

References

1. Beck Ulrich (2000) The Brave New World of Work. Cambridge: Cambridge University Press.
2. Кистяковский Б. А. В защиту права. Вехи. Сборник статей. М., 1993. С. 359. С. 122-149.
3. Hart H. L. A. The Concept of law. Oxford: Oxford University Press, 1961. 261 p.

Озаровська А. В.,

канд. держ. упр., викладач кафедри менеджменту і адміністрування,
Національний фармацевтичний університет,
Харків, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В сучасних умовах труднощі реалізації розвитку системи охорони здоров'я та її інтеграції до європейського політичного, соціального та економічного простору зумовлені багатьма причинами, однак, крім незадовільного стану національної економіки, головна з них, що впливає на її потенціал, – невідповідність сучасним викликам організаційної та регуляторної функції системи державного управління, що знижує ефективність державно-управлінського впливу, гальмує впровадження нових принципів та механізмів, спрямованих на структурно-трансформаційні зміни та активізацію інноваційних процесів у системі охорони здоров'я. Державне регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я має вагомий комплекс засобів, методів, стимулів для модернізації відповідної сфери, перетворення її із соціально збиткової на перспективну та інвестиційну. Їх компетентне впровадження має створити належні умови задля забезпечення якісної профілактики здоров'я населення, доступної медицини, які будуть реалізовані на принципах рівності громадян та верховенстві чинного законодавства. Брак комплексності та системності у висвітленні питань удосконалення державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я України зумовлює потребу в подальшому вивченні цієї проблематики.

Необхідність реформи в системі охорони здоров'я України не викликає жодних сумнівів, оскільки за роки незалежності країні не вдалося істотно просунути в напрямку вирішення всіх провідних для систем охорони здоров'я цілей [3]: поліпшення рівня здоров'я населення та скорочення нерівності його показників між різними соціально-економічними групами; справедливість розподілу фінансових внесків, призначених для медичного обслуговування; підвищення чутливості системи до задоволення потреб, безпосередньо не пов'язаних зі здоров'ям (повага до людини, почуття її гідності та ін.) [2, 28]. Діюча в країні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка зберіглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям, оскільки вона була створена в умовах планової економіки і не придатна для

функціонування в ринкових умовах; навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології (коли основними причинами смертності були інфекційні захворювання) і суттєво зменшилася починаючи з середини 60-х років ХХ сторіччя при переході до неепідемічного типу патології (коли на перший план серед причин смертності вийшли неінфекційні захворювання); також їй внутрішньо властива орієнтованість на екстенсивний розвиток [1]. Крім того, основна перевага класичної системи Семашка – загальна доступність медичної допомоги – за роки незалежності зазнала істотної корозії через значне скорочення фінансування охорони здоров'я з відповідним зростанням формальних і неформальних платежів населення при отриманні медичних послуг.

В Україні здійснювалися часткові реформи в деяких секторах охорони здоров'я. На окремих пілотних майданчиках відпрацьовувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми: різні моделі організації первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини (Львівська область, м. Комсомольськ Полтавської області, м. Вознесенськ Миколаївської області тощо), регіоналізація родопомічної допомоги (Дніпропетровська область), нові методи фінансування – подушна оплата, глобальний бюджет, договірні відносини та автономізація медичних закладів (м. Комсомольськ Полтавської області, Золочівський район Харківської області, Попільнянський район Житомирської області) та інші.

У пілотних регіонах з 2012 р. на законодавчій основі реалізувався механізм об'єднання фінансових потоків для надання первинної допомоги – на міському та районному рівнях; для вторинної, третинної та екстреної допомоги – на обласному рівні [4]. З 2013 року, після прийняття закону «Про екстрену медичну допомогу» [3] фінансування служби екстреної допомоги здійснювалось з регіональних бюджетів на території всієї країни. Формування потужних фінансових пулів створило передумови для ліквідації фінансових бар'єрів при наданні медичної допомоги (безперешкодного доступу до медичної допомоги – екстериторіальності), усунення дублювання фінансових потоків (ефективного використання фінансів), збільшення стійкості системи охорони здоров'я та створення умов для формування мережі закладів охорони здоров'я, адекватної потребам населення. Однак забезпеченню реальної екстериторіальності заважала норма українського законодавства щодо можливості бюджетного фінансування державних і комунальних закладів в повному обсязі, включаючи їх поточні і капітальні витрати, з бюджету того рівня, у чий власності знаходяться ці установи. Тому окрім об'єднання коштів для безперешкодного фінансування закладів вторинної та екстреної допомоги була здійснена передача майнових комплексів установ, що надають екстрену і вторинну (для пілотних регіонів) допомогу, у власність обласної територіальної громади.

Рішення щодо об'єднання коштів для надання вторинної та екстреної допомоги з передачею відповідних майнових комплексів на обласний рівень викликало шквал невдоволення органів місцевої (міської та районного рівнів)

влади внаслідок втрати контролю над відповідними фінансовими потоками. В результаті передача зазначених ЗОЗ на обласний рівень в повному обсязі відбулася лише в Дніпропетровській області, в інших пілотних регіонах – частково. Для того, щоб органи місцевого самоуправління не були відсторонені від процесів реформування вторинної медичної допомоги, в Дніпропетровському регіоні при кожному закладі було створено наглядові ради, до складу яких ввійшли представники місцевого самоврядування та громадськості відповідних територіальних громад. Однак таке рішення проблему радикально не вирішило, і місцеві органи влади практично самоусунулися від підтримки розвитку ЗОЗ, що надають вторинну та екстрену допомогу.

В процесі реалізації проєктів було доведено доцільність та ефективність:

1. розмежування ПМСД та вторинної медичної допомоги з розвитком ПМСД на засадах загальної практики-сімейної медицини, зі створенням центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2. розмежування фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3. запровадження системи маршрутизації пацієнтів до ЗОЗ, що відповідають важкості та складності захворювання;

4. впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

1) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних цін.

За умови доопрацювання деяких проблемних питань, виявлених при їх застосуванні, ці механізми доцільно поширити на всі регіони країни.

Обов'язковою умовою для переходу до широкомасштабного використання є навчання фахівців та підтримка влади всіх рівнів.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно-функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації закладів охорони здоров'я, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребує попереднього додаткового нормативного врегулювання та ретельного їх відпрацювання.

Список джерел

1. Концепція нової системи охорони здоров'я. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана.

2. Бернс Л. Інновації у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.management.com.ua/interview/int021.html>. – Назва з екрана.

3. Карамішев Д. В. Програмно-цільовий підхід до реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. *Університетські наукові записки* (Часопис Хмельницького університету управління та права). 2006. № 1 (17). С. 279-284.

4. Устав (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_599. Назва з екрана.