи до інформаційної інфраструктури системи охорони здоров'я.

4. З огляду на сказане вище, першочергове значення має вирішення проблем нерівності у системі охорони здоров'я з наданням незахищеним домогосподарствам певного фінансового захисту від надмірних витрат у разі хвороби. Серед таких заходів можуть бути ваучери на ліки (оскільки на придбання ліків припадає найбільш частка видатків, пов'язаних із власними платежами населення), податкові пільги для недержавних медичних закладів, що надають безкоштовні медичні послуги понад базовий обсяг соціально вразливим верствам, надання пільгових кредитів на лікування або оздоровлення.

5. Загалом посиленню соціального захисту населення також сприятиме впровадження обов'язкового медичного страхування зі збереженням та поліпшенням безкоштовної системи базової медичної допомоги й утворенням механізмів перерозподілу частини коштів, отриманих від надання платних послуг у сфері охорони здоров'я, на фінансування потреб невідкладної

медичної допомоги.

6. Ефективне функціонування галузі охорони здоров'я неможливе без належного її фінансового забезпечення. Але просте збільшення бюджетних видатків на охорону здоров'я не підвищить ефективності її фінансування без дієвого реформування самої галузі та вдосконалення методів управління нею.

## ВИСНОВКИ

Отримані в ході дослідження результати в сукупності розв'язують важливе науково-практичне завдання поглиблення теоретико-методичних засад формування та реалізації державної підтримки системи охорони здоров'я і дають змогу сформулювати такі висновки.

1. Державна політика у сфері охорони здоров'я включає такі основні напрями: забезпечення здоров'я нації; створення сприятливого і стабільного соціального середовища; формування в людини навичок дотримання здорового способу життя; застосування потенціалу інститутів громадянського суспільства в аспекті зміцнення здоров'я населення; надання пріоритету профілактиці, а не лікуванню; розвиток екологічно сприятливого середовища; забезпечення конституційних прав громадян на медичну допомогу й охорону здоров'я, захист прав і свобод людини у цій сфері. Така політика здійснюється за допомогою системи правових, організаційних, фінансово-економічних, інформаційно-комунікативних, соціально-психологічних механізмів державного управління.

2. Державна підтримка системи охорони здоров'я – це система соціальних, економічних, інформаційних, психологічних способів, інструментів та методів допомоги юридичним і фізичним особам з метою досягнення належного стану здоров'я нації, неухильного дотримання всіма громадянами здорового способу життя, усвідомлення цінностей здоров'я та гармонійного розвитку, підвищення власної конкурентоспроможності на ринку праці. Державна підтримка системи охорони здоров'я має здійснюватися на стратегічній основі через інститут державного програмування, що становить собою довгострокове цільове регулювання системи охорони здоров'я загалом і передбачає розробку та реалізацію відповідних цільових державних програм, що можуть поширюватись на

територію всієї країни, окремі регіони, конкретні групи населення.

3. Система охорони здоров'я України характеризується фінансовою та ресурсною розпорошеністю, деформованістю структури медичних послуг. Це сприяє загостренню проблем медичного обслуговування населення, особливо в умовах фінансово-економічної кризи. Близько 80 % усіх коштів витрачається на утримання та обслуговування високовартісної спеціалізованої стаціонарної допомоги. Утримання медичних закладів, постатейний бюджет і розподіл фінансових ресурсів на основі кількості ліжок у закладах охорони здоров'я без урахування кількості та якості послуг призводить до виключення економічних важелів раціонального використання ресурсів. Незадовільними є якість надання медичної допомоги, а також процеси її стандартизації, що позначається на результатах лікування хворих. В Україні до цього часу не використовуються загальнодержавні стандарти і протоколи надання медичної допомоги, не визначено базовий рівень (пакет), який в рамках протоколів держава може забезпечити кожному громадянину. Кількість, пропорції і рівень підготовки медичних та управлінських кадрів у галузі охорони здоров'я не відповідає потребам держави.

4. Реалізація стратегічного підходу до державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні потребує оновлення Концепції розвитку системи громадського здоров'я, що включає: поглиблення на законодавчому рівні стратегічних засад державної політики у сфері громадського здоров'я; підготовку нормативно-правових актів, що мають забезпечувати функціонування єдиної системи громадського здоров'я; вдосконалення санітарних норм і правил з урахуванням міжнародної практики, сучасних соціально-економічних умов; адаптацію законодавства у сфері громадського здоров'я до законодавства ЄС, зокрема перехід до застосування технічних регламентів (у частині безпечності нехарчової продукції).

5. Визначено науково-практичний підхід до розвитку організаційного механізму державного управління охороною здоров'я, який серед інших інструментів включає організацію державного контролю, моніторинг якості надання медичної допомоги, контроль закладів охорони здоров'я, моніторинг ступеня задоволеності населення медичним обслуговуванням тощо. Під системою моніторингу в закладах охорони здоров'я населення запропоновано розуміти єдину систему поточного обліку, контролю, оцінки і причинно-наслідкового аналізу реалізації основних індикативних показників, що відображають реально існуючу, плановану і перспективну потребу населення в основних видах медичної допомоги, її ресурсну забезпеченість і соціальну ефективність, з пріоритетом видів, що найбільше впливають на рівень здоров'я населення та підвищення ефективності галузі.

6. Для вдосконалення системи моніторингу якості медичної допомоги та задоволеності населення медичним обслуговуванням запропоновано створити при Міністерстві охорони здоров'я України Центр моніторингу якості медичної допомоги. Основні його функції полягатимуть у визначенні якості та ефективності надання медичних послуг, медичної допомоги населенню лікарнями, поліклініками, амбулаторіями, визначенні основних проблем населення під час медичного обслуговування. Створення такого Центру дасть можливість Міністерству охорони здоров'я України здійснювати не тільки дієвий державний контроль, але й оперативний моніторинг розвитку системи охорони здоров'я.

7. Науково обґрунтовано Програму державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги та систему її моніторингу, суть якої полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки управління охороною здоров'я в частині забезпечення державних гарантій щодо надання населенню безкоштовної медичної

допомоги та реалізації основних галузевих пріоритетів у сфері фінансування, а також в наданні відповідним органам управління об'єктивної та своєчасної інформації про види й обсяги медичної допомоги, її фінансування та відповідність державним вимогам, закладеним у нормативних показниках ПДГ. В результаті реалізації цієї Програми та системи її моніторингу має бути створений єдиний нормативно-правовий простір із забезпеченням територіальної доступності та соціальної справедливості, побудований на принципах надання всім громадянам країни гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги високої якості й однакових умов її надання при чітко організованій та ефективно діючій системі охорони здоров'я.

8. Громадський моніторинг у сфері охорони здоров'я визначено як комплекс заходів, які можуть проводитися громадськими організаціями, іншими об'єднаннями громадян, територіальною громадою, з метою визначення проблемних питань у діяльності установ охорони здоров'я незалежно від форми власності під час здійснення ними своєї діяльності, профілактики зловживань медичних працівників, встановлення справедливості розподілу бюджетних коштів, оцінки виконання органами державної влади та місцевого самоврядування їхніх соціальних завдань у сфері охорони здоров'я, а також надання пропозицій щодо усунення виявлених проблем у розвитку медичної галузі. Впровадження громадського моніторингу в систему охорони здоров'я України сприятиме не лише протидії службовим зловживанням у цій галузі, а й становленню в країні як громадянського суспільства, так і демократичного врядування, що ґрунтується на ідеях соціального капіталу та громадянської участі.

9. З метою формування цілісної системи моніторингу в системі державного управління охороною здоров'я запропоновано модель генетичного моніторингу. Запровадження вказаної моделі дасть можливість знизити рівень репродуктивних втрат та дитячої смертності, вдосконалити

діагностику, змінити структуру вродженої патології серед новонароджених на користь менш інвалідизуючих захворювань, зменшити питому вагу генетичних хвороб у причинах та загальному рівні інвалідизації дітей, збільшити задоволення населення якістю медичної допомоги. Проведена профілактика чи розпочате вчасно лікування допомагатиме досягти соціальної адаптації хворого, забезпечивши можливості до його трудової діяльності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Booske B. C., Athens J. K., Kindig D. A., Park H. & Remington P. L. Different perspectives for assigning weights to determinants of health. University of Wisconsin : Population Health Institute, 2010. 22 p.
2. Donabedian A. The Quality of Care. How Can it Be Assessed. JAMA. 1988. Vol. 260. P. 1743–1748.
3. Getting health reforms right: A guide to improving performance and equity / Roberts M. J, Hsiao W., Berman P. et al. Oxford : Oxford University Press, 2004. 332 p.
4. Stepurko T., Pavlova M. & Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. BMC health services research. 2016. № 16 (1). P. 342.
5. Tarkki J. The debate over prenatal screening in Finland. Policy Options. 1996. Vol. 'March'. P. 34–36.
6. Thomson R.G., McElroy H., Kazandjian V. A. (1997) Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: an approach for promoting continuous quality improvement. Qual. Health Care. 1997. № 6 (1). P. 49–55.
7. World Health Organization. Core Health Indicators in the WHO European Region 2015. Special focus: Human resources for health. Copenhagen, Denmark, 2017.
8. Yadav H., Lin W. Y. Patient confidentiality, ethics and licensing in telemedicine. Asia Pac J Public Health. 2001. № 13. P. 36–38.
9. Авраменко Т. Державне управління змінами у сфері охорони здоров'я України: нормативно-правовий аспект // Актуальні проблеми державного управління. 2014. Вип. 3. С. 30–33.
10. Адміністративні та функціональні реформи в системі охорони здоров'я : аналіт. огляд / за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 245 с.



11. Алексеева І.М. Загальний стан організації законодавства з охорони здоров'я населення України // Запорозж. мед. журн. 2007. № 2. С. 178–182.
12. Амосов О. Ю., Дегтяр А. О. Організаційно-аналітичне забезпечення прийняття управлінських рішень стосовно державного регулювання сучасної української економіки. Вісник НАДУ. 2003. № 3. С. 24–30.
13. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я» / Укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (Робочий документ)
14. Андрійко О. Ф. Державний контроль у сфері виконавчої влади України. Київ : Вид. дім «Ін-Юре», 1999. 112 с.
15. Бакуменко В. Д. Теоретико-методологічні засади формування державно-управлінських рішень : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01. Київ, 2001. 36 с.
16. Балусева О. В. Інформаційні процеси галузі охорони здоров'я регіону та шляхи їх удосконалення. Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць : у 2-х ч. Ч. 1. 2005. № 2 (24). С. 230–235.
17. Балусева О. В. Телемедицина як складова інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я. Економіка і регіон : науковий вісник Полтавського національного технічного університету ім. Ю. Кондратюка. 2005. № 2 (5). С. 183–185.
18. Білинська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. — К.: Проект Європейського Союзу "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні", 2006. — 56 с.
19. Білинська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02. Київ, 2005. 36 с.
20. Вашев О.Є. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі

медичного права // Теорія та практика державного управління. 2014. Вип. 4. С. 197–204.

21. Вдосконалення міжбюджетних відносин і стратегії державних видатків у сферах охорони здоров'я та освіти в Україні: вибрані питання. Київ : ДП «Видавничий дім “Козаки”», 2008. 168 с.

22. Владзимирський А. В., Дорохова О. Т. Телемедицина в управлінні охороною здоров'я. Медична освіта. 2002. № 2. С. 15–17.

23. Вовк С.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни // Економіка і право охорони здоров'я. 2015. № 2. С. 8–12.

24. Вовк М. Г., Данова М. П. Програмно-цільове фінансування в системі охорони здоров'я. Стан здоров'я населення України та діяльність медичної галузі(2001 р.). Київ, 2002. С. 343–344.

25. Вороненко Ю.В. Принципи і напрями нормотворчості України у сфері охорони здоров'я // Ліки України. 2013. № 3. С. 58–59.

26. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти // Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1. С. 39–46.

27. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24—26.

28. Гайдаєв Ю.О. Державна політика у галузі охорони здоров'я // Укр. мед. часоп. 2007. № 4. С. 4–8.

29. Галайчук Б.В. Ефективність формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я // Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія: Управління. 2012. Вип. 2. С. 185–193.

30. Галайчук Б.В. Інноваційний механізм удосконалення державного управління охороною здоров'я в умовах євроінтеграції України // Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Сер.: Державне управління. 2012. Т. 181. Вип. 169. С. 93–97.

31. Гаман П.І. Методологічні підходи до моделювання процесу управління системою охорони здоров'я в умовах трансформаційного суспільства // Державне будівництво. 2007. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2007\\_2\\_](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2007_2_) (дата звернення: 06.09.2013)
32. Генофонд і здоров'я населення: методологія оцінки ризику від мутагенів довкілля, напрями профілактики генетично зумовленої патології / А. М. Сердюк, О. І. Тимченко, Н. Г. Гойда та ін. Київ : ІГМЕ АМН України, 2003. 191 с.
33. Генофонд і здоров'я: відтворення населення України / під ред. А. М. Сердюка, О. І. Тимченко. Київ : МВЦ «Медінформ», 2006. 272 с.
34. Герасимчук В. Уляна Супрун: «Ми готові вже щось робити, а не тільки писати концепцію і говорити про стратегію». URL: [http://ukr.lb.ua/society/2016/08/02/341677\\_ulyana\\_suprun\\_mi\\_gotovi\\_vzhe\\_shchos.html](http://ukr.lb.ua/society/2016/08/02/341677_ulyana_suprun_mi_gotovi_vzhe_shchos.html) (дата звернення: 10.08.2016).
35. Гінзбург В.Г. Структурна перебудова системи охорони здоров'я на регіональному рівні: досягнення та завдання // Медичні пер спективи. 2010. Т. 15. № 4. С. 137–143.
36. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: Монографія. Київ: 2007. 720 с.
37. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія. Тернопіль : Економічна думка, 2005. 460 с.
38. Глотко В. Л. Автоматизированные информационно-интеллектуальные средства поддержки профессиональной деятельности врачей-специалистов военно-медицинских учреждений. Вестник новых медицинских технологий. 2005. Т. 12. № 3–4. С. 103–104.
39. Глухівський В. В., Гойда Н. Г. Роль громадськості в реалізації прав громадян і пацієнтів у системі охорони здоров'я: міжнародний досвід створення системи громадської охорони здоров'я для України. Охорона здоров'я України. 2003. № 4. С. 27.

40. Голованова І.А. Економічне обґрунтування реформи галузі охорони здоров'я: досвід постсоціалістичних країн та доцільність його впровадження в Україні // Економічний часопис – XXI. 2014. № 3–4(2). С. 19–22.
41. Головаха Є., Паніна Н. Українське суспільство 1992–2008 : соціологічний моніторинг. Київ : Інститут соціології НАН України, 2008. 85 с.
42. Головачук В., Левицька О. Сучасні стратегії навчання у сфері профілактики та формування здорового способу життя в умовах сучасної школи. Молода спортивна наука України. 2008. Т. 4. С. 35–39.
43. Головченко В. Законодавство України про охорону здоров'я: проблеми реформування й оновлення // Право України. 2000. № 11. С. 93–95.
44. Готь Н.Р. Шляхи інноваційного розвитку обласної клінічної лікарні в умовах реформування системи охорони здоров'я // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2013. Т. 1. № 1. С. 34–38.
45. Гревцова Р.Ю. Деякі питання законодавчого забезпечення розвитку охорони здоров'я в Україні // Часопис Академії адвокатури України. 2013. № 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chaau\\_2013\\_2\\_10.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Chaau_2013_2_10.pdf) (дата звернення: 30.12.2013).
46. Григор О. О. Формування інформаційного суспільства в Україні в контексті інтеграції в Європейський союз (державно-управлінський аспект) : автореф. ... к. держ. упр. : 25.00.01. Львів, 2003. 20 с.
47. Громадський контроль органів влади ускладнено законодавчими прогалинами. Вісник центру : інформаційний бюлетень Міжнародного центру перспективних досліджень. 2005. № 31 (290). С. 1.
48. Дейкун М. П. Досвід ефективного використання комп'ютерної техніки в управлінні медичним закладом. Лікарська справа. 2000. № 3–4. С. 100–103.
49. Дем'янишин В.Г. Проблематика та стратегічні засади фінансування охорони здоров'я в Україні // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Сер.: Економіка. 2010. Вип. 15. С. 4–12.
50. Денисова А.В. Охорона здоров'я – одне з найважливіших завдань державного регулювання // Південноукраїнський правничий часопис. 2013. № 4. С. 141–143.

51. Дерєга В.В. Державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні // Соціальна і гуманітарна політика. URL: [lib.chdu.edu.ua /paf / posibnuku/315/14.pdf](http://lib.chdu.edu.ua/paf/posibnuku/315/14.pdf) (дата звернення: 28.05.2013)
52. Держава і громадянське суспільство в Україні: проблеми взаємодії : монографія / за ред. І. О. Кресіної. Київ : Логос, 2007. 316 с.
53. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. / за ред. І.М.Солоненка, Л.І.Жаліло. –К.: УЗ, 2004. –116с.
54. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ. НАДУ, 2013. 424 с
55. Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 05.03.2012 р. № 209. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/209-2012-%D0%BF> (дата звернення 22.12.2019).
56. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лют. 2010 р. № 208. –Режим доступу : [zakon1.rada.gov.ua](http://zakon1.rada.gov.ua).
57. Долотенко Є.В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2014. № 1. С. 89–95.
58. Дорофійенко В.В. Про деякі аспекти реформування системи охорони здоров'я і соціального захисту // Економіка і регіон. 2012. № 3. С. 163–167.
59. Жаліло Л., Мартинюк О., Солоненко І. Наукові аспекти державного управління у сфері охорони суспільного здоров'я // Проблеми й тенденції розвитку галузі науки "Державне управління" в Україні: від теорії до практики: Зб. матеріалів симп. за міжнар. участю / За заг. ред. О.Ю. Оболенського, С.В. Семіна, С.В. Загороднюка. — К.: Вид-во НАДУ, 2007. — С. 95—98.

60. Журавель В. Охорона здоров'я населення як державна і суспільна система. Ліки України. 2000. № 7–8. С.11–12.
61. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В. С. Загорський, З. М. Ло-бодіна, Г. С. Лопушняк. – Львів : ЛРІДУНАДУ, 2010. – 276 с.
62. Заколюдяжна М. В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. – Режим досту-пу : [www.nbuv.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Dtr\\_du/...1/.../DU111\\_43.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/...1/.../DU111_43.pdf)
63. Зарічкова М. В., Соловійов О. С., Григорук Ю. М. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (зміни та доповнення). Вип. 78. Охорона здоров'я : інформ. лист / за ред. д.фарм.н., проф. В. М. Толочко, д.фарм.н., проф. М. С. Пономаренко. Харків : Вид-во НФаУ ; К. : НМАПО ім. П. Л. Шупика, 2015. 7 с.
64. Заяць Г.С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: аспекти модернізації // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Економіка. 2013. Вип. 23. С. 39–42
65. Здоров'я нації : міжгалузева комплексна програма, затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 4. Київ : МОЗ України, 2002. 86 с.
66. Зіменковський А. Б. Медична інформація як об'єкт стандартизації на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я України. Вісник наукових досліджень. 2003. № 4. С. 8–10.
67. Індекс здоров'я. Україна-2018 : результати загальнонаціонального дослідження / укл. Степурко Т. Г. та ін. Київ, 2018. 172 с.
68. Істомін С.В. Законодавство України в галузі охорони здоров'я та його адаптація до законодавства європейських країн // Економіка та держава. 2009. № 10. С. 84–86.
69. Кальниш В. Сучасний стан нормативно-правової бази системи охорони здоров'я України // Ліки України. 2002. № 10. С. 55–57.

70. Кармишев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: автореф. дис... д-ра наук держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2007. 36 с.
71. Кармишев Д.В. Економічні складові державного регулювання процесів ресурсно – інвестиційного забезпечення в системі охорони здоров'я // Актуальні проблеми державного управління. 2009. № 1. С. 115–123
72. Кармишев Д.В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я // Університетські наукові записки. 2006. № 1. С. 279–284.
73. Кармишев Д.В. Реалізація державної політики щодо професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я // Вісник Академії митної служби України. Сер.: Державне управління. 2011. №1. С. 68–75.
74. Кармишев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. Університетські наукові записки. 2005 № 3 (15) с. 330–333.
75. Кармишев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я. Університетські наукові записки : часоп. Хмельниц. ун-ту упр. та права. 2006. Р. 1. С. 279–284.
76. Карпова И. П. Доступность и качество медицинской помощи в специализированном учреждении здравоохранения /И. П. Карпова, А. Г. Варфоломеева, С. Т. Кохан // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. :тезидоп. – 2011. – № 1 (13). – С. 126–127.
77. Ключко В.М. Види принципів державного управління в галузі охорони здоров'я України // Державне будівництво. 2009. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2009\\_1\\_](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2009_1_) (дата звернення: 08.11.2013).
78. Князевич В.М. Державна політика з охорони здоров'я в Україні: перспективи розвитку в умовах системних змін // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2015. Вип. 1. С. 164–179.

79. Ковжарова Е.В. Організаційно-економічні основи системи охорони здоров'я в Україні: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.09.01. Київ, 2005. 19 с.
80. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення 22.12.2019).
81. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення 15.12.2019).
82. Корольчук О.Л. Якість охорони здоров'я гарантована кадровим ресурсом // Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 13-14. С. 68–73.
83. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 11.07.14).
84. Крикавський Є. Логістика. Основи теорії: підручник. Львів: Національний університет «Львівська політехніка», 2004. 416 с.
85. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України. Ефективність державного управління: зб. наук. праць ЛРІДУ. 2007. Вип. 14. С. 146–154.
86. Курило Т.М. Нормотворча політика ради Європи в сфері управління охороною здоров'я // Ліки України. 2012. № 1. С. 82–84.
87. Курило Т.М. Розвиток законодавства України про охорону здоров'я під час проведення реформ галузі // Часопис Академії адвокатури України. 2014. № 1. С. 151–152.
88. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Семенів І.П., Дубініна В.Г. та інш. Державне управління охороною здоров'я. К.: „МП Леся”, 2014.–339 с.
89. Ларина Р. Р., Ровный В. Г. Возможности использования логистики в управлении регионом. Соціальний менеджмент і управління інформаційними процесами. Серія «Державне управління». 2002. Т. III. Вип. 7. С. 180–185.



90. Ларіна Р. Р. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва ; за заг. ред. проф. В. В. До-рофієнко. – Донецьк : ТОВ “Цифрова типографія”, 2008. – 252 с.

91. Лебедев А. О. Громадський моніторинг як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2019. № 1. – С. 203–207.

92. Лебедев А. О. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я через державні соціальні програми. Держава та регіони. Серія: Державне управління. 2019. № 2. – С. 202–206.

93. Лебедев А. О. Державна політика кадрового забезпечення системи охорони здоров'я: проблеми, шляхи вирішення. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. № 19. – С. 114–117.

94. Лебедев А. О. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я. Публічне управління і адміністрування в Україні. 2020. № 20 – С. 139–141.

95. Лебедев А. О. Науковий підхід до формування моделі генетичного моніторингу в Україні. Право та державне управління. 2020. № 3. – С. 212–216.

96. Лебедев А. О. Науково-практичний підхід до формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я. KELM (Knowledge, Education, Law, Management). 2020. № 6(34) – <https://cuesc.org.ua/zhurnali/kelm/>

97. Лебедев А. О. Клінічний аудит як елемент концепції оптимальної якості медичних послуг. Гуманітарний і інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених : матеріали п'ятої всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Одеса, 15 листопада 2019 р. Одеса : Міжнародний гуманітарний університет, 2019. – С. 282–283.

98. Лебедев А. О. Функціональний підхід в здійсненні моніторингу систем охорони здоров'я. Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика : матеріали міжнародної науково-практичної конференції,

м. Запоріжжя, 6–7 березня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 44–47.

99. Лебедев А. О. Побудова інформаційної бази моніторингу в системі охорони здоров'я. Державне управління в Україні: виклики та перспективи : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 8–9 травня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 55–59.

100. Лебедев А. О. Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів. Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р. – Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2020. – С. 115–117.

101. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір // Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1. С. 5–23.

102. Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Борвінко Е.В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С.99-105. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz\\_2013\\_4\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Msiz_2013_4_19). (дата звернення: 22.06.2018).

103. 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 (спецвипуск). С. 67-86.  
<http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Ukraine.Zdorovja%20nacii/2015-3si.pdf>.

104. 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.

105. Лехан В.М., Слабкий Г. О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Врачи, пациенты, общество. 2010. № 4, Т. 309. С. 5–12.

106. 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. Київ, 2009. 20 с.

107. Линник С.О. Напрями реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я в контексті реалізації завдань стратегії ВООЗ «Здоров'я-2020» // Вісник Чернігівського державного технологічного університету. Серія: Економічні науки. 2013. № 1. С. 342–348.

108. Линник С.О. Стратегія ВООЗ «Здоров'я-2020» як засіб прискорення прогресу в досягненні максимального потенціалу у сфері охорони здоров'я населення // Публічне управління: теорія та практика. 2013. Вип. 1. С. 191–195.

109. Линник С.О. Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи їх подолання // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. № 3. С. 46–52.

110. Литвиненко М.В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні // Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 2. С. 198–206.

111. Литвинова О.Н. Економічні питання охорони здоров'я України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2012. № 1. С. 95–97.

112. Лівак П.Є. Правове забезпечення фінансування охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Ірпінь, 2010. 21 с.

113. Лобас М.В. Підвищення якості та доступності медичної допомоги як провідна задача реформи охорони здоров'я/Лобас М.В., Слабкий Г.О.// XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін –м. Київ) : матеріали., –Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 –С. 255.

114. Логвиненко Б.О. Адміністративно-правові засади медичного забезпечення органів внутрішніх справ: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07. Дніпропетровськ, 2008. 20 с.

115. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація // Медичне право. 2013. № 2. С. 63–74.

116. Малагардіс А. Стратегія реформи фінансування та управління у системі охорони здоров'я в Україні / А. Малагардіс, В. Рудий. -К. : Проект Європ. Союзу „Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні”, 2006. - 48 с.

117. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL: [http://moz.gov.ua/uploads/0/3555moz\\_metod\\_recomendations\\_autonomization\\_2018\\_u\\_a\\_final\\_web.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/3555moz_metod_recomendations_autonomization_2018_u_a_final_web.pdf)

118. Микитенко В. В., Микитенко Д. О. Методичні підходи до моніторингу основних компонент соціальної безпеки держави / під заг. ред. Л. І. Ільчука. Київ : «СалТіс», 2007. 89 с.

119. Митин В. Медицинские информационные системы. PCWeek. 2001. № 1 (223). С. 21

120. Михайловська О.В. Формування стратегічних векторів розвитку сфери охорони здоров'я України // Формування ринкових відносин в Україні. 2013. № 10. С.144–149.

121. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна діяльність у 2009 році. Європейська інтеграція. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/interact\\_2009.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/interact_2009.html) (дата звернення: 13.11.2013).

122. Міністерство охорони здоров'я. Цільові програми та заходи. Концепції. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_programs](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_programs) (дата звернення: 09.11.2016).

123. Міністерство охорони здоров'я. Цільові програми та заходи. Програми. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtac\\_programs/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtac_programs/) (дата звернення: 09.11.2016).

124. Мінцер О. П. Информационная основа медицины третьего тысячелетия – медицинский электронный паспорт. Медичний всесвіт. 2002. № 1–2. С. 23–27.

125. Мінцер О. П. Погляд у завтрашній день: як вирішити проблему кадрів для комп'ютеризації галузі. Охорона здоров'я України. 2001. № 2. С. 23–28.
126. Місержи С.Д. Модернізація системи охорони здоров'я в Україні: пошуки шляхів // Гілея: науковий вісник. 2015. Вип. 96. С. 315–319.
127. МОЗ: заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>
128. Мороз М.І. Державна політика охорони здоров'я в Україні та основні
129. Москаленко В.Ф. Актуальні напрями вдосконалення законодавства про охорону здоров'я // Україна. Здоров'я нації. 2012. № 2–3. С. 168–170.
130. Москаленко В.Ф. Стан та формування нормативно-правової бази охорони здоров'я України (1992-1999 рр.) // Проблеми екології та медицини. 2000. № 1. С. 3–11.
131. Нагорна А. М., Степаненко А. В., Морозов А. М. Проблема якості в охороні здоров'я. Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. 384 с.
132. Надточій А.О. Напрями реформування організаційно-економічного механізму функціонування системи охорони здоров'я в Україні //
133. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги»
134. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в
135. Нижник Н. Проблеми управління охороною здоров'я України. Український медичний вісник. 1997. № 2–3. С. 40–41.
136. Омельченко С. О. Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків монографія. Луганськ : Альма-матер, 2007. 352 с.
137. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. No2801-ХІВ редакції від 10.03.2018р. URL:<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (дата звернення: 22.06.2018).

138. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.

139. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ : Вид-во Раєвського, 2005. 304 с.

140. Павлюк К.В. Підвищення ефективності бюджетних видатків у сфері охорони здоров'я на основі механізмів державно-приватного партнерства // Наука й економіка. 2014. Вип. 1. С. 281–289.

141. Павлюк К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я // Фінанси України. 2011. № 2. С. 43–55.

142. Панов Б. В., Свірський О. О., Дзигал О. Ф. та ін. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2001. № 4. С. 85–89.

143. Пархоменко Г.Я. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішення // Україна. Здоров'я нації. 2011. № 1. С. 45–50.

144. Пашков В. Державна політика щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я // Специализированное медицинское интернет-издание для врачей, провизоров, фармацевтов, студентов медицинских и фармацевтических вузов. № 558 (37). 25.09.2006. URL: <http://www.apteka.ua/article/> (дата звернення: 06.03.2013).

145. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис. Актуальні питання медичної практики. 2017. № 2. С. 1—6. URL: <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення 15.12.2019).

146. 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. Київ, 2004. 20 с.

147. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування 2014 № 2. URL:[http://el-zbirn-du.at.ua/2014\\_2/14.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf) (дата звернення: 22.09.2014).

148. Писарчук Д. Які реформи готує новий міністр охорони здоров'я. 27.07.2016. URL: <http://www.depo.ua/ukr/politics/yaki-reformi-provedenoviy-ministr-ohoroni-zdorov-ya-27072016150000/> (дата звернення: 21.08.2016).

149. Погоріляк Р.Ю. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні // Україна. Здоров'я нації. 2015. №4. С. 76–80.

150. Погоріляк Р.Ю. Самооцінка керівних кадрів охорони здоров'я у сфері управління охороною здоров'я // Вісник проблем біології і медицини. 2015. Вип. 2(4). С. 281–284.

151. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Сер.: Геологія-Географія-Екологія. 2014. № 1098, Вип. 40. С. 101–104.

152. Поживалова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. Вип. 1 (8). С. 122–132.

153. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. –К., 2011. –149 с

154. Полтораков О. Громадський контроль над «силовими» структурами в Україні: проблеми та перспективи. URL: <http://www.niisp.gov.ua/articles/109/> (дата звернення:).

155. Пономаренко В. М., Бодак В. М, Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення ПМСД на засадах сімейної медицини. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2002. № 4. С. 9–12.

156. Пономаренко В. М., Кальниш В. В., Майоров О. В. Шляхи інформатизації медичної галузі. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2000. № 2. С. 54–58.

157. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь). Київ, 2011. –61 с.

158. 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-VIII. . URL:<http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>. (дата звернення: 22.06.2018).

159. Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 26.01.2018р. №157. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0182-18>. (дата звернення: 22.06.2018).

160. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751: Наказ МОЗ України від 29.12.2016р. № 1422. URL:[http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20161229\\_1422.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html).

161. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000р. №33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 11.05.2016р. № 427. URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20160511\\_0427.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160511_0427.html). (дата звернення: 22.06.2018)

162. Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Постанова Кабінету Міністрів від 09.08.2001 № 960 // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/96012001-%D0%BF> (дата звернення: 08.02.2016).

163. Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Постанова Кабінету Міністрів від 09.08.2001 № 960. // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/960-2001-%D0%BF> (дата звернення: 02.02.2015).

164. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від



1 серп. 2011 р. No 454. – Режим доступу :  
[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html)

165. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу : Наказ МОЗ України від 15 серп. 2011 р. No 512. – Режим доступу :  
[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110815\\_512.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html)

166. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Указ Президента від 07.12.2000 № 1313/2000 // База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1313/> (дата звернення: 11.02.2015).

167. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14 листопада 2017р. No 2206-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

168. Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Указ Президента від 13.04.2011 № 467/2011// База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: [467/2011](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/467/2011) (дата звернення: 29.10.2015).

169. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. No1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>.

170. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі [Електронний ресурс]. – Режим доступу :  
[http://emergency.at.ua/publ/dlja\\_usikh/proekt\\_programi\\_ekonomichnikh\\_r](http://emergency.at.ua/publ/dlja_usikh/proekt_programi_ekonomichnikh_r)

171. Проект Закону про засади державної політики охорони здоров'я. Номер, дата реєстрації: 2409а від 17.07.2015// База даних «Законодавство України»/ВР України. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=56118](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=56118) (дата звернення: 20.10.2015).

172. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025. URL: [www. Apteka.ua /artikel/315522/](http://www.Apteka.ua/artikel/315522/) (дата звернення: 15.12.2014).

173. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України». МОЗ України. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua> (дата звернення: 29.12.2014).

174. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01.Київ, 2003. 35 с.

175. Радиш Я. Ф. Рівень здоров'я громадян України як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я. Вісник УАДУ. 2002. № 3. С. 306–314.

176. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід міжнародних експертів // Спеціалізоване медичне інтернет видання для лікарів, фармацевтів, провізорів, студентів медичних і фармацевтичних вузів. № 949 (28). 21.07.2014. URL: <http://www.apteka.ua/article/> (дата звернення: 07.09.2014)

177. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жалі-ло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 211 с.

178. Решодько Л. В. Інформатизація України у світлі концепції «Єдиної Європи». Інформація і ринок. 1993. № 2. С. 29–30.

179. 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. Київ, 2010. 36 с

180. Рогова О.Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я // Теорія та практика державного управління. 2012. Вип. 2. С. 50–55.

181. Розпорядження Кабінету Міністрів України No 1013-г «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». Київ: Уряд України; 30 листопада 2016 року (українською мовою; <https://www.kmu.gov.ua/ua/nras/249626689>)

182. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. – К.,2009. – С. 11–13.

183. Рудий В. Стратегічні напрями реформи системи охорони здоров'я в Україні в контексті руху до Європи і досвід пілотних регіонів Проекту ЄС “Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні” // Міжнар. мед. журн.: Спец. вип.: Матеріали II з'їзду лікарів заг. (сімейної) практики України, 25-26 жовт. 2005 р. –X., 2005. –С. 53-54
184. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ : Сфера, 2005. 272 с.
185. Руснак Л.М. Особливості державного управління діяльності у сфері охорони здоров'я // Держава та регіони. Сер.: Право. 2013. № 2. С. 58–63.
186. Сердюк А. М., Тимченко О. І. Методологічні засади поліпшення медико-екологічної ситуації в Україні. Екологія і безпека життєдіяльності. 2002. № 4. С. 3–9.
187. Ситенко О.Р. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 2. С. 15–18.
188. Сіташ Т.Д. Розвиток охорони здоров'я в Україні: стан та стратегічні важелі // Формування ринкових відносин в Україні. 2012. № 4. С. 233–236.
189. Сіташ Т.Д. Стан та реформування фінансування системи охорони здоров'я в Україні // Формування ринкових відносин в Україні. 2011. № 8. С. 155–157.
190. Скляр С.І. Реформування системи охорони здоров'я: світовий досвід та Україна: (огляд л-ри) // Україна. Здоров'я нації. 2008. № 2. С. 82–87.
191. Скрипник О.А. Еволюція принципів формування та прийняття державно-управлінських рішень у системі державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2013. № 2. С. 24–27.
192. Слабкий Г.О. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я // Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 109–112.

193. Слабкий Г.О., Петриченко О.О., Лупей-Ткач С.І. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 1 (25). С. 79—84.сa
194. 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. Київ, 2004. 20 с.
195. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с.
196. Співак М.В. Адаптація законодавства України в галузі охорони здоров'я до законодавства Європейського Союзу // Международная научно-практическая конференция «Особенности адаптации законодательства Молдовы и Украины к законодательству Европейского Союза». Кишинев. 2015. С. 186–189.
197. Співак М.В. Гармонізація законодавства України в галузі охорони здоров'я до правових норм Європейського Союзу // Міжнародна наукова конференція «Юридична наука та практика у третьому тисячолітті». Кошице. 2015. С. 137–139.
198. Співак М.В. Наближення законодавства України до законодавства ЄС у сфері охорони здоров'я. Адміністративне право України в умовах євроінтеграції: Матеріали науково-практичного семінару / ред. колегія: О.В. Кузьменко (голова), І.Д. Пастух, О.К. Волох. Харків: НікаНова. С. 88–92.
199. Співак М.В. Проблеми кадрової політики у сфері охорони здоров'я населення // Держава і право. Юридичні і політичні науки. 2014. Вип. 64. С. 146–154
200. Стеценко С. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні // Право України. 2007. № 6. С. 96–100.
201. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / під заг.ред. В.М. Лехан, Н.М. Лакізи-Сачук, В.М. Войцехінського. К.: Сфера, 2001. 176 с.

202. Тимченко О. І., Бариляк І. Р., Богатирьова Р. М. Концепція програми та служби Державного генетичного моніторингу в Україні. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 1997. № 4. С. 5–7.

203. Ткач Є.Ю. Нормативно-правове забезпечення державного управління системою охорони здоров'я в Україні // Менеджер. 2014. № 1. С. 177–183.

204. Ткач Є.Ю. Програмно-цільовий механізм державного управління системою охорони здоров'я // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2013. № 3. С. 91–95.

205. Толстанов О.К. Пріоритетні завдання педіатричної освіти та науки в контексті реформування галузі охорони здоров'я // Здоров'я ребенка. 2013. № 5. С. 11–17.

206. Трикоз І.В. Використання моделей державно-приватного партнерства в охороні здоров'я: зарубіжний досвід // Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу. 2012. № 4. С. 60–64.

207. Удовіка Н., Кладієв В. Пренатальна діагностика вродженої та спадкової патології у дітей (згідно з діючими наказами МОЗ України). Журнал сімейного лікаря. 2009. № 2. С. 13–18.

208. Україні на період 2015-2020 років. URL: [http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya\\_UKR.pdf](http://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf) (дата звернення: 28.06.2014).

209. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : колективна монографія / О. В. Баєва, М. М. Зілинська, Л. І. Жаліло та ін. ; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. Київ : МАУП, 2007. 376 с.

210. Устинов А.В. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я / А.В.Устинов [Електронний ресурс]// Український медичний часопис. –2012. –22 червня.–Режим доступу: // <http://www.umj.com.ua/article/35657/strategiya-derzhavnoi-politiki-u-sferi-oxoroni-zdorov-ya>. –Назва з екрана.

211. Федорів Я. Державне управління підготовкою кадрів профілактичної медицини / Я.Федорів, Б.Лемішко [Електронний ресурс] // Науковий вісник

«Демократичне врядування». –2011. –Вип.8.–Режим доступу: // <http://www.lvivacademy.com/visnik8/fail/Fedoriv.pdf>. –Назва з екрана.

212. Ціборовський О.М. Проблеми системи охорони здоров'я України та стратегії її реформування // Україна. Здоров'я нації. 2014. № 3. С. 68–75.

213. Чернецький В. Економічні механізми державного управління системою охорони здоров'я // Державне управління та місцеве самоврядування. 2013. Вип. 1. С. 145–150.

214. Чорновіл О.В. Сучасні проблеми розвитку охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Економіка та підприємництво. 2013. № 4. С. 38–43.

215. Шевченко М.В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. –2014. – №4. –С. 17–21

216. Шевчук Н.В. Принципи адміністративно-правового забезпечення охорони здоров'я на регіональному рівні // Публічне право. 2013. № 4.С. 80–86.

## ДОДАТОК А

## Класифікація видів моніторингу залежно від основ, прийнятих для зіставлення

Найменування	Характерні особливості	Приклад
<b>Системний рівень нагляду</b>		
Моніторинг системи охорони здоров'я	Передбачає нагляд за функціонально організованою компонентою життєзабезпечення, де людина розглядається як системотвірний елемент. Система охорони здоров'я включає систему охорони здоров'я, установи і служби інших соціальних інфраструктур, діяльність яких прямо або опосередковано спрямована на збереження і розвиток здоров'я населення та його відтворення (Г. И. Чеченін, 1991)	Моніторинг реалізації комплексної програми охорони здоров'я населення
Моніторинг системи охорони здоров'я	Передбачає організацію різноманітних форм нагляду за діяльністю системи охорони здоров'я. Поділ на підвиди відбувається відповідно до видів інформації про систему охорони здоров'я: а) медико-статистична, б) фінансово економічна, в) матеріально-технічна і препаратів лікарського забезпечення, г) науково-медична і медико-технічна (І. С. Случанко, Г. Ф. Церковний, 1976). Г. А. Попов (1976) використовує поділ видів інформації на 3 основні групи, які характеризують: а) діяльність установ охорони здоров'я, б) використання трудових, матеріальних і фінансових ресурсів, в) медико-соціальну та економічну ефективність.	Моніторинг реалізації Програми державних гарантій надання жителям безкоштовної медичної допомоги (ПДГ)
Моніторинг суспільного здоров'я	Передбачає нагляд за станом здоров'я населення. Населення групується аз різноманітними ознаками – адміністративній, географічній, урбанізаційній, гендерній, віковій, типом розселення, місцями перепису населення, номерами соціального страхування. Групування за територіями, групами і подібним характеристиками зазвичай має політичні наслідки і повинне проводитися дуже обережно.	Моніторинг здоров'я населення
Моніторинг здоров'я індивіда	Передбачає динамічний нагляд за станом здоров'я окремої людини або групи людей. Дає змогу своєчасно виявляти стани небезпеки й оцінювати ефективність лікувальних і профілактичних заходів.	Диспансерний нагляд за хворими на цукровий діабет
<b>Ієрархія систем управління</b>		
Федеральний	Вибір рівня нагляду здійснюється залежно від поставлених цілей, ситуацій в	Моніторинг

Окружний	межах країни/території, з урахування джерел даних, які вже наявні. Зазвичай чим вищий рівень управління по ієрархії, тим більший рівень агрегації індикаторів моніторингу. Агреговані індикатори за своєю природою приховують значну різницю між територіями, статтями або соціальними групами, тому корисні на рівні більш високому, ніж рівень нагляду, тобто дають можливість порівнювати подібні об'єкти моніторингу. Моніторинг індикаторів, дезагрегованих за адміністративними територіями, завжди потребує додаткових зусиль при створенні можливостей моніторингу й аналізу в децентралізованих адміністративних одиницях (Д. Пренуччі, 2002).	реалізації (ПДГ)
Регіональний		
Міжрегіональний		
Муніципальний		
Міжмуніципальний		
Установчий		
Міжустановчий моніторинг		
<b>Цільова спрямованість моніторингу</b>		
Інформаційний моніторинг	Передбачає структурування, накопичення і поширення вже наявної інформації і не передбачає спеціально організованого вивчення. Полегшує прийняття рішень системою управління охорони безпеки та постачає населення актуальною і точною інформацією в динамічному і постійно мінливому світі.	Моніторинг публікацій про здоров'я в національній пресі
Базовий (фоновий) моніторинг	Передбачає проведення регулярної діагностики стану об'єкта моніторингу. Дає змогу виявити нові проблеми і небезпеки ще до того, як вони стануть явними на рівні управління та зрозуміти, як і з чого виникають нові небезпеки.	Санітарно-гігієнічний моніторинг
Проблемний (кризовий) моніторинг	Передбачає встановлення закономірностей і шляхів вирішення вже існуючих з точки зору управління конкретних проблем, виявлення та оцінку нових небезпек. Залежно від видів управлінських завдань виділяють два підвиди: <i>проблемний функціонування</i> (базовий моніторинг локального характеру без обмеження строку нагляду, відслідковуючи ту чи іншу проблему) та <i>проблемний розвитку</i> (динамічно створює шляхи для вирішення поточних завдань і припиняє існування після вирішення проблемної ситуації).	Моніторинг неінфекційних захворювань
Науковий (прогностичний) моніторинг	Не лише моніторинг існуючого об'єкта, передбачає відстеження появи нового об'єкта моніторингу, а також прогнозування динаміки їх розвитку.	Моніторинг факторів ризику
Управлінський моніторинг	Передбачає відстеження і підготовку інформації для наступної оцінки ефективності, впливів та вторинних ефектів процесів, які спостерігаються. Поглиблена оцінка при цьому виходить за межі повноважень системи	Моніторинг реалізації ПДГ



	моніторингу і повинна відбуватися спеціально підготовленими спеціалістами в галузі оцінки, системного аналізу тощо.	
<b>Характер управлінської діяльності</b>		
Оперативний моніторинг	Передбачає спостереження за поточним станом об'єкта моніторингу. Розрахований на короткостроковий період, конкретна тривалість якого визначається залежно від поставлених цілей моніторингу. Вирішення поточних завдань зазвичай збігається з одночасним створенням попередніх посилок для досягнення великомасштабних цілей в майбутньому.	Моніторинг забезпечення лікарськими засобами
Тактичний моніторинг	Розрахований на середньостроковий період спостереження; поширюється на повторювані запитання, відповіді на які необхідні для досягнення стратегічних цілей.	Моніторинг реалізації ПДГ
Стратегічний моніторинг	Передбачає відстеження процесу досягнення довгострокових основоположних цілей, що враховують найбільш імовірні зміни зовнішнього та внутрішнього середовища об'єкта моніторингу. При використанні в управлінських цілях моніторинг, запланований на тривалу перспективу, може включати в якості підсистем інші види моніторингу, призначених для більш короткого строку.	Моніторинг розвитку системи охорони здоров'я
<b>Предмет моніторингу</b>		
Моніторинг програм (проектів, політики, стратегій, планів, заходів тощо)	Системи моніторингу програм можуть бути побудовані в межах різноманітних підходів до оцінки роботи систем охорони здоров'я, основні з яких повинні враховувати внесок, процес і результат. Ці види моніторингу відрізняються один від одного низкою показників – цільовою спрямованістю, основою для порівняння, врахуванням обставин, що не залежать від системи охорони здоров'я, складом користувачів тощо. Залежно від поставлених цілей, моніторинг може відстежувати весь життєвий цикл програми або його окремі етапи, але моделі, які передбачають вивчення тільки результату або тільки процесу та побудовані на вивченні відносин цілі – результату, можуть приводити до помилкових висновків.	

Моніторинг реалізації програм (проектів тощо)	Передбачає організацію спостереження на перших двох етапах життєвого циклу програм стосовно витрачених ресурсів і отриманих результатів (продуктів, послуг). З точки зору Р. Е. Spector (2000), «програма вважається незавершеною, якщо не проведена оцінка її ефективності».	Моніторинг реалізації ПДГ
Моніторинг результатів програм (проектів тощо)	Готують інформацію для оцінки наслідків програм (наприклад, вигод для населення) і її кінцевого впливу (до прикладу, впливу на рівень громадського здоров'я), тобто двох останніх етапів життєвого циклу програм. Виділяють два види ефектів, пов'язаних з реалізацією програми: прямі та непрямі, котрі безпосередньо з програмою не пов'язані, але перебувають у кореляційному зв'язку з її складовими.	Моніторинг Цільової програми «Імунізація проти поліомієліту»
<b>Методи порівняння</b>		
Конкурентний моніторинг	(«Моніторинг по горизонталі»). Передбачає порівняння подібних систем одного рівня, здійснене одним інструментарієм за єдиною методикою. Дає можливість зробити припущення про те, яка система провокує виникнення небезпечної ситуації – та, що спостерігається, чи більш високого рівня.	Геоекологічний моніторинг
Порівняльний моніторинг	(«Моніторинг по вертикалі»). Аналогічний конкурентному, але при ньому здійснюється порівняння систем різного рівня. Спосіб найбільш специфічний для моніторингу, бо дає можливість випадковості або врахуванню більшості причин зміщення оцінок.	Моніторинг лікарських кадрів
Динамічний моніторинг	Порівнює дані про розвиток об'єкта, що спостерігається, в динаміці. З метою управління зазвичай використовується разом з іншими видами моніторингу.	Моніторинг температури тіла
Комбінований моніторинг	Є комбінацією вищевказаних видів. Дає змогу виділити ті особливості об'єкта, що спостерігається, котрі можуть бути екранізовані впливами систем більш високого рівня.	Моніторинг реалізації ПДГ
<b>Ширина охоплення</b>		
Суцільний моніторинг	Передбачає відстеження усієї сукупності об'єктів, які спостерігаються.	Моніторинг реалізації ПДГ
Вибірковий моніторинг	Передбачає відстеження вибіркової сукупності об'єктів, які спостерігаються, за умови, що репрезентативність отриманих даних переноситься на генеральну сукупність.	Моніторинг вдовolenня якістю

		допомоги
<b>Потенційні користувачі</b>		
Моніторинг, зорієнтований на громаду загалом	Метою такого моніторингу може бути формування громадської думки з того чи іншого питання. Достатньо витратний, тому зазвичай допускає державного замовника з бюджетним фінансуванням.	Моніторинг ситуації у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку
Моніторинг, зорієнтований на спеціалістів	Орієнтований на спеціально підготовлених користувачів. Витрати зазвичай компенсуються кінцевими користувачами шляхом оплати за інформацію, що не гарантує їх повного компенсування. В деяких випадках, коли моніторинг має соціальну спрямованість, у його результатах зацікавлені спеціалісти схожих галузей тощо, оплата може проводитися з фінансів, які були виділені на програму, за рахунок бюджетного фінансування, інших джерел.	Моніторинг реалізації ПДГ
Моніторинг, орієнтований на інформаційні потреби осіб, які приймають рішення	Результати такого моніторингу зазвичай мають вузькоцільове спрямування та не пристосовані для широкої аудиторії. Поширення отриманої інформації може бути обмежене у випадку її конфіденційного характеру або внаслідок суб'єктивних причин. Комплекс робіт щодо впровадження такого моніторингу здійснюється зазвичай за рахунок замовника.	Моніторинг оплати медичних послуг
<b>Спосіб збору інформації</b>		
Без використання додаткових замірів	Опис об'єкта моніторингу здійснюється шляхом обробки існуючої інформації.	Моніторинг законодавства в галузі охорони здоров'я
З використанням додаткових замірів	Опис об'єкта моніторингу здійснюється з використанням безпосереднього фізичного вимірювання параметрів об'єкта, який спостерігається.	Моніторинг артеріального тиску під час анестезії

З використанням систем показників	Опис об'єкта моніторингу здійснюється з використанням загальноприйнятих систем показників, які представляють специфічні характеристики об'єкта моніторингу. Показники в цьому випадку виражені переважно кількісно.	Моніторинг серцевої діяльності
З використанням систем індикаторів.	Опис об'єкта моніторингу здійснюється із залученням технологій наукового дослідження, з використанням системи добре розроблених критеріїв (індикаторів), в тому числі інтегральних. Показники можуть мати як кількісне, так і якісне вираження.	Моніторинг реалізації ПДГ
<b>Вибраний інструментарій</b>		
Стандартизований моніторинг	Передбачає використання готової, перевіреної методики. Дає можливість забезпечити достатній рівень зіставлюваності отриманих результатів, розпізнаючи існуючі відмінності в структурі порівняльних об'єктів моніторингу.	Моніторинг смертності
Нестандартний моніторинг	Передбачає пристосування стандартного/нестандартного інструментарію при дослідженні вже відомої/невідомої раніше проблеми в різноманітних поєднаннях.	Біологічний моніторинг
Матричний моніторинг	Передбачає порівняння фактичних результатів з деяким набором рис, характерних для «ідеальної» або стандартної моделі. Має місце в управлінні, підтримуючи «вертикальну інтеграцію» моделі.	Екологічний моніторинг
<b>Засоби, які використовуються для проведення моніторингу</b>		
Медичний моніторинг	Передбачає зазвичай безпосереднє вимірювання фізичних параметрів об'єкта, який перебуває під наглядом, використовуючи дані клінічних, лабораторних інструментальних та інших видів дослідження.	Моніторинг активності головного мозку
Соціологічний моніторинг	Передбачає впровадження спеціальних соціологічних методів, окремих соціологічних опитувань.	Моніторинг адаптування медичних працівників
Статистичний моніторинг	Передбачає використання як наявних даних державного та галузевого статистичного обліку, так і унікальних даних щодо нових організаційних досліджень.	Моніторинг реалізації ПДГ

Інформаційний моніторинг	Передбачає використання даних, що отримуються з інформаційних систем різноманітних видів.	Моніторинг поступу засобів
<b>Ініціативність</b>		
Активний моніторинг	Передбачає активний вплив джерела інформації, коли сприйняття інформації відбувається як відповідь на посланий запит, сигнал тощо.	Медично-екологічний моніторинг
Пасивний моніторинг	Передбачає пасивне сприйняття інформації із зовнішнього джерела. Різновид пасивного моніторингу – спонтанний – передбачає організацію спостереження як відповідь на імпульс, що самостійно надійшов від передбаченого об'єкта.	Моніторинг побічної дії вакцин
<b>Час побутування інформації в систему моніторингу</b>		
Моніторинг у режимі реального часу	Передбачає неперервний доступ інформації в систему моніторингу та нетривалий доступ до неї користувача. Знаходить широке застосування в практичній та експериментальній медицині. Актуальність при моніторингу здоров'я, особливо інструментальному.	Моніторинг артеріального тиску під час анестезії
Відсрочений моніторинг	Передбачає часовий розрив між періодом формування інформації та надходженням її в систему моніторингу. Небажаний, але єдино можливий варіант при моніторингу у сфері охорони здоров'я, бо інформація надходить зазвичай через деякий час після закінчення облікового періоду .	Моніторинг реалізації ПДГ
<b>Періодичність</b>		
Неперервний моніторинг	Передбачає надходження плинної інформації у систему моніторингу в неперервному режимі протягом усього строку спостереження.	Холтерівський моніторинг
Регулярний (періодичний) моніторинг	Передбачає надходження інформації в систему моніторингу через визначені межі часу, в тому числі з деякою затримкою стосовно періоду її формування. Моніторинг по суті означає постійне спостереження. Але у сфері охорони здоров'я, де моніторинг використовується в управлінських цілях, дані до системи надходять періодично. Міра постійності при цьому визначається цілями моніторингу і виділеними ресурсами, тому є добре продуманим компромісом між потребою у свіжих даних та затратами на їх збір (Г. Рубія, 2002).	Моніторинг реалізації ПДГ

## ДОДАТОК Б

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

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

##### *Статті в наукових фахових виданнях України*

1. Лебедев А. О. Громадський моніторинг як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2019. № 1. С. 203–207.
  2. Лебедев А. О. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я через державні соціальні програми. *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2019. № 2. С. 202–206.
  3. Лебедев А. О. Державна політика кадрового забезпечення системи охорони здоров'я: проблеми, шляхи вирішення. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. № 19. С. 14–117.
  4. Лебедев А. О. Механізм інформаційного забезпечення розвитку системи охорони здоров'я. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2020. № 20. С. 139–141.
  5. Лебедев А. О. Науковий підхід до формування моделі генетичного моніторингу в Україні. *Право та державне управління*. 2020. № 3. С. 212–216.

##### *Стаття в зарубіжному фаховому виданні*

6. Лебедев А. О. Науково-практичний підхід до формування стратегічного механізму державного управління охороною здоров'я. KELM (Knowledge, Education, Law, Management). 2020. № 6(34). Р. 39–43.

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

##### *Матеріали конференцій*

7. Лебедев А. О. Клінічний аудит як елемент концепції оптимальної якості медичних послуг. *Гуманітарний і інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених*: матеріали п'ятої Всеукр. наук.-практ. конф., м. Одеса, 15 листопада 2019 р. Одеса: Міжнар. гум. ун-т, 2019. С. 282–283.
8. Лебедев А. О. Функціональний підхід в здійсненні моніторингу систем охорони здоров'я. *Державне і муніципальне управління: теорія, методологія, практика*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 6–7 березня 2020 р. Запоріжжя: Класич. приват. ун-т, 2020. С. 44–47.
9. Лебедев А. О. Побудова інформаційної бази моніторингу в системі охорони здоров'я. *Державне управління в Україні: виклики та перспективи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 8–9 травня 2020 р. Запоріжжя: Класич. приват. ун-т, 2020. С. 55–59.

10. Лебедєв А. О. Запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів. *Напрями вдосконалення механізмів державного управління в умовах сучасних реформаційних процесів*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Запоріжжя, 25–26 грудня 2020 р. Запоріжжя : Класич. приват. ун-т, 2020. С. 115–117.

**СЕКРЕТАРІАТ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ**

вул. Грушевського, 12/2, Київ, 01008, тел. (044) 256 7624, телефакс (044) 254 0584, [www.kmu.gov.ua](http://www.kmu.gov.ua)

**ДОВІДКА**

видана аспіранту Класичного приватного університету

***ЛЕБЕДЕВУ Анатолію Олександровичу***

про результати впровадження наукових досліджень за напрямом:

**“Державна підтримка системи охорони здоров’я в Україні”**

Результати дисертаційного дослідження Лебедева Анатолія Олександровича про результати впровадження наукових досліджень на тему: “Державна підтримка системи охорони здоров’я в Україні” були використані в практичній діяльності Кабінету Міністрів України.

Автором було запропоновано Програму державних гарантій надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги та систему її моніторингу, суть якої полягає у формуванні системи інформаційно-аналітичної підтримки управління охороною здоров’я в частині забезпечення державних гарантій щодо безкоштовної медичної допомоги і реалізації основних галузевих пріоритетів у сфері фінансування, а також в наданні відповідним органам управління об’єктивної і своєчасної інформації про види й обсяги медичної допомоги, її фінансування і відповідність державним вимогам, закладеним у нормативних показниках цієї програми.

**Заступник Державного секретаря**

**Кабінету Міністрів України**

**Володимир ФЕДОРЧУК**



КЛАСИЧНИЙ  
ПРИВАТНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

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



CLASSIC  
PRIVATE  
UNIVERSITY

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

№ 49/20

“ 08 ” 09 2020 р.

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лебедева Анатолія Олексійовича

на тему: «Державна підтримка системи охорони здоров'я в Україні»

Теоретичні та практичні положення і висновки щодо удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення, розроблені Лебедевим Анатолієм Олексійовичем, знайшли застосування в межах науково-дослідних тем 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), де здобувачем виявлено особливості державної підтримки системи охорони здоров'я в різних напрямках її реалізації.

Рекомендації автора запроваджені у навчальний процес і знайшли відображення при викладанні таких дисциплін: «Державне управління», «Публічна політика та управління» для слухачів магістратури зі спеціальності 281 – Публічне управління та адміністрування.

Перший проректор  
з науково-педагогічної роботи



О.В. Покатаєва