

**Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний аграрно-економічний університет
Факультет менеджменту і маркетингу
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ**

**Завідувачка кафедри,
д.н.держ.упр., проф.
Наталія Бондарчук**

«___» _____ 2022 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У
СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувач

Катерина БОНДАРЕНКО

**Науковий керівник,
д.держ.упр., професор**

Наталія БОНДАРЧУК

Дніпро – 2023

ДНПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Менеджменту і маркетингу

Кафедра: Менеджменту, публічного управління та адміністрування

Освітньо-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ступінь вищої освіти: Магістр

З А Т В Е Р Д Ж У Ю

Зав. кафедри _____

« _____ » _____ 202_р.

З А В Д А Н Н Я на підготовку кваліфікаційної роботи

Бондаренко Катерині Анатоліївні

1. Тема роботи: Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я

Науковий керівник: Бондарчук Наталія Володимирівна, д.держ.упр., проф.
затверджені наказом по ДДАЕУ від « _____ » _____ 2022 року № _____

2. Термін подання здобувачем роботи: 5 лютого 2023 р.

3. Вихідні дані до роботи: нормативно-правові акти, наукова література, статистичні дані, аналітична інформація.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Розділ 1. Теоретико – методичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Розділ 2. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я. Розділ 3. Удосконалення напрямів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Висновки.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

1. Фактори, які впливають на стан охорони здоров'я людини. 2. Підсистема державного регулювання системи охорони здоров'я. 3. Основні функції, які реалізуються системою охорони здоров'я. 4. Модель державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я України. 5. Причини смертності в Україні. 6. Оцінка стану фінансування медичної установи.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Теоретико – методичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я.	Лютий 2022 р. – березень 2022 р.	
2	Розділ 2. Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я.	Квітень - серпень 2022 р	
3	Удосконалення напрямів формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.	Вересень - листопад 2022 р.	
4	Формулювання висновків, положень наукової новизни	Грудень 2022 р.	

Здобувачка

Катерина БОНДАРЕНКО

Науковий керівник

Наталія БОНДАРЧУК

РЕФЕРАТ

Тема: «Формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота містить: 92 с., 11 рис., 2 табл., 1 додаток, 60 літературних джерел.

Об'єкт дослідження державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предмет дослідження формування державної політики у сфері охорони здоров'я та визначення основних напрямів її удосконалення.

Метою роботи є розгляд формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та визначення основних напрямів її удосконалення.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань в роботі було використано наступні методи дослідження, а саме: загальнонаукові та специфічні, серед яких: статистичні методи, аналіз, синтез, монографічний метод, SWOT-аналіз, порівняння.

Одержані результати мають практичне значення, яке міститься в розробці та впровадженні пропозицій щодо удосконалення механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, а також модернізації в системі управління медичним закладом «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» МОЗ України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ, МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ФІНАНСУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

KEYWORDS

HEALTH CARE, STATE POLICY, STATE REGULATION, STATE MANAGEMENT MECHANISM, HEALTH CARE SYSTEM REFORM, HEALTH CARE SYSTEM FINANCING.

ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Теоретичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я	8
1.2. Соціально-економічні функції та структура сфери охорони здоров'я	16
1.3. Методи та механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я	26
Висновки до розділу 1	34
РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	36
2.1. Особливості реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі	36
2.2. Аналіз діяльності комунального закладу «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» МОЗ України	44
2.3 Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я в зарубіжній практиці	50
Висновки до розділу 2	62
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	64
3.1. Нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я	64
3.2. Удосконалення механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я	69
3.3. Рекомендації щодо модернізації в системі управління медичним закладом	75
Висновки до розділу 3	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	92

ВСТУП

Актуальність теми. В останні роки людський ресурс відіграє головну роль, внаслідок чого сфері охорони здоров'я приділено особливу увагу. В Україні, як і в будь-якій іншій країні, проблеми з охороною здоров'я посіли перше місце, особливо в умовах війни.

Кожна людина, незалежно від раси та статі, має право на отримання якісної медичної допомоги, у будь-якому медичному закладі. Отже, перед державою постають завдання щодо покращення якості та доступності медичної допомоги.

Здоров'я населення вважається одним із основних показників якості життя та рівня соціально-економічного розвитку та захищеності держави. Тому сфера охорони здоров'я тісно взаємопов'язана з іншими стратегічно важливими галузями країни. У будь-якій країні світу збереження здоров'я нації є одним із пріоритетних питань національної безпеки. Внаслідок воєнних дій на території країни, основними проблемами в Україні, які виникли у сфері охорони здоров'я є: руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм профілактики та лікування, брак медичних кадрів в деяких регіонах, погіршення, а іноді і руйнування логістичних зв'язків. Все це перешкоджає своєчасному та повному наданню медичних

Питанням державної політики у сфері охорони здоров'я були присвячені наукові праці таких провідних вчених: М.М.Білинська, Л.І.Жаліло, Д.В.Карамішев, В.М.Лехан, Г.О.Слабкий, І.М.Солоненко, Я.Ф.Радиш, Н.О. Рингач та інші. Дані вчені розглядали теоретичні питання державної політики у сфері охорони здоров'я та наголошують, що негативний стан у даній сфері зумовлений недоліками організації та державного управління даною сферою.

Отже, актуальність обраної теми дослідження полягає у необхідності реалізації та постійному вдосконаленні державної політики для забезпечення збереження та покращення здоров'я громадян.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи магістра є розгляд формування державної політики у сфері охорони здоров'я та визначення основних напрямів її удосконалення.

Вибір мети дослідження зумовив необхідність постановки та вирішення комплексу взаємопов'язаних завдань:

- дослідити теоретичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- визначити функції та структуру сфери охорони здоров'я;
- розглянути методи та механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я;
- розглянути стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати діяльність комунального закладу «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» МОЗ України
- вивчити нормативно-правове регулювання державної політики у сфері охорони здоров'я;
- окреслити основні напрями удосконалення механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- запропонувати рекомендації щодо модернізації в системі управління медичним закладом.

Об'єктом дослідження є державна політика у сфері охорони здоров'я.

Предметом дослідження є формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я на визначення основних напрямів її удосконалення.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань в роботі було використано наступні методи дослідження, а саме: статистичні методи, аналіз, синтез, монографічний метод, SWOT-аналіз.

Інформаційну базу дослідження становили законодавчо нормативна база, навчально-методична література, наукові публікації у виданнях з публічного управління, управлінська звітність організації.

Наукова новизна отриманих результатів. В процесі проведення досліджень отримано наступні результати, наукова цінність яких полягає в наступному:

- уточнено перспективні напрями держави у регулювання сфері охорони здоров'я, до яких віднесено: суттєві доповнення та зміни в системі чинного законодавства; вдосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту; перехід на новий механізм фінансування установ охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом впровадження нових механізмів фінансування; впровадження механізмів медичного страхування шляхом визначення основних медичних послуг для розробки базового соціального пакету.

- запропоновано впровадження в діяльність медичних установ ефективних комунікативних технологій та налагодження ефективного зв'язку між працівниками закладу та пацієнтами, яку слід будувати на основі моделі збалансованого трикутника «послуга – постачальник – замовник».

Апробація результатів роботи. Результати проведеного дослідження обговорювалися на науково-практичних конференціях: Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро); Міжнародна науково-практична конференція “Економіка, фінанси, облік і право: актуальні проблеми теорії та практики” (м. Ізмаїл).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається з вступу, трьох розділів, висновків і пропозицій, додатків, списку використаних джерел, що нараховує 60 найменувань, містить 2 таблиці, 11 рисунків, 1 додаток. Основний зміст роботи викладено на 93 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні засади формування державної політики у сфері охорони здоров'я

Рівень охорони здоров'я є важливим чинником якості життя людей. Здоров'я населення є першочерговим завданням держави. Особливо це стало наочним з початком пандемії коронавірусної інфекції, яка, крім іншого, оголила слабкі місця тих моделей охорони здоров'я, в яких роль держави у цій сфері зведена до мінімуму. Ця обставина стимулює дослідницький інтерес до питань вироблення та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Охорона здоров'я громадян – це першорядне завдання держави, обов'язкова умова нормальної життєдіяльності будь-якого суспільства та системи охорони здоров'я тут належить провідна та координуюча роль. Відповідно до Конституції України держава несе відповідальність за збереження та зміцнення здоров'я населення і гарантує охорону здоров'я кожного громадянина. Відповідно до положень прописаних у Конституції та інших законодавчих актах, охорона здоров'я - це сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожної людини, сім'ї та суспільства загалом, підтримка активного багаторічного життя [1].

Діяльність держави щодо розвитку охорони здоров'я здійснюється у рамках відповідного напрямку державної політики. Основні підходи до формування державної політики у сфері охорони здоров'я формується в Конституції України. Згідно із Конституцією України, держава є соціальною державою, яка має піклуватися про здоров'я власних громадян, забезпечувати їх соціальний захист. Окрім того зазначено, що здоров'я нації є однією з

найвищих соціальних цінностей. Низкою статей Конституції України визначено «право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) [20].

Основними політичними документами, які є визначальними у розробці державної політики в галузі охорони здоров'я для більшості розвинених країн світу є Європейський кодекс соціального захисту (European Code of Social Security; Страсбург, 1962 р.) та Хартія соціальних прав (Charter on Social Rights; Гавана, 1982 р.). На першій Міжнародній конференції з питань зміцнення здоров'я (I International Conference on Health Promotion; Канада, 1986 р.) було затверджено основи формування державної політики та стратегії охорони здоров'я. це Оттавська хартія сприяння зміцненню здоров'я (Ottawa Charter for Health Promotion). «На конференції було встановлено, що детермінанти здоров'я є біологічно та соціально обумовленими та запрограмованими, а державна політика щодо збереження та зміцнення здоров'я повинна поєднувати різноманітні, але взаємодоповнюючі підходи, включаючи законодавство, фінансові заходи, оподаткування та організаційні зміни, вимагати визначення перешкод для прийняття здорової державної політики в галузі охорони здоров'я та шляхи їх усунення» [2].

Згідно доповіді ВООЗ, здоров'я населення є «фактор довготривалого стійкого економічного зростання, підвищення національного доходу, що, у свою чергу, впливає і на соціальне благополуччя, сприяє безперервному економічному зростанню і зниженню рівня бідності» [14].

Відповідно показник стану здоров'я населення є складним і важливим показником, який залежить від багатьох факторів, серед яких стан навколишнього середовища, соціальні та економічні аспекти і індивідуальні особливості людини (рис. 1.1)



Рис. 1.1. Фактори, які впливають на стан охорони здоров'я людини

Враховуючи це слід будувати відповідну державну політику. Згідно із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що «державна політика охорони здоров'я формується Верховною Радою України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначає її мету, головні завдання, напрями, принципи і пріоритети, встановлює нормативи та обсяги бюджетного фінансування, створює систему відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затверджує загальнодержавні програми охорони здоров'я» [26].

Н.М. Ткачова визначає державну політику у сфері охорони здоров'я, як сукупність заходів законодавчого, виконавчого та контролюючого характеру з метою стабілізації та пристосування існуючої системи охорони здоров'я до умов життя населення, що змінилися [50]. З цим визначенням повною мірою навряд чи можна погодитися, оскільки в ньому акцент зроблено на тому, що держава повинна вживати заходів для стабілізації та пристосування системи охорони здоров'я до умов життя людей, що змінилися.

Князевич В.М., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О. під державною політикою у сфері охорони здоров'я пропонують розуміти: «комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому [19].

Шевчук В.В. зазначив, що принциповою особливістю сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я є те, що: «на реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами» [56].

Ми погоджуємось з колективом авторів, що «в основу нової сучасної парадигми державної політики України у сфері охорони здоров'я має бути покладено розуміння того, що здоров'я людини — соціально-економічна цінність, а здійснення скоординованих дій, спрямованих на покращення здоров'я нації — стратегічний пріоритет держави» [19].

На наш погляд, вектор політики держави має бути спрямований на забезпечення ефективних заходів щодо охорони здоров'я громадян, у зв'язку з чим система охорона здоров'я має не лише стабілізуватися та пристосовуватися, а й активно розвиватися. При цьому найважливішим критерієм ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я є ступінь (охоплення) громадян, які мають змогу отримати якісну медичну допомогу. Виходячи з цього, під державною політикою у сфері охорони здоров'я пропонуємо розуміти діяльність держави у зазначеній сфері, яка направлена на забезпечення її ефективного функціонування та розвитку.

Державне регулювання у сфері охорони здоров'я має такі основні підсистеми (рис. 1.2).

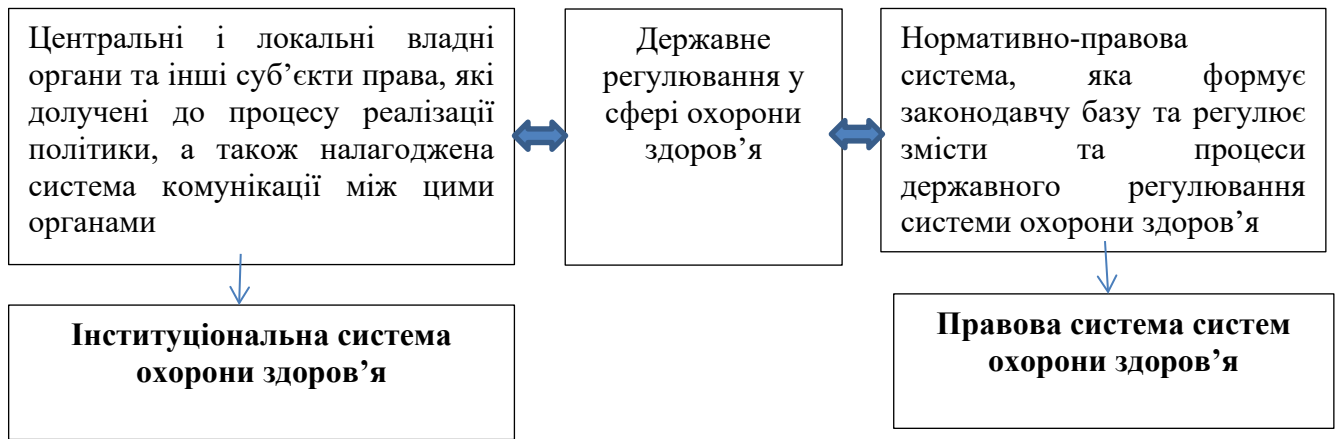


Рис. 1.2. Підсистема державного регулювання системи охорони здоров'я

Державна політика України щодо розвитку охорони здоров'я є складовою державної соціальної політики. При цьому розвиток системи охорони здоров'я розглядається як пріоритетне завдання державної соціально-економічної політики [7].

Ефективне функціонування системи охорони здоров'я визначається основними системоутворюючими факторами:

- удосконаленням організаційної системи, що дозволяє забезпечити формування здорового способу життя та надання якісної медичної допомоги всім громадянам України;
- розвитком інфраструктури та ресурсного забезпечення охорони здоров'я, що включає фінансову, матеріально-технічну та технологічне оснащення лікувально-профілактичних установ на основі інноваційних підходів та принципу стандартизації;
- наявністю достатньої кількості підготовлених медичних кадрів [6].

Цілі та завдання державної політики у галузі охорони здоров'я визначено Указом Президента України від 13.04.2011 № 467/2011. Зокрема було визначено основні стратегічними завданнями державної політики у сфері охорони здоров'я:

- «покращення здоров'я та зниження первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці

завдяки: раціональному використанню ресурсів галузі; солідарному принципу фінансування підвищенню якості та ефективності медичної допомоги;

- зниження потреби у медичній допомозі завдяки: профілактиці та ранньому виявленню захворювань, контролю за перебігом захворювань та попередженню їх несприятливих наслідків; формуванню системи громадського здоров'я, залученню та мотивації населення до здорового способу життя; запровадженню заходів з реабілітації, організації спеціальних заходів з медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами.

- участь у створенні сприятливого й безпечного для життя та здоров'я громадян середовища» [11].

Об'єктами державного регулювання охорони здоров'я є взаємозв'язки та явища, які виникають між суб'єктами, а також медичний ринок та його структурні елементи.

Суб'єктами державного регулювання охорони здоров'я є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, які здійснюють функції управління охороною здоров'я в країні. Характеристика основних функцій суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я України наведена в Додатку А.

Одним з чинників, що сприяють розбудові сучасної соціально-орієнтованої держави є створення умов для забезпечення належного стану здоров'я громадян. В цьому питанні велика роль приділяється системі охорони здоров'я загалом та зокрема теоретичним засадам її розбудови. Саме від правильного осмислення теоретико-методологічної бази залежить формування належного медичного забезпечення, профілактика захворювань, створення умов для покращення якості життя громадян та підвищення середнього віку життя, який є показником розвиненості у багатьох країнах. Крім того, осмислення основних категорій державного управління у сфері охорони здоров'я робить можливим створення позитивного іміджу держави, що піклується про своїх громадян.

Державна політика є цілеспрямованою діяльністю органів державної влади у сфері вирішення суспільних проблем, досягнення та реалізації головних цілей розвитку всього суспільства чи його окремих сфер [1].

Державне управління охороною здоров'я - це цілеспрямована, планомірна, безперервна діяльність органів державної влади, яка проявляється у виконавчо-розпорядчому за формою та організуючим за змістом впливом на керовані об'єкти (установи охорони здоров'я) і має на меті забезпечення громадян гарантованим державою правом на отримання безкоштовної, якісної та високотехнологічної медичної допомоги.

Під державною політикою у сфері охорони здоров'я розумітимемо систему цінностей та цілей, сукупність управлінських заходів, рішень та дій, спрямованих на забезпечення державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у належному обсязі та відповідної якості для зниження смертності, підвищення народжуваності, збільшення тривалості життя населення країни [2].

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на створення таких умов для системи охорони здоров'я, які дозволяють здійснювати санітарну освіту населення, профілактику захворювань, забезпечувати надання медичної допомоги громадянам, проводити наукові дослідження в галузі охорони здоров'я та підготовку медичних та фармацевтичних працівників, підтримувати та розвивати матеріально-технічну базу системи охорони здоров'я.

Державна політика у сфері охорони здоров'я будується на таких засадах:

1. підтримка заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення; віднесення здоров'я населення до факторів забезпечення національної безпеки;
2. дотримання прав людини та громадянина у сфері охорони здоров'я населення та забезпечення пов'язаних із цими правами державних гарантій;

3. відповідальність органів державної влади, юридичних та посадових осіб за забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я населення;
4. пріоритетність фінансування системи охорони здоров'я; забезпечення гарантій надання громадянам медичної допомоги, що відповідає встановленим стандартам якості медичної допомоги;
5. забезпечення системи охорони здоров'я відповідними фінансовими ресурсами;
6. розмежування повноважень та предметів ведення у сфері здоров'я між державою, регіонами та органами місцевого самоврядування;
7. дотримання єдності інтересів громадян та держави у галузі охорони здоров'я;
8. доступність медичної допомоги громадянам на території України;
9. реорганізація державно-муніципального сектора шляхом передачі до державно-муніципального сектора відомчих організацій охорони здоров'я;
10. відповідальність органів державної влади, органів місцевого самоврядування та посадових осіб за невиконання законодавства у сфері охорони здоров'я; економічної зацікавленості громадян та юридичних осіб у збереженні та зміцненні здоров'я населення;
11. соціальна справедливість при реалізації прав громадян у галузі охорони здоров'я; соціальної захищеності громадян, у разі втрати здоров'я;
12. координація дій органів державної влади та органів місцевого самоврядування у галузі охорони здоров'я;
13. пріоритетність заходів щодо профілактики захворювань, забезпечення санітарно - епідеміологічного добробуту населення, санітарної освіти населення та пропаганди здорового способу життя;
14. наступність дій медичних працівників всіх етапах надання медичної допомоги; рівних умов діяльності організацій охорони здоров'я, крім випадків, встановлених законодавством України;

15. державна підтримка наукових досліджень у галузі розробки нових методів профілактики захворювань, діагностики та лікування; участі населення у вирішенні питань збереження та зміцнення здоров'я, а також управління охороною здоров'я; розвитку міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я.

1.2. Соціально-економічні функції та структура сфери охорони здоров'я

Охорона здоров'я визначається як система соціально-економічних та медичних заходів, які мають на меті зберегти та підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини та населення в цілому [2]. Нині охорона здоров'я має величезне соціальне значення. Рівень його наукового розвитку не стоїть на місці. Це найбільший соціальний інститут, який займається стратегічно важливими завданнями. Сучасній науці та медицині делеговано такі важливі аспекти як громадське та індивідуальне здоров'я: його охорона та зміцнення, надання людям професійної науково-медичної та медико-соціальної допомоги. Системні заходи щодо зниження захворюваності, профілактика та боротьба з різними епідеміями, покращення якості життя, підтримка здорового способу життя населення, сприяння зміцненню здоров'я – все це є пріоритетно важливими напрямками сучасної системи охорони здоров'я.

Практична медична діяльність та наукова медицина, на сучасному етапі, зливаються воедино та стають на шлях спільного розвитку. Гносеологічні зміни у мисленні, як медичних працівників, так і інших соціальних мас, повинні визначити, що сучасна система охорони здоров'я - це особлива сфера культури, науки і освіти [3].

Для сфери охорони здоров'я як соціального інституту характерні такі ознаки:

1) громадська потреба у діяльності даного інституту, мети, сфера діяльності;

2) установи, в яких організовується діяльність системи охорони здоров'я;

3) наявність ресурсів та коштів для реалізації діяльності. У ролі матеріальних ресурсів виступають приміщення реалізації діяльності, медичне устаткування, наявність висококваліфікованих кадрів;

4) наявність чітко розподілених функцій, прав та обов'язків учасників які взаємодіють між собою;

5) розподіл праці та професійне виконання функцій, зумовлених виконанням певного кола обов'язків;

6) наявність регламентації особливого типу;

7) стійкість організації та здатність до саморозвитку;

8) власна символіка та імідж. Імідж, створений білими халатами, особливі якості медичного працівника, такими як готовність, прийти на допомогу будь-якої хвилини, особливим трепетним ставленням до стражденної людини. Символіка охорони здоров'я є незмінною протягом багатьох років і є загальноприйнятою у сфері охорони здоров'я у всіх країнах: палиця Асклепія, чаша зі змією, кадуцей, червоний хрест на білому тлі та зірка життя [9].

Розглянемо здоров'я як соціально-економічну категорію. Здоров'я населення залежить від економічного стану суспільства і, у свою чергу, впливає на цей стан, а також служить індикатором соціально-економічної ситуації. Здоров'я громадян виступає одним із найважливіших економічних ресурсів розвитку країни, регіону, території.

Якість населення (людський капітал), що характеризується, зокрема, показниками громадського здоров'я, є головним двигуном та обмежувачем розвитку будь-якої економіки. Сутність індивідуального здоров'я як соціально - економічної категорії проявляється у тому, що будь-яка втрата здоров'я призводить до неминучих витрат на його відновлення та економічних втрат, обумовлених зниженням можливостей здійснення суспільно корисної діяльності [5].

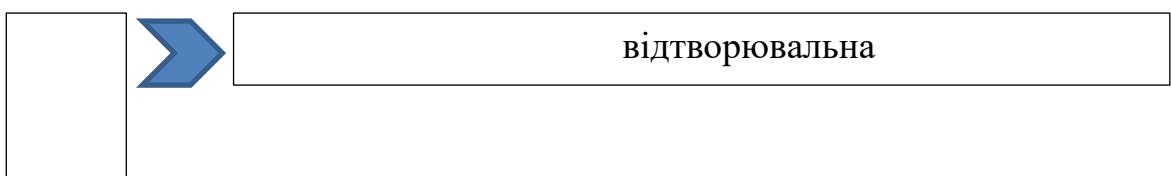
Ринок охорони здоров'я є сукупність наявних і потенційних товарів та послуг, вкладених у захист і відновлення здоров'я населення і включає:

1. ринок медичних послуг;
2. ринок лікарських засобів;
3. ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни;
4. ринок нетрадиційних методів лікування та оздоровлення;
5. ринок медичної техніки;
6. ринок медичних технологій;
7. ринок медичного страхування;
8. ринок наукових медичних ідей;
9. ринок праці медичного персоналу;
10. ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я [6].

Охорона здоров'я - це особлива підсистема соціально-економічної системи країни, функціонування та розвиток якої покликане забезпечити життєдіяльність системи вищого рівня. Серед функцій охорони здоров'я виділяють функції, які традиційно притаманні тільки цій галузі, а також функції, що виявляються в нових соціально-економічних умовах.

Основні функції, які реалізуються системою охорони здоров'я наведена на рис. 1.3.

Розглянемо докладніше вказані функції. Відтворювальна функція охорони здоров'я у тому, що основним завданням системи охорони здоров'я є відтворення населення. Крім того, ця галузь, як і будь-яка інша, відтворює певні види благ. Класифікація різноманітна, наприклад, характером надання, за змістом, за підсумками. Слід розрізняти: блага, замовник яких віддалений від безпосереднього споживача (безкоштовні медичні послуги) та фінансовані домогосподарствами (платна медична допомога); блага, які здатні дати економічний ефект (послуги, спрямовані на профілактику захворювань з метою зниження ризику тимчасової непрацездатності) та соціальний ефект (формування мислення про здоровий спосіб життя).



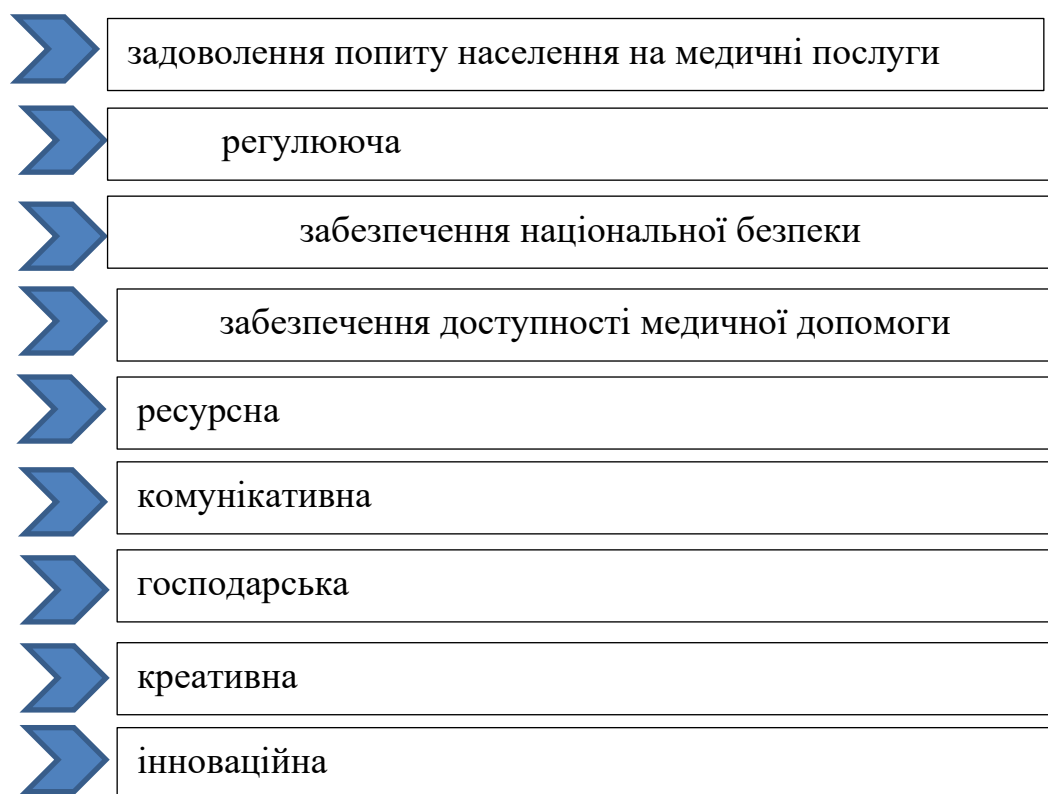


Рис. 1.3. Основні функції, які реалізуються системою охорони здоров'я

Функція задоволення попиту населення на медичні послуги є однією з основних та базових функцій системи охорони здоров'я. Ідеальний варіант виконання цієї функції полягав би в наступному: кожен громадянин нашої країни, окремого регіону, муніципального утворення отримував би медичні послуги, які були б оптимальними за обсягом та структурою споживання, з використанням сучасних методів лікування, діагностики та профілактики. Проте в даний час існує низка факторів, що впливають на цей параметр: обмежені можливості державного фінансування даної сфери, наявність ринку медичних послуг, що реагує на платоспроможний попит населення, значний шар населення, фінансовий стан якого залишається незадовільним. Тому найважливішим завданням є забезпечення доступності медичних послуг, які здійснюються в рамках мінімального соціального стандарту громадянам

країни та забезпечення населення якісними медичними послугами у достатній кількості, за цінами, прийнятними для основної маси домогосподарств.

Регулююча функція проявляється у наступному: система охорони здоров'я здійснює послуги певного характеру, обсягу, структури та якості, поставляючи їх на ринок, тим самим беручи участь у регулюванні параметрів сукупної пропозиції. Для забезпечення життєдіяльності цієї структури, збільшення масштабів, підвищення якості послуг, як будь-який іншій структурі, необхідні ресурси: інвестиційні, інформаційні, кадрові тощо. Все це охорона здоров'я набуває на ринку, беручи участь у регулюванні параметрів сукупного попиту.

Розглянемо функцію забезпечення національної безпеки. Згідно з Конституцією Україна є соціальною державою, а головним орієнтиром вважається надання кожній людині гарантованого права на здоров'я протягом усього життя, створення умов, які забезпечують гідне життя та вільний розвиток людини. Відтворення населення має значення, його необхідна умова – здоров'я нації, де важливим компонентом є здоровий спосіб життя. Здоровий спосіб життя може бути особливою формою мислення населення, яке спрямоване спочатку на профілактику чи недопущення багатьох дій, які тягнуть по собі негативні наслідки [8].

Функція забезпечення доступності медичної допомоги всім категоріям населення має кілька проявів. По-перше, населення нашої країни досить різноманітне щодо своєї платоспроможності. Більшість населення (працівники бюджетної сфери, пенсіонери, безробітні та інші категорії) не мають можливості отримання платної і найчастіше якіснішої медичної допомоги і тому звертаються до отримання послуг у бюджетній організації. Однак, внаслідок обмеженого фінансування, робота подібних організацій полягає у наданні медичних послуг недостатньої якості і у таких обсягах, які несуть збиток здоров'ю людини. Як правило, на практиці робота з профілактики цього недоліку проводиться не досить якісно через брак фінансового забезпечення, кваліфікованих кадрів та відсутність необхідного

обладнання. Крім того, доступність медичних послуг сильно відрізняється і за територіальним розташуванням, що не дозволяє населенню отримувати медичні послуги в рівному обсязі, наприклад, жителі міст та сільських поселень, мешканці віддалених районів та центральної частини країни. У таких випадках йдеться просто про надання подібного виду послуг, не кажучи вже про те, що страждає їх якість.

Основне завдання ресурсної функції полягає у збереженні капіталу здоров'я. Під поняттям капіталу здоров'я мається на увазі фізична сила, витривалість, працездатність, імунітет до хвороб необхідних для збільшення періоду активної праці. Захворювання, каліцтво, інвалідність, передчасна смертність скорочують середній термін життя. Капітал здоров'я є невід'ємною частиною людського капіталу, інвестиції в який призводять до збереження працездатності за рахунок зменшення захворюваності та збільшення продуктивного періоду життя людини, скорочення витрат суспільства, викликаних призупиненням або блокуванням економічного потенціалу людини при захворюванні та смерті, зниження витрат на відновлення економічного потенціалу людини, скорочення строків відновлення втраченого здоров'я, економії коштів у запобіганні випадкам втрати працездатності.

Комунікативна функція сприяє підтримці зв'язків, комунікацій між усіма учасниками у сфері охорони здоров'я. Сама по собі комунікація є соціальним процесом, що відображає суспільну структуру і виконує в ній сполучну роль, сукупність інформаційних зв'язків між внутрішнім і зовнішнім суспільним середовищем. Вплив комунікативної функції на зовнішнє громадське середовище полягає у систематичному поширенні повідомлень серед великих, розосереджених аудиторій з метою утвердження духовних цінностей та надання ідеологічного, політичного, економічного чи організаційного впливу на оцінки, думки та поведінку людей. Наприклад, актуальна нині соціальна реклама про шкоду куріння, алкоголізму та водіння у стані сп'яніння. Ця функція через телевізійні канали створює певну соціальну роль, модель поведінки, спрямовану на свідоме ставлення до даних проблем,

усвідомлене ставлення до власного здоров'я, здоров'я близьких людей і тих, хто постійно оточує нас у повсякденному житті.

У внутрішньому середовищі прояв комунікативної функції полягає у наступності соціального досвіду, у вихованні та передачі новому поколінню медичних працівників навичок, традицій та накопичених віками наукових знань.

Господарська функція сприймається як економічна діяльність, що характеризується сукупністю заходів, дій, покликаних створити господарську основу, економічне забезпечення медичної діяльності, через залучення у галузь необхідні їй економічні ресурси, зокрема кошти і, навіть, організувати господарський оборот коштів, які є в наявності.

Здійснення медичних послуг неможливе без витрат праці медичних працівників, використання коштовного обладнання, застосування лікарських засобів. Все це треба створити, зробити, витратити, а за це слід комусь сплатити. Виробництво, праця, гроші – це суто економічні категорії, тож відокремити медицину від економіки неможливо.

Креативна функція охорони здоров'я має на увазі здатність до продукування принципово нових ідей, підходів та продуктів у вирішенні відомих завдань, а також вибору вектора розвитку прикладних наук. Дана галузь має науково-дослідні організації, вищі навчальні заклади, клініки та інші спеціалізовані медичні бази, на основі яких проводяться різноманітні фундаментальні дослідження та різні прикладні розробки, які надалі впроваджуються у повсякденну практичну медичну діяльність.

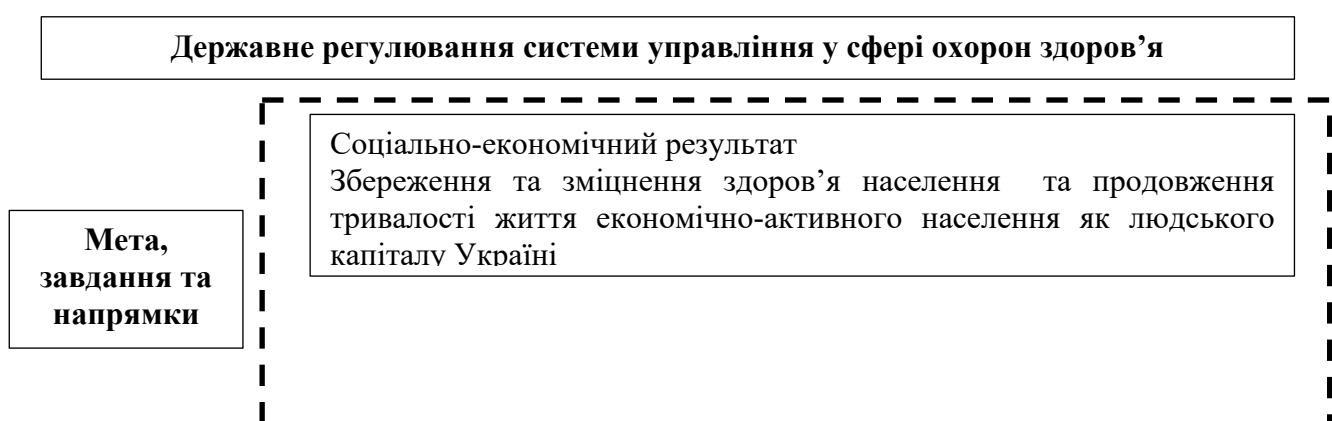
Найчастіше, креативна та інноваційна функції розглядаються спільно, оскільки є взаємозалежними. Новий продукт або нова технологія, крім створення, вимагає грамотного впровадження у сферу свого призначення, інакше інновація може залишитися незатребуваною, пов'язаним із консерватизмом, який властивий цій сфері. Інновації розглядаються як нововведення в галузі техніки, технології, організації праці та управління та

які ґрунтуються на використанні досягнень науки та передового досвіду, а також впровадження цих нововведень у різних галузях та сферах галузі.

Наукові та практичні інтереси охорони здоров'я спрямовані на розвиток актуальних напрямів, діяльності, розробку та впровадження у клінічну практику новітніх біотехнологій, нанотехнологій, інформаційно-комунікаційних та соціальних технологій, подальший розвиток системи менеджменту якості та створення комплексних систем лікування із залученням інноваційних технологій для діагностики, лікування та організації процесу. Інноваційна модель розвитку охорони здоров'я спирається на цільові міжвідомчі наукові програми. При відповідному матеріально-технічному та кадровому забезпеченні, реалізація науково-медичних програм дозволяє створити необхідний подальшого ефективного розвитку охорони здоров'я технологічний прорив [9].

Модель державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я України наведена на рис. 1.4.

Розглянемо структуру системи охорони здоров'я. Система охорони здоров'я України має складну структуру і, відповідно до основ законодавства України про охорону здоров'я громадян, організація охорони здоров'я громадян в Україні забезпечується державною, муніципальною та приватною системами охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією [10]. Кожен елемент системи охорони здоров'я має структуру, яка закріплена відповідно до чинного законодавства.



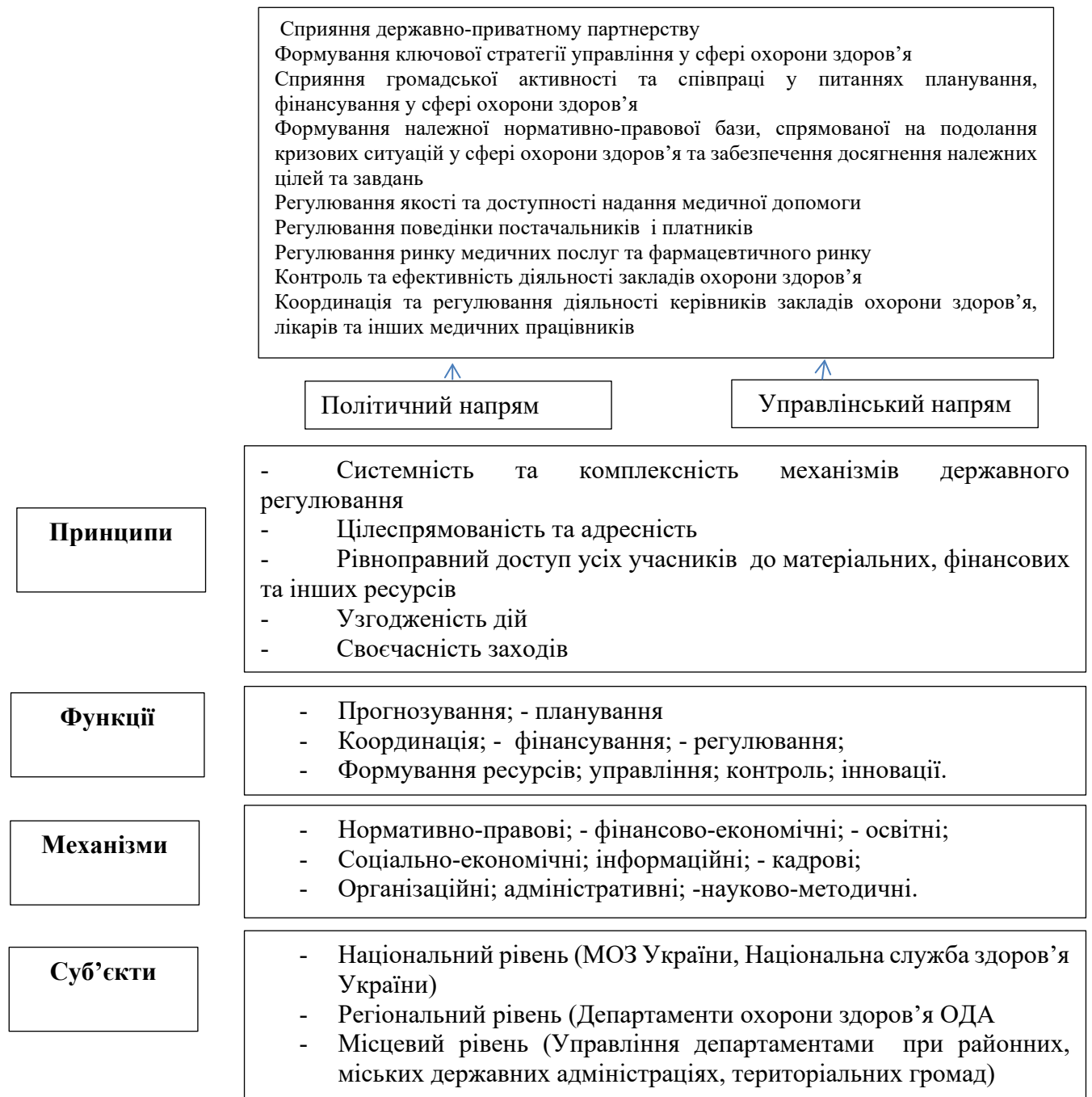


Рис. 1.4. Модель державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я України

До державної системи охорони здоров'я відносять державні органи виконавчої влади, (Міністерство охорони здоров'я України), місцеві органи виконавчої влади (департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаменти охорони здоров'я міських рад). Завдання цих установ полягає в тому, що вони відповідно до своєї компетенції планують і здійснюють заходи щодо реалізації державної політики України, виконання

програм у цій галузі та розвитку наукової діяльності даного напрямку. Також до організацій, що перебувають у державній власності та підпорядкованих органів державної системи охорони здоров'я належать лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, освітні установи, фармацевтичні організації та підприємства, аптечні установи, санітарно-профілактичні установи, установи судово-медичної експертизи, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства з виробництва медичних препаратів та медичної техніки та інші підприємства, установи та організації.

Міністерство охорони здоров'я є центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я здійснює управління на державному рівні і забезпечує формування та реалізацію державної політики, нормативно-правового регулювання у сфері охорони здоров'я, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів для медичного застосування, включаючи питання організації профілактики захворювань, у тому числі інфекційних захворювань та СНІДу, медичної допомоги, медичної реабілітації та медичних експертиз, а також забезпечує формування політики у сфері санітарного та епідемічного добробуту населення.

До приватної системи охорони здоров'я відносять лікувально-профілактичні та аптечні установи, які перебувають у приватній власності, а також особи, які займаються приватною медичною практикою та приватною фармацевтичною діяльністю. Лікувально-профілактичні, аптечні, науково-дослідні та освітні установи створюються та фінансуються приватними підприємствами та організаціями, громадськими об'єднаннями та фізичними особами.

З вищевикладеного зазначимо, що значимість системи охорони здоров'я може бути охарактеризована з правової, соціальної, економічної та гуманістичної позицій.

1. Правовий характер системи охорони здоров'я пов'язані з верховенством Конституції України та законів, визнанням прийнятих норм міжнародного права.

2. Соціальний характер – із забезпеченням соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я населення, державною підтримкою сім'ї, материнства та дитинства, інвалідів та літніх громадян.

3. Економічний характер системи пов'язаний з роллю, яке виконує охорона здоров'я у суспільному відтворенні як з погляду на головну продуктивну силу і з погляду його ресурсного забезпечення.

4. Гуманістичний характер системи охорони здоров'я означає, що пацієнт, його права є найвищою цінністю системи охорони здоров'я та їх визнання, дотримання та захист є обов'язком аналізованої системи.[11]

1.3. Методи та механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Для держави здоров'я населення є одним із найбільш цінних економічних ресурсів, тому ця сфера перебуває під пильною увагою держави. Державна політика - це цілеспрямовані дії, що розробляються і втілюються в життя органами державної влади за участю інститутів громадянського суспільства. Завданнями державної політики є вирішення певних проблем, досягнення стратегічних цілей, що визначають розвиток держави та суспільства. За допомогою державної політики виконуються завдання в тій чи іншій галузі. У цьому держава спирається доступні йому ресурси, методи впливу (економічні, адміністративні).

Основами державної політики у сфері охорони здоров'я є такі положення. По-перше, здоров'я населення – це фактор підвищення національної безпеки. По-друге, фінансування системи охорони здоров'я має пріоритетний характер. По-третє, громадянам гарантується надання медичної допомоги, яка відповідатиме встановленим стандартам якості надання

медичних послуг. По-четверте, інтереси громадян, і держави у сфері охорони здоров'я єдині спрямовані досягнення подібних цілей. По-п'яте, у разі часткової чи повної втрати здоров'я громадян їм гарантовано соціальну захищеність. Нарешті, по-шосте, заходи щодо профілактики захворювань та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення є пріоритетними.

Держава забезпечує інтереси економічного та соціального розвитку суспільства, концентруючи владу та санкціонуючи існування всіх недержавних інститутів. Існують різні позиції щодо необхідності втручання держави в економіку і про допустимі межі втручання, але переважна більшість фахівців схиляється до думки, що державний вплив у цій галузі неминучий, оскільки дана сфера потребує цілеспрямованих дій держави. Існуючі проблеми чітко дають зрозуміти, що їхнє рішення не можливе без участі держави, оскільки вони мають специфічні особливості.

Так, головними проблемами у сфері охорони здоров'я є наступні.

1. Недофінансування державної системи охорони здоров'я. Недофінансування галузі відображається у відсутності можливості гідної оплати праці медичного персоналу, у неможливості забезпечення населення достатньою кількістю безкоштовних ліків та дотримання сучасних стандартів лікування, у відсутності можливості забезпечити медичні установи видатковими матеріалами та сучасним обладнанням у достатньому обсязі.

2. Дефіцит та неоптимальна структура медичних кадрів. Одним із основних факторів є незадоволеність соціально-економічним становищем, а саме – низьким рівнем оплати праці, у зв'язку з чим виникає дефіцит фахівців. Більшість молодих фахівців йдуть із закладів державної охорони здоров'я до приватних, оплата праці в яких дозволяє забезпечити більш прийнятний рівень життя медичних працівників. Молоді люди, які вирішили здобути вищу медичну освіту, найчастіше обирають напрямок, який дозволить отримати в майбутньому максимальний економічний ефект із обраної професії. Приклад:

переважання фахівців у сфері стоматологічних послуг та нестача лікарів загальної практики.

3. Незадовільна кваліфікація медичних кадрів і, як наслідок, низький рівень медичної допомоги. Невідповідність системи підвищення кваліфікації медичних кадрів потребам практичної охорони здоров'я та міжнародним стандартам.

4. Ринок медичних послуг Його основна відмінна галузева особливість полягає в тому, що він функціонує в соціальній сфері, тому будь-які спроби його комерціалізації розглядаються громадянами як зазіхання на соціальне право, яке закріплене в Конституції. Можна виділити додаткові відмінні риси ринку медичних послуг, які впливають на сферу охорони здоров'я: невизначеність ризику; виражені зовнішні ефекти; асиметрія інформації; низька цінова еластичність попиту та переважно олігополістична структура ринку; суттєвий вплив морально-етичних установок суспільства на кон'юнктуру ринку. Враховуючи відсутність можливості для самостійного вирішення вищезазначених проблем безпосередніми учасниками процесу, лише держава має достатні адміністративні та інформаційні ресурси для ефективного впливу на всі елементи ринкової структури.

Розглянемо основні методи, які використовуються державою на ринку медичних послуг. Серед основних методів є:

- адміністративно – розпорядчі. Ці методи виробляються вищими органами управління та засновані на обов'язковому виконанні. У науковій літературі ці методи інакше називають організаційно – розпорядчими, цим підкреслюючи властиві цьому методу організаційні засади, які у відповідності протікання процесів й у досягненні координації дій учасників ринку медичних послуг, у формуванні та перетворенні організаційно-правових структур, зайнятих наданням медичних послуг. У той час як розпорядчим методам характерні регулюючі дії, що генеруються у формі законів, постанов, правил, норм, розпоряджень, стандартів, наказів, що йдуть зверху донизу.

Таким чином, регулювання діяльності об'єктів і суб'єктів на ринок медичних послуг здійснюється за допомогою створення правової бази, відповідно до ситуації, що складається, в зовнішньому середовищі, а також в умовах економічних катастроф, епідемій та інших форс-мажорних обставин. Встановлені державою норми, стандарти, суворі заборони та обмеження, ліцензування, сертифікація та інші заходи є обов'язковими для виконання учасниками ринку медичних послуг незалежно від їхньої волі та бажань. У разі невиконання винні особи підлягають покаранню з боку держави.

- Економічні методи, включають аналіз витрат на охорону здоров'я населення, вивчення сформованого попиту і пропозиції на медичні послуги, виявлення проблем захворюваності населення і тенденцій змін в конфігурації системи охорони здоров'я на всіх її рівнях, на основі дослідження даного ринку. Керуючі та регулюючий вплив здійснюється за допомогою угод, контрактів, договорів у вигляді зобов'язань, умов тощо. Ці методи мають високу гнучкість, можливість швидкої адаптації, встановлення прямого зв'язку між результатами діяльності і масштабами стимулювання або покарання.

Дані методи, властиві ринковому саморегулюванню, засновані на матеріальну зацікавленість учасників сфери охорони здоров'я у досягненні своїх цілей і більш характерні для недержавного сектора охорони здоров'я. Економічні методи передбачають використання прогнозування (моделювання) різних процесів у сфері охорони здоров'я, за допомогою подальшого втілення їх у проекти та програми розвитку даної галузі. Прикладом цільової програми є «Здоров'я 2020 : український вимір».

- Методи морального стимулювання. Вони характерні тим, що спираються на морально-етичні норми суспільства, взаєморозуміння, взаємоповаги, співробітництва, які застосовуються у державному та недержавному секторах охорони здоров'я. Мотивація полягає у підвищенні обсягів та покращенні якості медичних послуг, що задовольняють запити споживачів, та ослабленні несприятливого ефекту примусу, перетворюючи

зовнішній вплив на акт власної волі виконавців. Внаслідок того, що ринок медичних послуг має характерні особливості то й механізми його регулювання відрізняються від загальноприйнятих, вони повинні мати певну гнучкість і застосовуватися з урахуванням безлічі відмінностей (технічного, демографічного та географічного характеру) [12].

Інструменти, що застосовуються для державного регулювання охорони здоров'я, включають:

- правові, економічні та адміністративні регулятори;
- оцінка регулюючого впливу, що підвищує якість регулювання у сфері послуг охорони здоров'я;
- адміністративні регламенти надання державних послуг у сфері охорони здоров'я;
- державні соціальні стандарти у галузі охорони здоров'я;
- програма державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги;
- державні цільові та регіональні територіальні цільові програми охорони та зміцнення здоров'я;
- національні проекти;
- стандарти у галузі охорони здоров'я;
- ліцензування окремих видів діяльності у галузі охорони здоров'я;
- кваліфікаційні іспити для медичних та фармацевтичних працівників;
- сертифікація медичних послуг.

Як важелі та стимули державної політики у сфері охорони здоров'я використовуються:

- норми амортизації;
- податкові пільги;
- національні проекти;
- гарантована допомога;
- штрафи та пені;
- орендні ставки;

- винагороди. [15]

Функції та методи публічного та корпоративного управління у сфері охорони здоров'я:

- прогнозування та планування;
- субсидування на основі співфінансування;
- державне, регіональне та муніципальне фінансування;
- бюджетування, орієнтоване на результат;
- тарифна політика у системі ЗМС;
- оподаткування;
- кредитування;
- фінансовий контроль та інше надання громадянам безкоштовної медичної допомоги у рамках програм ЗМС.

Принципи державної політики у сфері охорони здоров'я можна поділити на загальні та приватні. До загальних принципів відносяться:

- формування ефективної інституційної структури (у тому числі її нормативно-правового забезпечення), що підтримує перехід від управління витратами до управління результатами;
- забезпечення рівності прав громадян на отримання безпечної, ефективної та якісної медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги та підвищення соціальної відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я;
- постійне підвищення якості медичної допомоги;
- пріоритетність профілактичної спрямованості у діяльності системи охорони здоров'я;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного добробуту населення;
- спадкоємність діяльності організацій охорони здоров'я під час надання медичної допомоги;
- соціальна орієнтованість охорони здоров'я (задоволення потреб, потреб населення та покращення якості життя);

- віднесення здоров'я населення, безпеки, ефективності та якості лікарських засобів до факторів забезпечення національної безпеки.

У розвинених державах соціальна політика спрямована не на зменшення, а лише на зміну своєї діяльності з використанням певних орієнтирів, що стимулюють ефективніший розвиток систем державного управління охороною здоров'я. Отже, охорона здоров'я повинна мати компетенцію, здатну регулювати надання медичних послуг на договірній основі, та інші механізми ринкового типу для досягнення соціальних цілей, забезпечення зміцнення здоров'я, якості та ефективності медико-санітарної допомоги [17].

Завданням регулювання є координація діяльності учасників для підтримки та зміцнення здоров'я населення та збільшення тривалості якісного життя. Винятково держава має достатні інформаційні та адміністративні ресурси для ефективного впливу на всі елементи ринкової структури:

1. Прогнозувати динаміку захворюваності, а отже, і рівень витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, можливо лише на макроекономічному рівні. Фактично ці прогнози втілюються у державному замовленні на надання медичної допомоги певного виду та у певній кількості. З можливості прогнозування логічно випливає можливість мультиплікативного впливу на громадське здоров'я за допомогою вироблення напрямів профілактики, вакцинації, санітарної освіти та ін. сумлінності виробника: сертифікації, ліцензування, акредитації. При цьому державне замовлення розміщується виключно у ліцензованих підприємствах та організаціях.

3. Штучне завищення цін на окремі лікарські засоби, вироби медичного призначення та послуги внаслідок низької цінової еластичності попиту можна обмежити шляхом державних закупівель на основі тендерів, котирувань, аукціонів.

4. Олігополістичну структуру ринку медичних послуг можна контролювати шляхом застосування всіх відомих заходів державного антимонопольного регулювання.

5. Конституційне право на охорону здоров'я не повинно перетворюватися на соціальне утриманство, держава має чітко лімітувати свої зобов'язання у сфері охорони здоров'я, виділяючи різні категорії громадян за ступенем свободи доступу до безкоштовної медичної допомоги. Для полегшення розуміння підходів, що склалися на сучасному етапі, до державного регулювання розвитку галузі необхідно розглянути трансформацію механізмів державного управління охороною здоров'я в історичному аспекті.[18]

Таким чином, охорона здоров'я є одним з основних та невід'ємних елементів структури соціальної сфери, яка завжди має перебувати в числі перших інтересів держави, оскільки недоліки у галузі відчуває на собі кожен громадянин. Отже, в Україні охорона здоров'я населення є справою державної важливості відповідно до концепції розвитку охорони здоров'я населення України від 07.12.2000 № 1313/2000 та полягає у збереженні та відновленні здоров'я людини – головної складової частини продуктивних сил суспільства, та реалізується заходами щодо зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності, що у свою чергу сприяє зростанню національного доходу країни та підвищенню добробуту народу. в країні соціально-економічних умов і вважається одним з явних і точним індикаторів соціально-економічної ситуації в цілому. Тільки держава, маючи всі необхідні адміністративні, правові та економічні інструменти, здатна впливати на ситуацію, яка склалася. Роль державного регулювання нині є провідною у цій галузі.

Висновки до розділу 1

В ході написання першого розділу було зроблено наступні висновки.

1. Здоров'я населення є першочерговим завданням держави. Діяльність держави щодо розвитку охорони здоров'я здійснюється у рамках відповідного напрямку державної політики. На наш погляд, вектор політики держави має бути спрямований на забезпечення ефективних заходів щодо охорони здоров'я громадян, у зв'язку з чим система охорона здоров'я має не лише стабілізуватися та пристосовуватися, а й активно розвиватися. При цьому найважливішим критерієм ефективності державної політики у сфері охорони здоров'я є ступінь (охоплення) громадян, які мають змогу отримати якісну медичну допомогу. Виходячи з цього, під державною політикою у сфері охорони здоров'я пропонуємо розуміти діяльність держави у зазначеній сфері, яка направлена на забезпечення її ефективного функціонування та розвитку.

2. Зазначено, що охорона здоров'я визначається як система соціально-економічних та медичних заходів, які мають на меті зберегти та підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини та населення в цілому. Для сфери охорони здоров'я як соціального інституту характерні такі ознаки: громадська потреба у діяльності даного інституту, мети, сфера діяльності; установи, в яких організовується діяльність системи охорони здоров'я; наявність ресурсів та коштів для реалізації діяльності; наявність чітко розподілених функцій, прав та обов'язків учасників які взаємодіють між собою; розподіл праці та професійне виконання функцій, зумовлених виконанням певного кола обов'язків; наявність регламентації особливого типу; стійкість організації та здатність до саморозвитку; власна символіка та імідж.

3. В ході дослідження розглянуто методи, які використовуються державою на ринку медичних послуг (адміністративно – розпорядчі; економічні методи; методи морального стимулювання). Визначено інструменти, які можуть бути використано для державного регулювання охорони здоров'я, серед яких правові, економічні та адміністративні регулятори; оцінка регулюючого впливу; державні соціальні стандарти у галузі охорони здоров'я; програма державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги; тощо.

РОЗДІЛ 2. РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Особливості реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я на сучасному етапі

Охорона здоров'я є важливою галуззю соціальної сфери, яка максимально наближена до людей. Саме на сфері охорони здоров'я лежить основна відповідальність за збереження життя та здоров'я громадян, профілактику та зниження захворюваності населення.

Сучасний етап розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я знаменується насамперед її реформуванням, головною рушійною силою якого є комплекс проблем національної системи охорони здоров'я, включаючи проблему соціально-економічної ефективності реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я у регіонах країни.

За останні роки в державі склалася вкрай несприятлива ситуація в галузі охорони здоров'я: знизилася якість та доступність медичної допомоги населенню; збільшилося кількість захворювань соціально небезпечного характеру; медико-демографічна ситуація характеризується зростанням смертності та зниженням народжуваності, негативним природним приростом населення, що стало початком комплексного реформування системи охорони здоров'я.

Формування ефективного процесу управління системою охорони здоров'я як в регіонах так і в цілому в Україні залежить від діяльності державних органів по своєчасному оновленню нормативно-правової бази, що регулюють процеси, що відбуваються в галузі охорони здоров'я, а також від рівня та актуальності державної політики, що проводиться у державі.

Державна політика у будь-якій сфері, зокрема в охороні здоров'я, починається з аналізу ситуації та виявлення списку проблем. У державній політиці проблема розуміється як протиріччя між постійно виникаючими

людськими потребами та можливістю держави та суспільства їх задовольняти. У системі охорони здоров'я проблема з'являється тоді, коли населення не задовольняє свої потреби одержання якісної медичної допомоги. Це питання вирішуємо за наявності державної політики, яка визначає вектор розвитку всієї системи охорони здоров'я на перспективу.

Державна політика в галузі охорони здоров'я будується на засадах «підтримки заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я населення та віднесення здоров'я населення до факторів забезпечення національної безпеки; дотримання прав людини та громадянина у сфері охорони здоров'я населення та забезпечення пов'язаних із цими правами державних гарантій; пріоритетність фінансування системи охорони здоров'я; забезпечення гарантій надання громадянам медичної допомоги, що відповідає встановленим стандартам її якості; забезпечення системи охорони здоров'я відповідними фінансовими ресурсами; дотримання єдності інтересів громадян та держави у галузі охорони здоров'я; доступності медичної допомоги громадянам України; розвитку міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я» [24].

Практика реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я має низку особливостей, які виражають соціальну значимість охорони здоров'я як соціального інституту та регулятора рівня життєзабезпечення людей, у тому кількості захворювань, народжуваності, смертності. Державна політика у сфері охорони здоров'я має найважливішу специфічну рису, пов'язану з наявністю думки, що враховується, і підтримки тих, без кого, власне, і не існує охорона здоров'я, - медичних працівників та пацієнтів. За відсутності цих показників усі дії в рамках політики, що проводиться, стають неефективними.

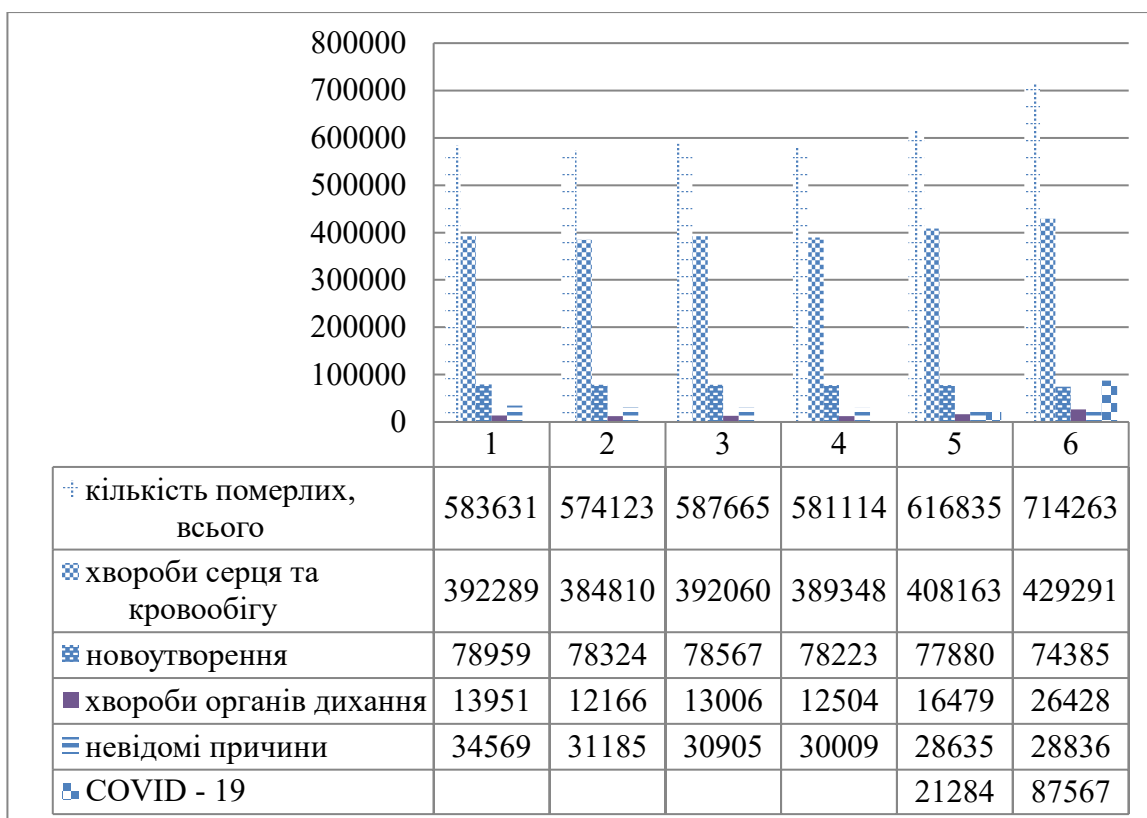
В Основах законодавства України про охорону здоров'я громадян зазначено, що: «охорона здоров'я громадян - це сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, тобто здоров'я залежить від усього переліку сфер життя, а не

лише від охорони здоров'я, як заведено думати. Стан здоров'я населення є головним показником ефективності соціальної політики в сфері здоров'я» [26].

Проведемо аналіз основних показників, які характеризують стан сфери охорони здоров'я. Видатки на охорону здоров'я в Україні мали щорічну тенденцію до зростання. Загальні видатки на програму медичних гарантій становили 2,4 ВВП. Цей показник все рівно не досягнув значення світового показника.

Так, у 2021 році середня тривалість життя населення в країні була нижче за середній показник в усьому світі. Середня тривалість життя жінок в Україні становила 76,22 року, чоловіків 66,39 року за середньої тривалості життя 71 рік. Водночас, за останні 30 років зросла очікувана тривалість життя українців (так, в 1990 році цей показник склав 70,42 року: для жінок – 74,82, а для чоловіків – 65,60 років). Якщо порівняти цей показник із світовими, то у США тривалість життя населення складає 78,5 років, у Великій Британії, Італії, Німеччині, Франції – понад 80 років, у Польщі – 77,8 років.

Треба відзначити, що Україна за рівнем смертності займає 5 – те місце у світовому рейтингу з показником 14,40 на 1000 осіб (середній світовий показник – 8,0) [42]. Значення рівня смертності в Україні показано на рис. 2.1.



На рис. 2.1. Причини смертності за період 2016-2021 рр

Як свідчать дані, які подано на рис. 2.2. кількість померлих за досліджуваний період збільшилась на 22,4 %. В перерахунку на 100 тис. населення показник смертності у 2021 році склав 1847,7.

Зменшується народжуваність (рис. 2.2).

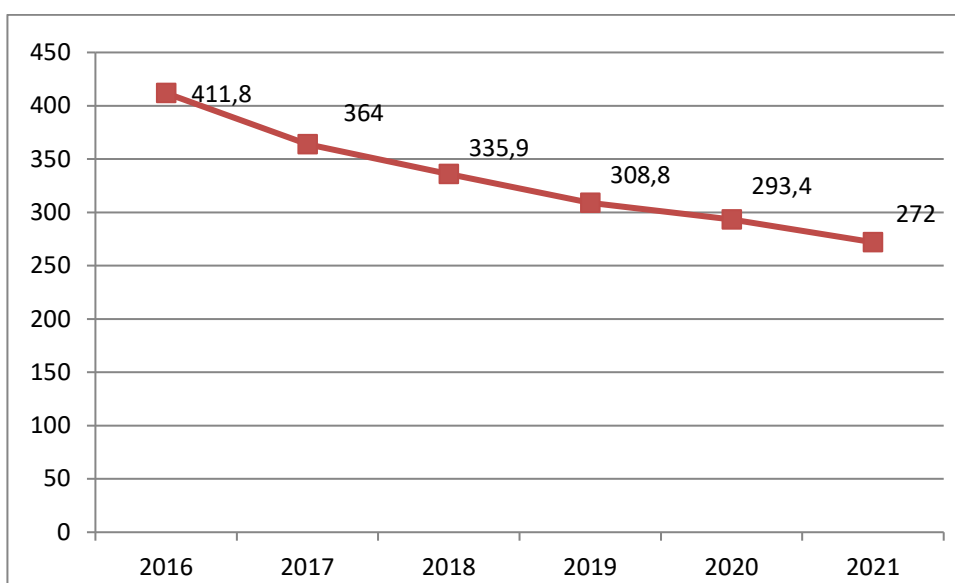


Рис. 2.2. Динаміка народжуваності в Україні за 2016-2021 рр.

Показник дитячої смертності у 2021 р. становив 7,2 на 1 тис. народжених живими, що на 60,5 % менше ніж у 2005 р. Аналогічна тенденція характерна і для материнської смертності. Однак ці показники ще далекі від середньоєвропейських [42].

З 2017 року у сфері охорони здоров'я розпочалися масштабні реформи. Ці реформи розпочалися із прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Наслідком прийняття цього нормативного документу стало створення єдиного національного замовника медичних послуг – Національну службу здоров'я України. Окрім того була надана певна автономія закладам охорони здоров'я шляхом зміни принципів управління, а також перетворення комунальних бюджетних установ у комунальній некомерційні підприємства. Такі перетворення мали на меті покращення прозорості операцій та подоланню корупції і зменшення обсягів нераціонального використання інвестиційних ресурсів та обігових коштів.

З липня 2018 року, такі заклади уклали договори із Національною службою здоров'я України. Громадяни України отримали право вільного вибору лікаря. Надавачі лікарняних послуг (державні та приватні) отримали рівні права щодо надання послуг у рамках програми медичних гарантій (пакети послуг, які сплачує Національна служба здоров'я України).

З квітня 2019 року почала реалізовуватись державна програма «Доступні ліки», метою якої стало відшкодування вартості лікарських засобів за електронним рецептом. В такій програмі приймають участь 444 лікарських засоби.

Відбувся перехід до «Оплати результату». Тобто гроші почали «ходити за пацієнтами», а не за закладами охорони здоров'я.

Проблеми загострилися під час короно вірусної інфекції, яка виявила слабкі сторони у сфері охорони здоров'я та готовності і реагування на надзвичайні ситуації.

При Міністерстві охорони здоров'я України створюється Центр громадського здоров'я, що знаменувало початок трансформації системи громадського здоров'я в Україні. До завдань даного Центру входить розробка офіційних механізмів та способів планування, моніторингу та інформування про заходи, які вживаються для збереження та зміцнення здоров'я населення,

Треба зазначити, що в державі ще спостерігається проблема нерівності у здоров'ї, яка нині з об'єктивних причин продовжує загострюватись. На нашу думку існує ряд факторів, які формують ситуацію нерівності у сфері здоров'я.

До першої групи факторів відносять такі, які пов'язані з економічними ресурсами, фізичним та соціальним середовищами, в яких людям доводиться жити та працювати. Багаторазово доведено тісний взаємозв'язок між рівнем доходів та станом здоров'я. Причому здоров'я покращується і йде по висхідній від груп з низькими доходами до груп із середніми та високими доходами доти, доки досягаються дуже високі доходи. Остання ситуація для нашої країни поки що не актуальна.

Друга група факторів пов'язана з індивідуальними особливостями поведінки людей. Це, з одного боку соціально несхвалювані види поведінки (куріння, алкоголь, наркотики), з іншого - різні види самозбережної поведінки (раціональне харчування, фізична активність, використання профілактичних можливостей для себе та своїх дітей тощо). Нерівності у сфері поведінки людей є неминучими, але рівень їх зміни у позитивному напрямі значною мірою залежить від наявності навчання турботі про здоров'я в сім'ї, школі, засобах масової інформації.

Третя група факторів має відношення до системи охорони здоров'я, яке надає різні якісні можливості та послуги для різних категорій населення. Ці можливості зумовлюються економічними, географічними та культурологічними доступностями.

Треба зауважити, що проблема нерівності має міжнародний характер, вона відображена у стратегії ВООЗ і є об'єктом пильної уваги навіть в економічно благополучних західних країнах. На думку ВООЗ, для втілення в

життя політики, спрямованої на скорочення нерівності у питаннях здоров'я, необхідні спеціальні організаційні структури. Домінуючим концептом є те, щоб такі структури були ефективними. Саме тому вони повинні мати міжвідомчий характер урядовому рівні. Їх не можна віддати повністю у відання тому чи іншому міністерству чи відомству (наприклад, охорони здоров'я). Складність полягає також у тому, що здоров'я рідко буває першорядним міркуванням при ухваленні рішень, що стосуються політики в галузі економіки, промисловості чи житла. Тому необхідні певні компроміси між пріоритетами.

Є країни, де ця проблема успішно вирішується на державний рівень. Наприклад, парламент Швеції затвердив у 1991 р. закон, за яким усі національні державні та громадські організації, установи та органи влади зобов'язані доповідати парламенту про конкретні дії, які стосуються скорочення проявів соціально-економічної нерівності у сфері здоров'я, а також мають аналізувати наслідки своїх дій для здоров'я населення.

За останні роки проведено заходи щодо цифровізації сфери охорони здоров'я, впровадження електронної системи охорони здоров'я, запроваджено концепцію розвитку e-Health, впроваджено цифрові рішення для вакцинації від COVID-19, цифрові навички для медиків. Але одночасно виявлено і такі недоліки, серед яких: низька якість або взагалі відсутність Інтернет, недостатній розвиток матеріальної бази, невідповідні фахівці, які впроваджують та супроводжують e-Health, а також невідповідні медпрацівники, які мають працювати із цією системою.

Розв'язана Російською Федерацією повномасштабна війна завдала значної шкоди вітчизняній системі охорони здоров'я. Мова йде про руйнування медичної інфраструктури, неможливість дотримання норм і стандартів профілактики і лікування, брак медичних кадрів у деяких регіонах, погіршення або повне руйнування логістичних зв'язків щодо забезпеченості населення лікарськими засобами. Окрім того загострює негативний стан у сфері охорони здоров'я міграція населення та медичних працівників.

В даний час основним державним завданням у сфері здоров'я є відновлення у сфері охорони здоров'я після руйнівних дій з боку крани-агресора. Окрім того залишаються актуальними завданнями координація діяльності учасників ринку медичних послуг для підтримки та зміцнення здоров'я населення та збільшення тривалості життя громадян. Держава має достатні інформаційні та адміністративні ресурси для надання ефективного впливу на елементи ринкової системи, зокрема:

1. Складання прогнозів динаміки захворюваності, рівня витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, можливе лише на макроекономічному рівні. Такі прогнози реалізуються у державному замовленні на надання певної медичної допомоги та у певній кількості. З можливості прогнозування випливає можливість впливу на громадське здоров'я за допомогою здійснення профілактики, вакцинації, гігієнічного виховання та ін.

2. Недосконалість ринку можна виправити за допомогою дозвільних та оціночних процедур, що здійснюються державою і свідчать про якість товару та сумлінності виробника за своєю сертифікацією, ліцензування, акредитації. При цьому державне замовлення розміщується лише у ліцензованих організаціях.

3. Штучне завищення цін на лікарські засоби, медичні вироби та послуги внаслідок неефективної цінової політики попиту можна виправити за допомогою державних закупівель на основі тендерів та аукціонів.

4. Ринок медичних послуг можна контролювати за допомогою ефективного антимонопольного регулювання.

5. Держава повинна встановлювати ліміти надання своїх зобов'язань у сфері охорони здоров'я, виділяючи різні категорії громадян, які потребують безоплатної медичної допомоги.

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я за підсумками аналізу виявлених особливостей передбачає впровадження системи чіткого та обов'язкового дослідження сучасного стану системи охорони здоров'я, проте

належна увага цьому питанню приділяється лише при складанні та розробці програмних документів останніх років. Особливу увагу необхідно приділяти вивченню помилок минулих реформ, що також виявляються шляхом проведення аналізу як звітних даних, а й думки населення.

Таким чином, підвищення соціальної ролі системи охорони здоров'я актуалізує потребу в більш глибокому та ретельному підході до формування політики у цій сфері, розробки програм та концепцій, а також до складання алгоритмів реалізації заходів. Модернізація та реформування системи охорони здоров'я здійснюються комплексно вперше за довгі роки і тривалий час не було явних результатів. Наразі соціальний ефект цілераціонального підходу до формування державної політики у сфері охорони здоров'я виражається в рівні задоволеності медичною допомогою, що зростає щорічно, позитивних демографічних показниках, особливу увагу до проблем системи охорони здоров'я. Водночас варто на завершення зауважити, що тенденція до актуалізації проблем у сфері надання медичних послуг перебуває у стадії лише первинного висвітлення цього питання, і органам влади необхідно грамотніше використовувати ті особливості державної політики у сфері охорони здоров'я, які сприяють ефективному та соціально-необхідний механізм реалізації.

2.2. Аналіз діяльності комунального закладу «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» МОЗ України

Дослідження було проведено на базі Комунального закладу «Новомосковська центральна регіональна лікарня інтенсивного лікування» МОЗ України та має таку офіційну скорочену назву КП «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ». Юридичне місцезнаходження КП «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» Дніпропетровська обл., місто Новомосковськ, вулиця Гетьманська, буд. 238.

Згідно з даними Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань дата заснування КП «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» — 13.12.2001.

Основний вид економічної діяльності 86.10 «Діяльність лікарняних закладів». Керівником організації є Михайлюта Вадим Вікторович.

КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» є багатопрофільною лікарнею, яка надає медичні послуги мешканцями Новомосковського району. В своєму складі лікарня має:

- «Приймальне відділення;
- Відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- Хірургічне відділення на 40 ліжок;
- Терапевтичне відділення з кардіологічними ліжками;
- Акушерсько-гінекологічне відділення;
- Дитяче відділення;
- Пологове відділення;
- Неврологічне відділення».

До складу лікарні входить консультативна поліклініка де працюють лікарі наступних спеціальностей: травматологи, хірурги, уролог, офтальмологи, отоларінгологи, кардіологи, дерматологи, фтизіатри, невропатологи, пульмонолог, кардіоревматолог, ендокринолог, інфекціоніст, гастроентеролог, акушер-гінеколог, психіатр, нарколог, лікарі УЗД, лікар ендоскопіст, лікар з лікувальної фізкультури. За рік відвідувань консультативної поліклініки -173 тис. проведено 1829 малих оперативних втручань.

На сучасному рівні, цілодобово, проводяться рентгенологічні дослідження всіх органів та систем, ультразвукові дослідження, гастродуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, гістероскопія, функціональні дослідження серцевої діяльності.

Цілодобово працює клініко-діагностична лабораторія де проводять клінічні, біохімічні, серологічні та бактеріологічні дослідження

В ході проведеної реформи основними етапами перетворення комунального підприємства є:

- отримання ліцензії на здійснення медичної практики та право на проведення діяльності з обігу наркотичних речовин;
- укладення нового колективного договору;
- підтвердження акредитаційна категорія медичної установи;
- зміни у фінансовій документації;
- покращення матеріально-технічної бази та поступова комп'ютеризація процесів;
- укладення договору з НСЗУ згідно Програми Медичних Гарантій на 7 послуг на суму;

В таблиці 2.1. наведено фінансове планування в нових умовах.

Таблиця 2.1.

Оцінка стану фінансування КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» за
2020-2021 рік

Фінансування	2020	2021	2021 рік	
			I кв	II-IV кв
Затверджено, тис. грн.	11 104	11 952	3 311	6 637
Профінансовано тис грн.	11 104	11 952	3 311	2 332

Перший квартал 2020 року лікарня фінансувалася за рахунок бюджету, але починаючи з другого кварталу 2020 року лікарня перейшла на фінансування до НСЗУ (пакети медичних гарантій) та місцевого бюджету (енергоносії), за рахунок цього КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» отримує лише 60% фінансування.

Отримані кошти було фактично використано на наступні видатки (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Фактичні видатки КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» за 2020-2021 рр,
тис. грн.

Фактичні видатки, тис. грн.	2020	2021
Медикаменти, вироби медичного призначення	382,2	261,7
Продукти харчування	357,2	293,8
Оплата комунальних	1465,6	1611,3
Заробітна плата	8339,5	9500,1
Інші видатки	559,5	285,1
Всього видатків	11104	11952

Як бачимо з таблиці видатки медичної установи мають тенденцію до зростання. Найбільша частина витрат направлена на оплату на виплату заробітної плати працівникам, а також оплату комунальних послуг, в тому числі енергоносіїв.

Для визначення стратегічного планування діяльності КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» проведемо SWOT – аналіз, визначимо слабкі та сильні сторони медичної установи, а також зацентруємо увагу на можливостях організації та можливих загрозах.

SWOT-аналіз враховує перелік внутрішніх і зовнішніх факторів, які активно чинять вплив на організацію та їх групування і аналіз з позиції позитивного та негативного впливу на діяльність організації. Результати такого аналізу можуть бути підґрунтям для визначення основної стратегії діяльності підприємства в майбутньому.

Результати проведеного SWOT – аналізу наведено на рис. 2.3. та 2.4.

Сильні сторони (Strength)	Слабкі сторони (weakness)
1. Висока кваліфікація персоналу	1. Недостатній рівень заробітної плати, як наслідок відтік кадрів до приватних лікарень
2. Якість надання медичних послуг, яке забезпечено впровадженням Системи управління якістю ДСТУ ISO 9001:2018, отриманим сертифікатом СУЯ ДСТУ EN15224:2019, а також наявністю відповідної матеріальної технічної бази	2. Низький рівень фінансування на закупівлю ліків та виробів медичного призначення, реактивів для лабораторних та інших досліджень
3. Сучасне інформаційне-комунікативне забезпечення закладу	3. Великі матеріальні затрати на купівлю сучасного медичного обладнання, оновлення та ремонт
4. Високий рівень сервісу та лояльність пацієнтів	4. Скорочення числа клієнтів комунального закладу внаслідок воєнних дій
5. Потенціал для розширення надання медичних послуг в сучасних умовах	

Рис. 2.3. Сильні та слабкі сторони КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ»

За результатами проведеного аналізу наведено перелік сильних та слабких сторін підприємства, які, на наш погляд, мають бути обов'язково враховані керівництвом закладу для розбудови основних стратегічних напрямів розвитку діяльності організації.

Отже, на основі проведеного SWOT - аналізу визначимо пріоритетні напрями діяльності підприємства

1. Забезпечити лідерство КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» на ринку медичних послуг, шляхом використання інноваційних технологій і впровадження міжнародних стандартів;

2. Розширення кількості якісних медичних послуг, які будуть орієнтовані на реабілітацію, зміцнення здоров'я населення, профілактику, точну діагностику і ефективне лікування захворювань для зміцнення і відновлення здоров'я;

Можливості (Opportunities)	Загрози (Threats)
1. Зростання кількості пацієнтів, яким необхідні різні види медичних послуг, внаслідок проведення воєнних дій.	1. Зростання цін на ліки та вироби медичного призначення, яке призводить до збільшення витрат.
2. Лояльність клієнтів.	2. Підвищення рівня конкуренції серед медичних закладів, які надають аналогічні платні медичні послуги.
3. Розширення спектру платних послуг в державі.	3. Відтік професійних кадрів за кордон внаслідок воєнних дій в країні.
4. Вихід на нових постачальників з більш низькими цінами.	4. Близькість воєнних дій від регіону.
5. Державна підтримка, створення програм з підтримки постраждалих, які потребують медичних послуг внаслідок проведення воєнних дій.	5. Порушення логістики з постачання ліків та виробів медичного призначення.

Рис. 2.4. Можливості та загрози КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ»

3. Можливість адаптації до нових умов фінансування та надання медичних послуг;
4. Максимальне оновлення медичного обладнання за рахунок новітніх технологій;
5. Забезпечення компетентного кадрового потенціалу та їх професійний розвиток;
6. Налагодження взаємодії з іншими медичними організаціями з питань консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги населенню;
7. Підвищення попиту населення на медичні послуги.
8. Розширення переліку платних медичних та немедичних платних послуг.

2.3 Аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я у зарубіжній практиці

З часом, попри всі видатні досягнення науково-технічного прогресу, на перший план виходить усвідомлення ролі людського капіталу, його якісних і кількісних характеристик, як потенціалу загального розвитку. В сучасних умовах уповільнення темпів економічного зростання практично всіх систем охорони здоров'я, всіх провідних країн, доводиться вирішувати такі проблеми, як пошук додаткових джерел фінансування, підвищення якості медичної допомоги та запровадження більш ефективних форм її організації. Кожна країна підходить до вирішення зазначених проблем, спираючись на сформовану модель охорони здоров'я [43].

В даний час виділяють три основні системи охорони здоров'я, які принципово відрізняються, в основі яких лежать різні способи фінансування і форми організації надання медичних послуг:

1. Переважно державна (Великобританія.).
2. Переважно страхова система, представлена в таких європейських країнах як Німеччина, Франція, Голландія, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деякі держави Латинської Америки, Японії та інших.
3. Переважно приватна (платна) система (США).

Такий поділ набув поширення внаслідок певних відмінностей, пов'язаних із джерелами фінансування галузі, способів її організації та формами власності постачальників послуг охорони здоров'я.

Розглянемо державну систему охорони здоров'я чи систему Беверіджа. Дана модель отримала таку назву на честь вченого Вільяма Беверіджа, який розробив у 1942 доктрину соціального страхування, яка заснована на ідеї загальнонародної соціальної солідарності.

Основні ознаки даної системи:

1. Трирівневий тип соціального захисту. Держава забезпечує базові гарантії соціального захисту населення. Роботодавець відповідає за соціальне

(професійне) страхування найманих працівників, а працівник бере участь у додатковому особистому страхуванні.

2. Державні соціальні гарантії орієнтуються на прожитковий мінімум, додаткове соціальне страхування – на заміщення (компенсацію) заробітку, додаткове добровільне особисте страхування – на особисті можливості самих працівників.

Основою для трьох рівнів соціального захисту є державна загальна охорона здоров'я, рівні можливості для виховання дітей сім'ям з різними доходами, запобігання безробіттю.

Так, Вільям Беверідж запропонував подвійний метод фінансування соціального захисту. За рахунок держави пропонувалося забезпечувати фінансування сімейної допомоги та національну охорону здоров'я. Решта соціальних допомог має фінансуватися за рахунок відрахувань самих працівників, роботодавців та субсидій держави. Ця модель набула поширення в таких країнах, як Великобританія, Австралія, Греція, Данія, Ірландія, Іспанія, Ісландія, Італія, Нової Зеландія, Норвегія, Португалія і Швеція.[44]

Найбільш яскравим прикладом є Великобританія. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я є державний бюджет, а точніше – податкові надходження. Держава практично повністю покриває медичні послуги для всього населення та керує системою надання медичної допомоги. Домінуючу роль відіграють державні лікувальні заклади. Ключовим постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service (NHS)), яке підпорядковується департаменту (міністерству) охорони здоров'я. Вона забезпечує мешканців практично всім набором необхідних медичних послуг, лікарськими препаратами у стаціонарах та медичними виробами безкоштовно [44].

Поряд із національною службою охорони здоров'я у системі охорони здоров'я Великобританії існує і приватний сектор, який незначний у загальній практиці, але має велику вагу на рівні вторинної медичної допомоги.

Користуються послугами національної охорони здоров'я понад 90% громадян, інші 10% - звертаються за допомогою до приватних медичних клінік.

Основною причиною, через яку британці звертаються до приватних медичних установ, є наявність великих черг на госпіталізацію до державної лікарні та небажання чекати на чергу на госпіталізацію чи бажання в обхід лікаря загальної практики відразу відвідати вузького фахівця [45].

Особливістю фінансування системи охорони здоров'я у Великій Британії є те, що бюджет охорони здоров'я на 90% покривається за рахунок коштів оподаткування. Близько 7,5 % формується рахунок роботодавців та осіб, які працюють за наймом. Інші 2,5% складає плата за стоматологічну та офтальмологічну допомогу, виписку рецептів та приватні ліжка у державних лікарнях.[46]

Для розподілу різноманітних медичних послуг у Великій Британії прийнято розділяти їх на первинні та вторинні. Обидві групи послуг є відповідними локальними підрозділами національної служби охорони здоров'я.

Первинна охорона здоров'я передбачає рутинну медичну допомогу, яку надають в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах. Вторинною вважається робота психологів та психіатрів, а також спеціалізовані медичні послуги, які надаються у шпиталях, амбулаторіях.

Більшість медичних закладів мають статус самоврядних організацій, які є лікарняними трастами. У цьому випадку власником медичних закладів залишається держава. Проте право управління власністю переходить до трастів. Лікарняний траст надає населенню певний набір життєво важливих видів медичної допомоги та функціонує виключно за рахунок власного доходу, а також має право набувати та відчужувати майно. Для вирішення власних фінансових проблем траст використовує звичайні кредити, а чи не бюджетні дотації [46]. Трасти організаційно є незалежними від місцевих

органів управління охороною здоров'я і безпосередньо підпорядковані МОЗ, яке призначає керівництво.

У системі охорони здоров'я Великобританії, як і у системі охорони здоров'я будь-якої іншої країни, існують позитивні та негативні сторони. Позитивними сторонами національної служби охорони здоров'я Великобританії є надання всьому населенню доступної та безкоштовної в момент споживання медичної допомоги. Ця система реалізує державні гарантії та досить жорсткою їх регулює. З іншого боку, має місце наявність великих черг на прийом до лікаря та планову госпіталізацію. Очікування на первинний прийом до фахівця загальної практики може становити від кількох днів до кількох тижнів, внаслідок чого ускладнюється діагностика та лікування захворювань. Стаціонарна допомога зосереджена на наданні екстреної допомоги, а планова госпіталізація суворо обмежена лише патологією, яку неможливо вилікувати в амбулаторних умовах. При цьому термін перебування при плановій госпіталізації пацієнтів на лікарняному ліжку значно скорочено, що дозволяє скоротити державні витрати на лікування.

Ще однією відмінністю охорони здоров'я Сполученого Королівства є жорстке регулювання вільного продажу медичних препаратів. Більшість лікарських засобів виписуються за рецептом, наприклад навіть банальні антибіотики неможливо придбати без відповідного рецепту. Але водночас фактично всі лікарські засоби можна отримати практично безкоштовно, компенсувавши за них лише 7,85 фунтів стерлінгів (8,40 євро) за один рецептурний препарат. Ця виплата здійснюється лише працездатним населенням.

Для соціально вразливих та незаможних груп населення встановлено пільги щодо сплати. Так, громадяни, які не досягли 16 років, віком 60 років і старші, студенти очних відділень віком до 19 років, пацієнти із захворюваннями, що входять до спеціального переліку, військових пенсіонерів та інвалідів повністю звільнено від сплат за ліки. Також держава

сплачує проїзд до місця лікування малозабезпечених верств населення і надає низку інших важливих пільг у сфері медичних послуг [44].

Наявні недоліки Національної Системи Охорони здоров'я Великобританії цілком компенсуються всесвітньо визнаною високою якістю медичної допомоги та її абсолютною доступністю для всього населення, що забезпечується динамічним реагуванням британського законодавства на зміни, які відбуваються у суспільстві. Так, громадяни Великобританії мають можливість впливати на рішення у сфері охорони здоров'я. Заслуговує на увагу практика, яка діє протягом останніх 20 років, коли на місцевому рівні створюються ради охорони здоров'я місцевих громад, які мають на меті захист інтересів громадян у галузі охорони здоров'я. Однією з останніх ініціатив, які були використані у Великій Британії, це створення нових органів та консорціумів, які контролюють фінансування медичної допомоги на користь населення.

Розглянемо бюджетно-страхову моделі охорони здоров'я чи модель Бісмарку. В історії систем охорони здоров'я дана модель, створена канцлером Отто фон Бісмарком у 1881 р., яка стала першою. Вона мала зберегти здоров'я простих робітників, які у Німеччині на той час розглядалися як потенційні військовослужбовці. Було створено фонди соціального страхування, з яких оплачували витрати на лікування, видавали допомогу з безробіття, пенсії тощо. Поступово сформувалися так звані лікарняні каси. Дві третини внесків надходили до них від самих працівників та третина від роботодавців. Пізніше каси перетворилися на страхові компанії, а внески роботодавців стали основними [44].

Головною відмінністю бюджетно-страхової моделі організації охорони здоров'я є принцип фінансування. Бюджет охорони здоров'я формується не з податкових надходжень, а за рахунок страхових внесків, які відраховуються роботодавцями та працівниками на медичне страхування. Так само як бюджетна модель, страхова забезпечує доступ до медичних послуг усіх верств населення. Відмінності у тому, що у наданні медичних послуг беруть участь

організації різних форм власності, а держава грає роль гаранта у забезпеченні громадян цими послугами [45].

Найбільш розвинена ця модель у Німеччині, Франції, Голландії, Австрії, Бельгії, Швейцарії, деяких країнах Латинської Америки, Японії та інших країнах. З метою порівняння візьмемо соціально-страхову модель організації охорони здоров'я, яку ми розглядаємо на прикладі Німеччини. Після об'єднання Німеччини у 1991 році відбулися реформи у структурі організації медичних установ. Поліклініки було зачинено, а пацієнти з метою отримання первинної медичної допомоги почали звертатися до приватних та комерційних організацій до сімейних лікарів. При цьому за пацієнтом було закріплено право обирати будь-якого лікаря незалежно від його територіального розташування. Амбулаторні лікарі надають більшу частину невідкладної медичної допомоги у своїх приймальнях в робочі та неробочі години, а також відвідують хворих на дому.

При необхідності вторинної медичної допомоги пацієнт від сімейного лікаря прямує до вузьких спеціалістів або до спеціалізованого медичного закладу. Цей сектор включає: швидку допомогу, інтенсивну терапію, операційні зали, лабораторії, діагностичну радіологію, фізіотерапію тощо. Також амбулаторні відділення лікарень надають цілодобову допомогу, оскільки це рентабельно та зміцнює відносини лікарні та місцевого населення, підвищує задоволеність населення доступністю медичної допомоги. Надання лікувально-профілактичної допомоги здійснюється за принципом повного чи часткового стаціонару, а також у вигляді догоспітального чи постгоспітального лікування. Обсяги ліжкового фонду регулюються потребами населення, виходячи з показників здоров'я.

Третинна медична допомога заснована на спеціалізованих лікарнях, клініках та центрах. Вони обслуговують регіони і, як правило, кілька міст в частині особливо складних і дорогих послуг, таких як аварії і катастрофи, онкологічні центри, центри трансплантації і неонатології [51].

У Німеччині велику роль у регулюванні охорони здоров'я відіграє соціальний кодекс, в якому викладено основні вимоги до якості надання медичної допомоги. Щоб потрапити до лікарняного плану та отримати право на відшкодування витрат, установи повинні дотримуватись цих вимог при здійсненні своєї діяльності. Також у Соціальному кодексі Німеччини визначено набір медичних послуг обов'язкового соціального страхування, який включає:

- профілактику захворювань, охорону здоров'я на робочому місці;
- медичні обстеження з метою виявлення хвороб;
- лікування (амбулаторна, стаціонарна, стоматологічна допомога, лікарські засоби, послуги фахівців суміжних з медициною професій, медичні пристрої, сестринський догляд вдома, деякі види відновного лікування, соціальна терапія);
- невідкладну допомогу, перевезення хворих за певних станів;
- інші послуги (наприклад, інформування пацієнтів).

Нині у Німеччині діють чотири види соціального страхування: пенсійне, медичне, від безробіття, від нещасних випадків з виробництва. Федеральне Міністерство соціального розвитку Німеччини виконує у системі охорони здоров'я законодавчу роль і контролює виконання законів, визначає стратегію розвитку охорони здоров'я, взаємодіє із земельними та муніципальними органами управління охороною здоров'я з питань потреби та фінансування лікарень за рахунок земельних та муніципальних бюджетів, керує громадською роботою охорони здоров'я населення та робить щеплення проти соціально значущих захворювань. Контроль над роботою лікувальних установ здійснює держава, а лікарське самоврядування від імені лікарської палати, Асоціації лікарів лікарняних кас і лікарняними касами.[52]

Джерела фінансування розподіляються таким чином: соціальне медичне страхування (СМС) – 60 %, приватне медичне страхування (ПМС) – 10 %, державний бюджет – 15 % та особисті кошти громадян – 15 %. Близько 90% населення охоплено програмами СМС, 10% - програмами ПМС, і при цьому

3% застрахованих у СМС мають поліс добровільного медичного страхування (ДМС).

Рух засобів охорони здоров'я має такий вигляд: спочатку вони акумулюються у державному фонді СМС, потім надходять на рахунки приватних некомерційних страхових організацій, які контролюють оплату послуг [59].

Обов'язкове медичне страхування здійснюють некомерційні страхові незалежні організації – лікарняні каси. Вони фінансово незалежні, самоокупні, повністю самоврядні у межах певних законодавством структур. Кожна лікарняна каса управляється зборами представників, у яких 50% роботодавців, 50% працівників. Існують місцеві, земельні лікарняні каси. Бувають також лікарняні каси, орієнтовані професійні групи. Тарифи на медичну допомогу однакові всім. І обсяг оплачуваних послуг лікарняна каса скоротити не може. Ці вимоги однакові для всієї країни, всіх лікувальних закладів, всіх лікарняних кас.

Другий вид медичного страхування у Німеччині, що охоплює лише 10% застрахованих – приватне страхування. Цим видом діяльності займаються організації, які не причетні до обов'язкового медичного страхування. Внески на приватне медичне страхування формуються з урахуванням індивідуального ризику та залежать від віку, статі, стану здоров'я. При цьому використовуються спеціальні регіональні та професійні тарифи. Також, використовуючи приватне страхування, неможливо одним полісом застрахувати інших членів сім'ї. Як правило, пацієнти, які перейшли до системи приватного медичного страхування, до кінця життя не можуть повернутися до обов'язково медичного страхування. Винятки стосуються випадків втрати роботи або зниження доходів до рівня, що не дозволяє оплачувати медичне страхування у недержавних організаціях. [60]

У Німеччині добре відпрацьовано механізм оптимальної взаємодії сторін у медичному страхуванні. Держава є відповідальною перед суспільством за надання громадянам соціальних гарантій, але реалізація цих

гарантій передана незалежним організаціям, керованим виборними представниками. Це дозволяє працівникам, роботодавцям, лікарям реально проводити функціонування системи соціального страхування, а держава контролює дотримання законодавчо встановлених рамок і норм.[45]

Виділимо також приватну, або платну (ринкову) модель організації охорони здоров'я. Ринкова модель охорони здоров'я ґрунтується на приватній медичній практиці, а оплата послуг відбувається повністю за рахунок пацієнта. Ця модель у більшому прояві властива США і склалася в умовах вільного ринку. Характеризується відсутністю єдиної державної системи обов'язкового медичного страхування, а медичні послуги надаються на платній основі за рахунок самого споживача та обмежуються його особистими фінансовими можливостями. Ця система є найбільш економічно ефективною, сприяє науково-технічному прогресу, збільшенню прибутку та конкурентній боротьбі за споживача. Для успішного функціонування даної системи охорони здоров'я необхідний розвинений ринок медичних послуг, що включає досить багато медичних закладів різних форм власності. Причому особливістю ринкової системи охорони здоров'я є перевага приватних медичних установ, які конкурують між собою та висока платоспроможність населення. Проте за подібних умов повністю відсутня соціальна спрямованість охорони здоров'я.

У зв'язку з різноманітними фінансовими можливостями різних верств населення соціально - незахищена категорія (інваліди, люди, які мають тяжкі хронічні захворювання тощо), виявляються у вкрай не вигідному становищі, в якому не здатна оплачувати медичні послуги та у результаті виявляється позбавленою кваліфікованої допомоги, що призведе до негативних наслідків.

Вирізняють два основні рівні системи охорони здоров'я США:

1. Сімейний лікар.
2. Стаціонарна медична допомога.

Стаціонарну медичну допомогу населення США отримує у лікарнях, які за належністю діляться на дві основні групи:

- федеральні, які належать центральним урядовим чи іншим федеральним відомствам;

- нефедеральні, що належать адміністраціям штатів, міським муніципалітетам, благодійним організаціям, церквам, приватним власникам.

Залежно від форми власності виділяють кілька типів місцевих лікувальних закладів:

1. Приватні прибуткові лікарні – це приватні підприємства, що належать акціонерам. Доходи такої лікарні повністю підлягають оподаткуванню. Ці лікарні прагнуть надати лише найдохідніші види послуг, таким чином відмовляючи в дуже необхідних, але дорогих видах допомоги.

2. Приватні неприбуткові лікарні, які, зазвичай, контролюються та керуються релігійними організаціями чи групами, створеними місцевою громадськістю. Ці лікарні вважаються благодійними організаціями, тому їх звільнено від податків на власність. Чистий дохід лікарні повинен використовуватися для благодійної мети, як правило, він реінвестується у саму лікарню.

3. Державні лікарні надають допомогу будь-якому пацієнтові незалежно від його платоспроможності.

У США немає єдиної національної системи медичного страхування. У країні застосовується два типи приватного медичного страхування: індивідуальне та групове. Тільки 74% населення мають приватну медичну страховку, решта має державну страховку, або не має жодної страховки.

З федерального бюджету, бюджетів штатів, місцевих органів управління фінансуються прийняті у 1965 р. програми «*Medicare*» та «*Medicaid*». «*Medicare*» це єдина загальнодержавна програма медичної допомоги для людей похилого віку і тих, хто втратив працездатність. «*Medicaid*» - державна програма медичної допомоги сім'ям із низьким доходом. Вона охоплює 10% населення. Програма «*Medicaid*» субсидується федеральним урядом, але регулюється законами штатів.[56]

Існує певна категорія громадян, яким держава гарантує безоплатну медичну допомогу, до яких належать військовослужбовці, ветерани війни, моряки торгового флоту, особовий склад збройних сил, державні службовці та американські індіанці. [60].

За відсутності страхового поліса пацієнт може розраховувати лише на мінімальний набір послуг, наданий тільки за екстреними показаннями. У таких випадках витрати на лікування установи покривають власним коштом.

Крім цього велике значення приділяється різним благодійним фондам, які нерідко виступають одним із джерел фінансування галузі. Позитивні сторони даної моделі полягають у її економічній ефективності, високій кваліфікації медичного персоналу, престиж професії, гідна оплата праці, оснащеність сучасним обладнанням та лікарськими препаратами. У тому що медицина США є передовою у світі, 15% населення не має можливості користуватися її послугами, а ще 15% застраховані неадекватно [44].

Негативними сторонами є наступні.

1) У США не гарантується державою рівноправна та безкоштовна медична допомога всім верствам населення.

2) Жорстке регулювання лікарських засобів. Практично всі лікарські препарати реалізуються за рецептом, у зв'язку з чим виникає необхідність відвідування медичного закладу, що призводить до додаткових витрат пацієнтів.

3) Комерціалізація галузі призвела до значного впливу фармакологічних лобі в уряді задля власних економічних інтересів.

4) Децентралізація влади у галузі. Формально управління охороною здоров'я США здійснює департамент охорони здоров'я та соціальних служб, але функції його дуже обмежені. Незважаючи на те, що держава виділяє колосальні суми в галузь, вона не має дієвих важелів контролю за цінами та витратами послуг та препаратів.

В даний час США робить рішучий крок у бік соціального страхування у медицині. Головним елементом стала реформа охорони здоров'я кінцевою

метою, якою є запровадження обов'язкового соціального страхування. При цьому створено спеціальні біржі для страховиків, а незаможним передбачаються субсидії на покупку полісу. З'явилася адміністративна відповідальність стосовно осіб, які відмовляються купувати, та компаній, які відмовляються продавати поліс. Проте реформа на цей період не змогла досягти запланованих результатів.

Головна і суттєва відмінність подібної моделі від вітчизняної полягає у ставленні до самої суті охорони здоров'я. У вітчизняній практиці переважає соціальна спрямованість, у той час як у приватній моделі медицина – це бізнес із порятунку здоров'я, де ключовим є слово-бізнес.

Розглянувши основні моделі організації охорони здоров'я можна дійти невтішного висновку, що нині немає країн із класичними моделями систем охорони здоров'я. Сучасні моделі організації охорони здоров'я стали гібридними, змінюючись, реформуючись і запозичуючи один в одного окремі елементи. Незважаючи на різноманіття форм організації медичної допомоги в даний час немає жодної країни, яка була б повністю задоволена власною охороною здоров'я. Однак ретельне вивчення ситуації показує, що системи охорони здоров'я майже в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат та недоступності медичної допомоги для частини населення.

Треба зауважити, що не існує універсальної моделі організації охорони здоров'я, яка буде придатною для всіх. Рівень централізації, регулювання, розподілу витрат між усіма громадянами, і навіть роль приватного страхування сфері медичних послуг у різних країнах сильно варіюються. Проте, загальні тенденції розвитку загальнонаціональної охорони здоров'я у світі дозволяють зробити такі висновки, наявність медичного страхування не є рівнозначною загальному доступу до послуг охорони здоров'я.

На практиці у багатьох країнах страховка є у всіх, але медичні послуги в її рамках «дозуються», або ж людям доводиться довго чекати на черги на лікування. У країнах, де акцент робиться на державному контролі за охороною здоров'я, громадяни з найбільшою ймовірністю стикаються з «листами

очікування», нормуванням послуг, обмеженнями на вибір лікаря та іншими перешкодами у сфері медичної допомоги. Країни, де системи охорони здоров'я є найефективнішими, домагаються такого результату за рахунок відмови від централізованого державного контролю та опори на ринкові механізми - конкуренцію, поділ витрат, ринкові ціни та свободу вибору для споживача.

Висновок до розділу 2

1. Констатовано, що за останні роки в державі склалася вкрай несприятлива ситуація в галузі охорони здоров'я: знизилася якість та доступність медичної допомоги населенню; збільшилося кількість захворювань соціально небезпечного характеру; медико-демографічна ситуація характеризується зростанням смертності та зниженням народжуваності, негативним природним приростом населення, що стало початком комплексного реформування системи охорони здоров'я.

2. Визначено, що основним державним завданням у сфері здоров'я є відновлення у сфері охорони здоров'я після руйнівних дій з боку крани-агресора. Окрім того актуальними завданнями залишаються: складання прогнозів динаміки захворюваності, рівня витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, можливе лише на макроекономічному рівні; впровадження дозвільних та оціночних процедур, які здійснюються державою і свідчать про якість товару та сумлінності виробника за своєю сертифікацією, ліцензування, акредитації; активізація державних закупівель на основі тендерів та аукціонів; ефективне антимонопольне регулювання; встановлення державою лімітів надання своїх зобов'язань у сфері охорони здоров'я, виділяючи різні категорії громадян, які потребують безоплатної медичної допомоги.

3. В ході аналізу діяльності КП «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» зроблено наступні висновки. Основним видом діяльності є «Діяльність

лікарняних закладів». КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» є багатопрофільною лікарнею, яка надає медичні послуги мешканцями Новомосковського району. Перший квартал 2020 року лікарня фінансувалася за рахунок бюджету, але починаючи з другого кварталу 2020 року лікарня перейшла на фінансування до НСЗУ (пакети медичних гарантій) та місцевого бюджету (енергоносії), за рахунок цього КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» отримує лише 60% фінансування. За результатами проведеного SWOT-аналізу було виявлено сильні і слабкі сторони медичної установи, а також можливості та загрози та визначено пріоритетні напрями діяльності медичної установи.

4. Проведений аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я у зарубіжній практиці дозволив дійти наступних висновків. Виділяють три основні системи охорони здоров'я, в основі яких лежать різні способи фінансування: переважно державна; переважно страхова система; переважно приватна (платна) система. Такий поділ набув поширення внаслідок певних відмінностей, пов'язаних із джерелами фінансування галузі, способів її організації та формами власності постачальників послуг охорони здоров'я. В ході дослідження констатовано, що нині немає країн із класичними моделями систем охорони здоров'я. Сучасні моделі організації охорони здоров'я стали гібридними, змінюючись, реформуючись і запозичуючи один в одного окремі елементи. системи охорони здоров'я майже в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат та недоступності медичної допомоги для частини населення.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Нормативно-правові основи державної політики у сфері охорони здоров'я

Діяльність у сфері охорони здоров'я має здійснюватися згідно норм чинного законодавства, визначеними європейськими та професійними стандартами і правилами. Суворе дотримання таких законів, правил і стандартів може бути для громадян і держави підтвердженням того, що запит товариства виконаний правильно, а гроші платника податків витрачені ефективно. Законодавчу базу у сфері охорони здоров'я можна поділити на 4 групи (рис. 3.1.).

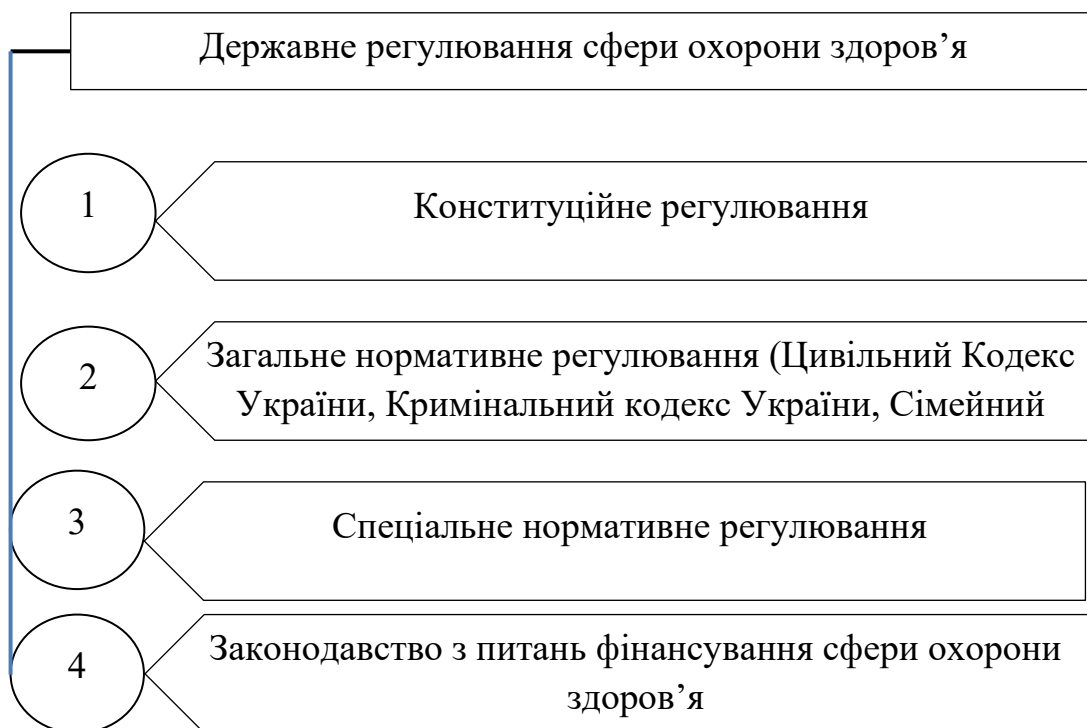


Рис. 3.1. Законодавча база у сфері охорони здоров'я

Як було зазначено в попередніх розділах життя і здоров'я людини є основною цінністю держави. Це основне положення викладено в ст. 3 Конституції України. Окрім того в Конституції України у ст. 27 викладено, що «кожна людина має невід'ємне право на життя»; згідно зі ст. 49 «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» [20].

«Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних 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.

Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» [22] .

В Цивільному кодексі України законодавче забезпечення системи охорони здоров'я в Україні забезпечено наступними статтями:

- ст. 281: право на життя;
- ст. 283: право на охорону здоров'я;
- ст. 284: право на медичну допомогу;
- ст. 285: право на інформацію про стан свого здоров'я;
- ст. 286: право на таємницю про стан здоров'я;
- ст. 287: права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я;
- ст. 289: право на особисту недоторканність;
- ст. 290: право на донорство;
- ст. 293: право на безпечне для життя і здоров'я довкілля [53]

В Кримінальному Кодексі України визначено основні статті, які забезпечують охорони прав і свобод людини. Статті, які визначають законодавче забезпечення системи охорони здоров'я:

- неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 131);
- розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби (ст. 132);
- незаконне проведення абортів (ст. 134);
- неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей (ст. 137);
- незаконна лікувальна діяльність (ст. 138);
- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139);
- неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником (ст. 140);
- порушення прав пацієнта (ст. 141);
- незаконне проведення дослідів над людиною (ст. 142);
- порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини (ст. 143);
- насильницьке донорство (ст. 144);
- незаконне розголошення лікарської таємниці (ст. 145);
- незаконне позбавлення волі або викрадення людини (ст. 146);
- підміна дитини (ст. 148);
- незаконне поміщення в психіатричний заклад (ст. 151);
- незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин (ст. 319);
- порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 320);
- незаконне виробництво, виготовлення, придбання, перевезення, пересилання, зберігання з метою збуту або збут отруйних і сильнодіяючих речовин (ч. 2 ст. 321);
- порушення правил боротьби з епідеміями (ст. 325) [21].

Загальне нормативне регулювання сфери охорони здоров'я здійснюється такими основними нормативними документами: Сімейний кодекс України, Закон України «Про захист прав споживачів», Закон України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини», Закон України «Про судову експертизу», Закон України «Про звернення громадян», Закон України «Про інформацію», Закон України «Про захист персональних даних», Закон України «Про охорону дитинства».

До нормативних документів, які становлять спеціальне регулювання відносять наступні.

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Даним нормативним документом регулюються суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

2. Закон України «Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення», який регулює питання пов'язані із забезпеченням санітарного та епідемічного добробуту населення, визначає права і обов'язки державних органів, підприємств, установ та організацій.

3. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб». Даний нормативний документ направлений на регулювання організаційних та фінансових питань, які спрямовані на вирішення проблем пов'язаних із лікуванням інфекційних хвороб.

4. Закон України «Про психіатричну допомогу», який визначає правові питання щодо надання психіатричної допомоги людині;

5. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», який «визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз»;

6. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»;

7. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини»;

8. Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині»;

9. Закон України «Про донорство крові та її компонентів»;

10. Закон України «Про лікарські засоби». Даний Закон визначає нормативні засади щодо створення, реєстрації, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів;

11. Закон України «Про імплантацію електорокардіостимуляторів»;

12. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;

13. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року».

Як ми бачимо, для забезпечення конституційного права на отримання медичних послуг та регулювання сфери охорони здоров'я розроблено ґрунтовну законодавчу базу. Але треба також констатувати, що останнім часом відбувалася реформа у системі і відповідно були змінені, розроблені та прийняті нові нормативні документи. Так, було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII, в якому зазначено, що громадяни, іноземці, особи без громадянства, які проживають на території України та особи, яких визнано біженцями, в межах програми медичного обслуговування можуть отримати необхідні медичні послуги та лікарські засоби за рахунок коштів Державного бюджету України.

Окрім того були внесені зміни в організаційно-правову форму закладів охорони здоров'я (Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 № 2002-VIII). Цим нормативним документом розпочався процес переходу від державного медичного закладу до некомерційного та неприбуткового підприємства державної або

комунальної власності. Окрім того працюють на ринку приватні медичні заклади.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28.03.2018 № 391 «отримання статусу комунального некомерційного підприємства (КНП) є однією з обов'язкових умов, які повинні виконати заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) для укладання договорів із Національною службою здоров'я України (НСЗУ), та переходу на нову систему фінансування медичного закладу» [4].

3.2. Удосконалення механізму реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Система охорони здоров'я є багаторівневою функціональною керованою системою. Вона створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних медичних заходів, спрямованих на охорону здоров'я населення країни. Головним напрямом уряду під час здійснення державного регулювання є розвиток системи охорони здоров'я.

Треба зазначити, що в умовах, які склалися, система охорони здоров'я має велику кількість об'єктивних та суб'єктивних проблем. Ці проблеми пов'язані із відсутнім дієвим механізмом регулювання ринку медичних послуг і, як наслідок, заважають удосконаленню управлінської практики.

Система охорони здоров'я в Україні відповідає бюджетній моделі охорони здоров'я, для якої пріоритетними були владні способи регулювання переважної кількості правовідносин, пов'язаних з організацією та наданням медичної допомоги населенню. Тому механізм вирішення проблеми забезпечення якісної та ефективної медичної допомоги не може в повній мірі відповідати потребам у сучасних умовах та задовольняти інтереси як громадян, так і суб'єктів надання медичної допомоги.

Механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я є сукупність принципів та методів соціально-економічного, правового та адміністративного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів спрямованих на забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я. Завдання досконалого набору інструментів полягає у забезпеченні таких умов, які запобігатимуть негативним наслідкам.

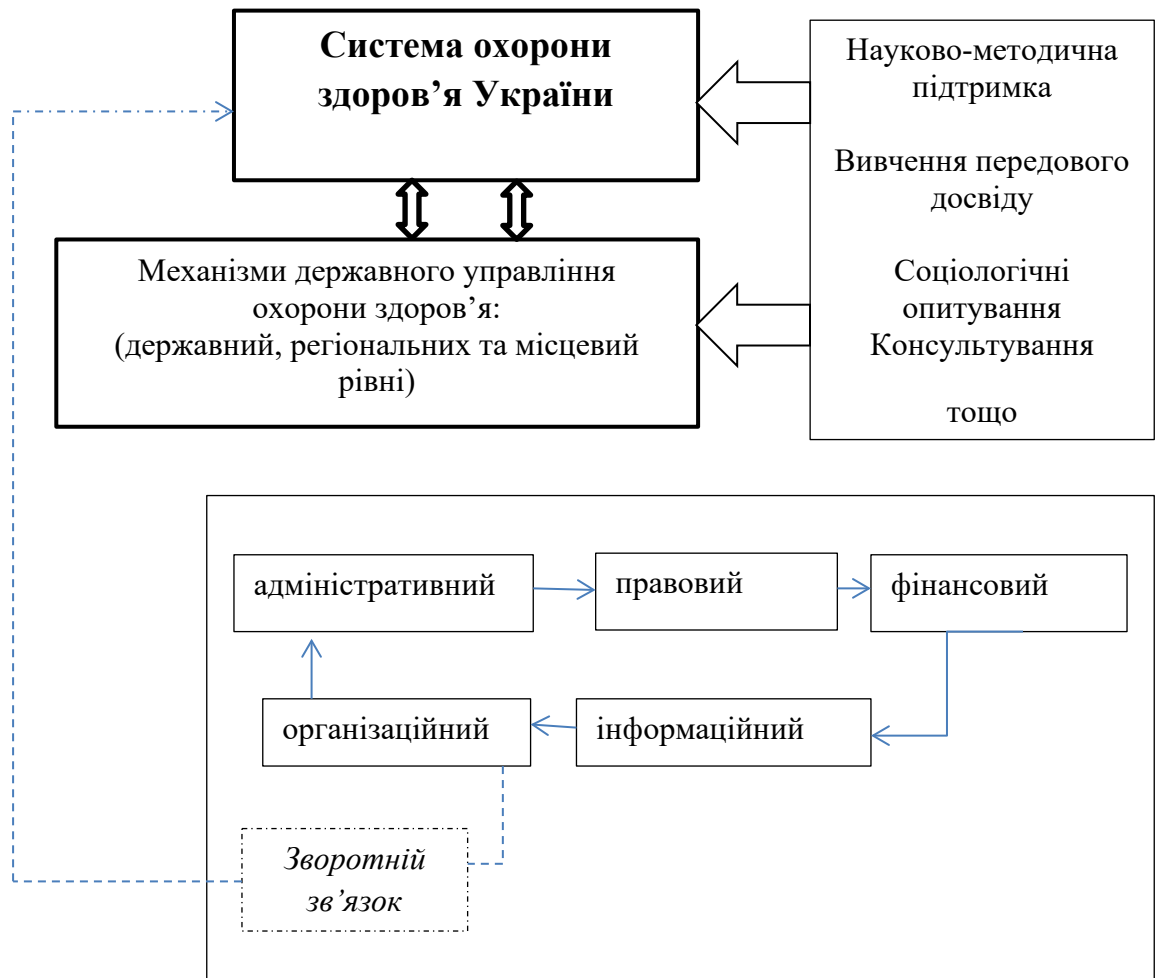


Рис. 3.2. Механізми державного управління системою охорони здоров'я

Основними цілями механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: удосконалення системи організації та управління охороною здоров'я; забезпечення гарантованої державою безкоштовною допомогою; забезпечення громадян якісними медичними послугами; створення конкуренції на медичному ринку. Механізм державного управління охорони здоров'я є комплексним, який містить взаємозалежні складові, серед яких:

організаційний, фінансовий, правовий, інформаційний, адміністративний (рис. 3.2.).

«Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я та поліпшення якості життя населення країни. Реалізація цієї політики вимагає здійснення комплексу державно-галузевих заходів. Поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їхнє ефективне використання; створення умов для формування стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання та навчання населення; здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності та зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення; впровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я; вдосконалення системи соціального та правового захисту медичних та фармацевтичних працівників та пацієнтів; інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, у тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості. Галузеві заходи повинні передбачати: розробку державних комплексних цільових програм охорони здоров'я населення; визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку та обсягу гарантованого рівня безкоштовної медичної допомоги громадянам у державних комунальних закладах охорони здоров'я; розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини; вдосконалення системи інформаційного забезпечення галузі охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби; створення системи забезпечення та контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості; впровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у вищих медичних навчальних закладах, незалежно від їх підпорядкування, для уніфікованого контролю за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я;

удосконалення порядку акредитації установ охорони здоров'я та атестації медичних та фармацевтичних працівників» [58].

У разі реформування однією з важливих аспектів функціонування ефективного механізму регулювання сфери охорони здоров'я є створення досконалої правової бази. Важливою властивістю правового механізму є його зв'язок з конкретною метою, що передбачає організовану і взаємопов'язану сукупність, здатну забезпечити досягнення поставленої мети шляхом законної реалізації суб'єктами наявних інтересів [5]. З погляду В. Пашкова, «завдання державного регулювання в галузі охорони здоров'я мають два аспекти. З одного боку, регуляторні заходи повинні забезпечувати вирішення політичних завдань, а з іншого – вдосконалення механізмів управління. Політичний аспект полягає у досягненні соціальних та економічних цілей. За своєю природою він має нормативний характер, який заснований на прийнятій у суспільстві системі цінностей і стосується певних політичних завдань та інтересів суспільства. При цьому соціально-політичні проблеми охорони здоров'я є спільними для всіх сучасних країн полягають у справедливості і рівноправності доступу до охорони здоров'я; економічності шляхом забезпечення фінансово-обґрунтованих витрат на охорону здоров'я; поінформованості та освіченості громадян з проблем охорони здоров'я; індивідуального вибору постачальника послуг у сфері охорони здоров'я» [39].

Щодо другого управлінського аспекту, то він пов'язаний з механізмами управління охороною здоров'я. Ці механізми мають змішану природу і відображають складність взаємовідносин між численними постачальниками послуг. «Ці заходи, спрямовані на найбільш ефективне та раціональне використання людських і матеріальних ресурсів, мають переважно технічний характер і передбачають регулювання: якості та ефективності (оцінка економічності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг); доступу хворих до послуг шляхом запровадження відповідної податкової політики; поведінки постачальників шляхом перетворення лікарень у державні підприємства, регулювання лікарняних

позик, взаємодія між лікарнями та службами первинної допомоги; ринку медикаментів (встановлення орієнтовних цін); діяльності медичних працівників (встановлення заробітної плати, вимог ліцензування)» [6]

Метою підвищення ефективності державного регулювання охорони здоров'я в Україні має стати: збільшення чисельності населення; збільшення тривалості життя громадян; підвищення якості та доступності медичних послуг населенню. На думку О. Грициняка, напрями вдосконалення підвищення ефективності державного регулювання системи охорони здоров'я доречно систематизувати наступні блоки: політичні – передбачають гарантоване забезпечення населення якісною медичною допомогою; організаційні - передбачають реформування медичної галузі [59].

На думку Грицинюка О.І. метою удосконалення організаційної системи підготовки медичних кадрів є: «розвиток інфраструктури та ресурсного забезпечення; правові – передбачають забезпечення нормативно-правової бази реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки та прийняття необхідних законодавчих актів; економічні - передбачають реформування фінансового забезпечення системи охорони здоров'я» [59].

Забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я потребує вдосконалення інструментарію державного регулювання сфери охорони здоров'я з урахуванням необхідності забезпечення функціонування національного класу охорони здоров'я з метою реалізації потенціалу охорони здоров'я та стійкого розвитку соціально-економічних відносин на всіх взаємопов'язаних ринках цієї сфери [57]. «У зв'язку з цим на сучасному етапі реформування необхідні перспективні напрями держави в регулюванні сфери охорони здоров'я, а саме:

- суттєві доповнення та зміни в системі чинного законодавства, а також організації механізму регулювання установ охорони здоров'я шляхом впровадження безперервного моніторингу та контролю за виконанням дій уповноважених інстанцій на всіх рівнях; організація дослідження економічної ефективності медичної діяльності; оптимізація кадрового потенціалу закладів

охорони здоров'я; створення функціонального механізму поточної диференціації ресурсного забезпечення серед закладів охорони здоров'я; нормативне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах; забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг; контроль та підвищення якості медичної допомоги; формування та розвиток «медико-економічного» потенціалу країни [43];

- вдосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту; забезпечення навчання (зміни) спеціалізації лікарів та медичного персоналу за рахунок бюджетних коштів; створення належних організаційних умов для функціонування єдиного медичного простору для надання гарантованого пакету медичних послуг та реалізації права пацієнта на вільний вибір лікувального закладу та лікаря; впровадження системи моніторингу та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; розробка, впровадження наскрізних протоколів медичної допомоги та забезпечення контролю за їх виконанням.

- перехід на новий механізм фінансування установ охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом впровадження нових механізмів фінансування – поступовий перехід до фінансування на основі наданих медичних послуг гарантованого пакету медичної допомоги; запровадження оплати результатів діяльності установ охорони здоров'я як автономних суб'єктів господарської діяльності, тобто оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги; запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; укладання договорів про надання медичних послуг, які входитимуть до гарантованого пакету медичної допомоги»;

- впровадження механізмів медичного страхування (у разі прийняття відповідних нормативно-правових актів) шляхом визначення основних медичних послуг для розробки базового соціального пакету; у разі прийняття

нормативно-правових актів зі створення та впровадження механізму страхування в систему охорони здоров'я в Україні.

3.3. Рекомендації щодо модернізації в системі управління медичним закладом

В результаті проведених досліджень визначено основні напрями удосконалення в системі управління КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ».

Встановлено, що місією діяльності КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» є медичне обслуговування населення, надання медичної допомоги в стаціонарних умовах за видами медичної допомоги, лікарськими спеціальностями та спеціальностями молодших спеціалістів з медичною освітою відповідно до отриманої Підприємством ліцензії на медичну практику та на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Ключові сучасні виклики:

- Завантаженість медичного закладу внаслідок посилення потреб у послугах охорони здоров'я під час війни;
- Необхідність адаптації під час війни до зміни підходів та методів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- недостатня фінансова спроможність громад виконувати функції власника закладу під час війни та у повоєнний час

Основні цінності:

Висока якість - прагнення надати найкращі можливі медичні послуги пацієнтам.

Безпека - надання безпечних медичних послуг відповідно до головної заповіді лікування «Не нашкодь».

Співчуття і повага - кожен пацієнт заслуговує на співчуття і повагу його особистості, незалежно від статі, віку, національності, мови спілкування, раси, добробуту.

Пацієнтоорієнтовність - сприйняття пацієнтів і їх сімей як партнерів в процесі лікування, сприяння пацієнтам в прагненні бути поінформованими учасниками в прийнятті рішень, які зачіпають їх здоров'я і благополуччя.

Професіоналізм - прагнення до безперервної самоосвіти кожного фахівця, спрямованість кращих знань, можливостей і досвіду на благо пацієнта на основі постійного розвитку.

Розвиток та інновації - універсальність надання медичної допомоги, лікарями заохочення впровадження інноваційних технологій діагностики і лікування, адаптованих для жителів нашої області.

Робота в команді - внесок кожного співробітника в досягнення поставлених завдань (індикаторів), дотримання медичної етики деонтології, вдосконалення якості медичних послуг.

Повага до гідності та особистості пацієнтів та працівників.

Відповідальність - необхідність, обов'язок відповідати за свої дії.

Колегіальність - постійний самоаналіз і співробітництво, а також створення системи довіри на основі паритету відповідальності і обсягу роботи.

Відкритість - дотримання принципів чесності і порядності в особистісних і колективних діях.

Візія «Наше завдання - досягнути найвищої якості надання медичної допомоги. Здорова нація - наше майбутнє».

В сучасних умовах реформування, обмеженості фінансування, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення (в тому числі за рахунок Covid та війни), підвищення вимог пацієнтів до якості наданих медичних послуг слід переглянути систему управління медичним закладом. Це також відноситься і КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ». Врахування всіх окреслених факторів дозволить забезпечити його конкурентоспроможність в умовах переходу на автономну модель управління.

Отже, з метою удосконалення системи управління КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» слід здійснити наступні заходи.

1. Впровадження ефективної кадрової політики. Внаслідок проведеної реформи з 2019 року в Україні розмежовано функції директора та медичного директора. Нині директор закладу займається безпосередньо питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Тобто тепер заздалегідь під час пошуку кадрів слід чітко враховувати такі особливості, оскільки «якість і доступність надання медичної допомоги населенню напряду залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть свої функції без змін до закінчення терміну дії їхніх договорів».

Слід зауважити, що «управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, а в Україні велика частка управлінців у галузі охорони здоров'я – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики) і більшість з яких не мають правової чи економічної підготовки».

Окрім того, керівництву медичного закладу згідно чинного законодавства для того щоб обіймати посаду медичного директора медичного закладу треба мати управлінську освіту у галузі знань «Менеджмент» або Публічне управління та адміністрування» згідно із Наказом МОЗ України від 31.10.2018 № 1977.

2. Наступним напрямом є використання сучасних моделей якості в діяльності КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛЛ». Такі сучасні моделі безпосередньо дозволяють встановити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Мається на увазі використання в практичній діяльності закладу системного підходу. Системний підхід в управлінні медичним закладом дозволить встановити взаємодію всіх процесів та запровадити систему самооцінювання діяльності медичного закладу. Окрім того в діяльності медичного закладу корисно запровадити наступні моделі: «система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості

(EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement)».

3. Впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження ефективного зв'язку між працівниками закладу та пацієнтами. Вважаємо, що таку комунікацію слід будувати на основі моделі збалансованого трикутника «послуга – постачальник – замовник» (рис. 3.3.).

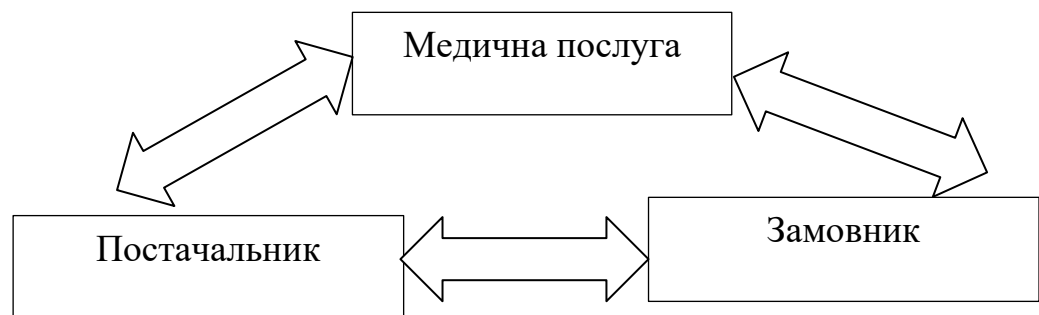


Рис. 3.3. Оптимальний збалансований трикутник зв'язку

Сучасна медична послуга стає безпосередньо продукцією, яку виробляє медичний заклад, зміст якої полягає у поверненні здоров'я хворого та тривалості досягнутого ефекту від лікування. При цьому медичний заклад розглядається як підприємство, яке не лише «виробляє» медичну послугу, а й також використовує у діяльності сучасні методи управління, менеджменту, маркетингу.

Окрім того, сучасною тенденцією є поява багатьох приватних лікарень. Це зумовило велику конкуренцію на ринку медичних послуг і як наслідок велика увага надається якості медичних послуг. Отже, «досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних закладів – одне з найважливіших завдань менеджменту закладів охорони здоров'я, реалізація якого можлива на засадах інноватизації управлінських технологій та їх впровадження у функціональну діяльність медичних установ».

Висновок до розділу 3

В ході написання третього розділу зроблено наступні висновки

1. Законодавчу базу у сфері охорони здоров'я поділено на 4 групи, серед яких: конституційне регулювання, загальне нормативне регулювання, спеціальне нормативне регулювання, законодавство з питань фінансування сфери охорони здоров'я.

2. Встановлено, що під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я є сукупність принципів та методів соціально-економічного, правового та адміністративного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів спрямованих на забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я. Механізм державного управління охорони здоров'я є комплексним, який містить взаємозалежні складові, серед яких: організаційний, фінансовий, правовий, інформаційний, адміністративний.

3. Окреслено перспективні напрями держави у регулювання сфері охорони здоров'я, до яких віднесено: суттєві доповнення та зміни в системі чинного законодавства, а також організації механізму регулювання установ охорони здоров'я; вдосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту; перехід на новий механізм фінансування установ охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом впровадження нових механізмів фінансування; впровадження механізмів медичного страхування (у разі прийняття відповідних нормативно-правових актів) шляхом визначення основних медичних послуг для розробки базового соціального пакету.

4. В результаті проведених досліджень визначено основні напрями удосконалення в системі управління КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ», а саме: впровадження ефективної кадрової політики; використання сучасних моделей якості в діяльності медичного закладу; впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження ефективного зв'язку між працівниками закладу та пацієнтами

ВИСНОВКИ

В ході написання першого розділу було зроблено наступні висновки.

1. В роботі зазначено, що здоров'я населення є першочерговим завданням держави. Діяльність держави щодо розвитку охорони здоров'я здійснюється у рамках відповідного напрямку державної політики. На наш погляд, вектор політики держави має бути спрямований на забезпечення ефективних заходів щодо охорони здоров'я громадян, у зв'язку з чим система охорони здоров'я має не лише стабілізуватися та пристосовуватися, а й активно розвиватися. Виходячи з цього, під державною політикою у сфері охорони здоров'я, запропоновано розуміти діяльність держави у зазначеній сфері, яка направлена на забезпечення її ефективного функціонування та розвитку.

2. Встановлено, що для сфери охорони здоров'я як соціального інституту характерні такі ознаки як: громадська потреба у діяльності даного інституту; установи, в яких організовується діяльність системи охорони здоров'я; наявність ресурсів та коштів для реалізації діяльності; наявність чітко розподілених функцій, прав та обов'язків учасників які взаємодіють між собою; розподіл праці та професійне виконання функцій, зумовлених виконанням певного кола обов'язків; наявність регламентації особливого типу; стійкість організації та здатність до саморозвитку; власна символіка та імідж.

3. Розглянуто основні методи, які використовуються державою на ринку медичних послуг, серед яких: адміністративно – розпорядчі; економічні методи; методи морального стимулювання. Інструментами, які використовуються для державного регулювання охорони здоров'я, є: правові, економічні та адміністративні регулятори; оцінка регулюючого впливу, що підвищує якість регулювання у сфері послуг охорони здоров'я; адміністративні регламенти надання державних послуг у сфері охорони здоров'я; державні соціальні стандарти у галузі охорони здоров'я; програма державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги; державні цільові та регіональні територіальні цільові програми охорони та

зміцнення здоров'я; національні проєкти; стандарти у галузі охорони здоров'я тощо.

4. Констатовано, що за останні роки в державі склалася вкрай несприятлива ситуація в галузі охорони здоров'я: знизилася якість та доступність медичної допомоги населенню; збільшилося кількість захворювань соціально небезпечного характеру; медико-демографічна ситуація характеризується зростанням смертності та зниженням народжуваності, негативним природним приростом населення, що стало початком комплексного реформування системи охорони здоров'я.

5. Визначено, що основним державним завданням у сфері здоров'я є відновлення у сфері охорони здоров'я після руйнівних дій з боку крани-агресора. Окрім того актуальними завданнями залишаються: складання прогнозів динаміки захворюваності, рівня витрат, пов'язаних із наданням медичної допомоги, можливе лише на макроекономічному рівні; впровадження дозвільних та оціночних процедур, які здійснюються державою і свідчать про якість товару та сумлінності виробника за своєю сертифікацією, ліцензування, акредитації; активізація державних закупівель на основі тендерів та аукціонів; ефективне антимонопольне регулювання; встановлення державою лімітів надання своїх зобов'язань у сфері охорони здоров'я, виділяючи різні категорії громадян, які потребують безоплатної медичної допомоги.

6. Проаналізовано діяльність КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ». Визначено, що КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» є багатoproфільною лікарнею, яка надає медичні послуги мешканцями Новомосковського району. Перший квартал 2020 року лікарня фінансувалася за рахунок бюджету, але починаючи з другого кварталу 2020 року лікарня перейшла на фінансування до НСЗУ (пакети медичних гарантій) та місцевого бюджету (енергоносії), за рахунок цього КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ» отримує лише 60% фінансування. За результатами проведеного SWOT-аналізу було виявлено сильні і слабкі сторони медичної установи, а також можливості та загрози та

визначено пріоритетні напрями діяльності медичної установи. В ході аналізу зроблено наступні висновки.

7. Проведений аналіз державної політики у сфері охорони здоров'я у зарубіжній практиці дозволив дійти наступних висновків. Виділяють три основні системи охорони здоров'я, в основі яких лежать різні способи фінансування: переважно державна; переважно страхова система; переважно приватна (платна) система. Такий поділ набув поширення внаслідок певних відмінностей, пов'язаних із джерелами фінансування галузі, способів її організації та формами власності постачальників послуг охорони здоров'я. В ході дослідження констатовано, що нині немає країн із класичними моделями систем охорони здоров'я. Сучасні моделі організації охорони здоров'я стали гібридними, змінюючись, реформуючись і запозичуючи один в одного окремі елементи. системи охорони здоров'я майже в усіх країнах світу стикаються з проблемами зростання витрат та недоступності медичної допомоги для частини населення.

8. Законодавчу базу у сфері охорони здоров'я поділено на 4 групи, серед яких: конституційне регулювання, загальне нормативне регулювання, спеціальне нормативне регулювання, законодавство з питань фінансування сфери охорони здоров'я.

9. Встановлено, що під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я слід розуміти сукупність принципів та методів соціально-економічного, правового та адміністративного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів спрямованих на забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я. Механізм державного управління охорони здоров'я є комплексним, який містить взаємозалежні складові, серед яких: організаційний, фінансовий, правовий, інформаційний, адміністративний.

10. Окреслено перспективні напрями держави у регулюванні сфери охорони здоров'я, до яких віднесено: суттєві доповнення та зміни в системі чинного законодавства, а також організації механізму регулювання установ

охорони здоров'я; вдосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту; перехід на новий механізм фінансування установ охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом впровадження нових механізмів фінансування; впровадження механізмів медичного страхування (у разі прийняття відповідних нормативно-правових актів) шляхом визначення основних медичних послуг для розробки базового соціального пакету.

11. В результаті проведених досліджень визначено основні напрями удосконалення в системі управління КЗ «НОВОМОСКОВСЬКА ЦРЛІЛ», а саме: впровадження ефективної кадрової політики; використання сучасних моделей якості в діяльності медичного закладу; впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження ефективного зв'язку між працівниками закладу та пацієнтами

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білинська М. М., Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Управління для забезпечення здоров'я як нова стратегія в державному управлінні Вісник НАДУ. 2013. № 3. С. 92–97
2. Борщ В.І. Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-022-3-4>
3. Бондаренко К. Державна політика у сфері забезпечення профілактичних заходів з офтальмології в Україні. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 9-ї Наук.-практ. Інтернет-конф. – Дніпро, 20-21.11.2021: тези доповідей (Том 1). – Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2021. С. 174-177
4. Васюк Н.О., Юрочко Т.П. Публічне управління охороною здоров'я в сучасних умовах реформування в Україні. Державне управління: теорія та практика. 2019. № 1. С.78-84
5. Гаро Г., Корнага О., Плиська Ю. Автономізація закладів охорони здоров'я: проблема чи потреба? Юридичні аспекти процесу. Український медичний часопис. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/119811/avtonomizatsiya-zakladiv-ohoroni-zdorov-ya-problema-chi-potreba-yuridichni-aspekti-protsesu>
6. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Академкнига, 2000. 312 с.
7. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. Право України. 2009. № 6. С. 56 – 62
8. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я населення: організаційно-правові проблеми формування і реалізації. Сучасне українське медичне право: Монографія. К. : Атіка, 2010. С. 47-70
9. Давидович Я.Є. Медико-соціальні аспекти проблеми здоров'я населення України. Новостимедицины и фармации. 2012. № 19 (227). С. 29-30.

10. Дацюк В.В. Теоретико-методологічні засади дослідження публічної політики у сфері охорони здоров'я [Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. Серія : Державне управління.](#) - 2018. - № 2. - С. 92-97. - URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vnaddy_2018_2_15
11. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія] / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.] – К., 2014. – 312 с. – С. 53
12. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф.Радиш ; передм. та заг.ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша].– К.: НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
13. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF>
14. Здоров'я-2020: основи європейської політики та стратегія для XXI сторіччя». URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1 -
15. Іванов Ю.Б., Бережна Ю.В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. Економіка і регіон. 2014. № 4. С. 101–106.
16. Карлаш, В. (2019). Проблеми державного регулювання у сфері охорони здоров'я України. *Публічне урядування*, (2 (17), 79-86. <https://doi.org/10.32689/2617-2224-2019-17-2-79-86>
17. Карамишев Д.В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: [Моногр.]. - Х.: Видво ХарРІ НАДУ «Магістр», 2006.- 304 с
18. Князевич В.М., Радиш Я.Ф., Васюк Н.О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я як організаційно-нормативна система

- владних дій та управлінських рішень. Інвестиції: практика та досвід. 2015. № 7. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2015/23.pdf
19. Князевич В. М.Авраменко Т.П.. Короленко В.В. Перспективи розвитку публічного управління у сфері громадського здоров'я України в умовах системних змін. Вісник НАДУ. 2016. №1. С. 56–63.
20. Конституція України (станом на 01.01.2020) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
21. Кримінальний Кодекс України (станом на 27.01.2023) URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text>
22. Личката К. Формування та реалізація сучасної державної політики у сфері охорони здоров'я. Економіка, фінанси, облік і право: актуальні проблеми теорії та практики: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Ізмаїл, 26 січня 2023 р.): у 2 ч. Ізмаїл: ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. 55 с.
23. Москаленко В. Ф. Підсумки законодавчої діяльності у галузі охорони здоров'я України . Український медичний часопис. 2013. № 4. С. 39-45
24. Надюк З. Управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства . Зб. наук. праць. НАДУ. – 2015. Вип. 1. С. 176-183.
25. Назарко С,О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. Ефективна економіка. 2020. № 1 URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf
26. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>
27. Пархоменко-Куцевіл , О. (2022). Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. *Науковий вісник: Державне управління*, (1(11)), 166–185. [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-166-186](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-166-186)

28. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування: Електронний збірник. 2014. № 2. URL : http://el-zbirn-du.at.ua/index/zmist_2014_2/0-16

29. 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. 2012. №4. С.9-12.

30. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 від 04.12.2014. URL: <http://www.apteka.ua/article/315522>

31. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html.

32. Про Стратегію сталого розвитку «Україна–2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 № 5/2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>

33. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

34. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>

35. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF>

36. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
37. Про схвалення Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11.01.2018 № 10-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/10-2018-%D1%80>
38. Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Постанова КМУ від 25.04.2018 № 410. URL.: <https://1medvip.expertus.ua/#/document/94/48283/>
39. Радиш Я. Єдиний медичний простір України - вимога часу. Інвестиції: практика та досвід, 2015. № 1. С. 163-164.
40. Рачинський А.П., Дарчин Б.С. Державна політика в галузі охорони здоров'я України: необхідність комплексності системної реалізації. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 1. С. 67-72.
41. Рябець Д. М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. *Економічні горизонти*. 2018. № 4(7), 164–174. DOI : [https://doi.org/10.31499/2616-5236.4\(7\).2018.212757](https://doi.org/10.31499/2616-5236.4(7).2018.212757)
42. Смертність в Україні та про що вона «говорить». URL: <https://arcua.org/publikacziui/smertnist-v-ukraini-ta-pro-shho-vona-govorit.html>
43. Сміянов В.А., Степаненко А.В. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. 2013. №3. С.11-17.
44. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна: монографія. Київ: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України; Видавництво «Логос», 2016. 536 с
45. Співак М.В. Досвід скандинавських країн у запровадженні політики збереження здоров'я / Гілея: науковий вісник. Збірник наукових праць / Гол. ред. В.М. Вашкевич. Київ: «Видавництво «Гілея», 2016. Вип. 108 (5). С. 209–304.

46. Статистичний щорічник України 2021 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2022.447с.
47. Статистичний щорічник України 2020 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2021.455с.
48. Статистичний щорічник України 2019 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2020.465с.
49. Стеценко С.Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. Публічне право. 2017. № 4. С. 57-61
50. Ткачова Н.М. Особливості державної політики забезпечення національної безпеки в сфері охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 2. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/2_2018/6.pdf
51. Франція. Погляд на системи охорони здоров'я у світі – 5. Тижневик «Громадянин України». № 23 (230). URL: <http://gukr.com/article2678.html>
52. Хвисяк О.М. Удосконалення післядипломної підготовки лікарів – шлях до забезпечення ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я. Медична освіта. 2015. № 2. С. 89–91.
53. Цивільний кодекс <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>
54. Чорний О.В. Реалізація державної політики охорони здоров'я щодо роботи медичного персоналу в період COVID-19: соціально-економічні аспекти зарубіжного досвіду. Право та державне управління. 2020. № 4. С. 301-306
55. Чурпій І, Чурпій Н, Чурпій К. Нормативно-правове забезпечення системи охорони здоров'я в сучасних реаліях. Scientific and practical journal URL: <https://art-of-medicine.ifnmu.edu.ua/index.php/aom/article/view/500>
56. Шевчук В.В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили

комплексу «Києво-Могилянська академія»]. Сер.: Державне управління. 2014. Т. 235. Вип. 223. С. 128–132.

57. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні: теоретичні аспекти / В. Г. Шевцов. Публічне адміністрування: теорія та практика: зб. наук. праць. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ. 2010. Вип. 1(3). URL: <http://www.dridu.dp.ua /zbirnik/index.html>.

58. Decree of the President of Ukraine,(2000), “About the Concept of development of public health services of Ukraine”, no. 1313/2000, available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (Accessed 27 December 2017)

59. Hrytsyniak, O.I., (2014), “Improving the regulation of the healthcare system as the main institution of labor development”, *Naukovyi visnyk Khersonskogo derjavnogo universytetu, Seriya: Ekonomichni nauky* [Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: “Economic Sciences”], vol. 5(1), pp. 159–161.

60. Pashkov, V. (2006), “State regulation of healthcare activities”, *Farmacevtika i farmaciia* [Pharmaceutics and pharmacy], vol. 26(547), available at: <https://www.apteka.ua/article/3256> (Accessed 27 December 2017).

ДОДАТКИ

Характеристика основних функцій суб'єктів державного регулювання
охорони здоров'я України

Суб'єкт державного регулювання охорони здоров'я України	Характеристика функціональних обов'язків у сфері охорони здоров'я
Верховна Рада України	формує державну політику про охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.
Президент України	несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, виступає гарантом влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.
Кабінет міністрів України	організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.
Міністерство охорони здоров'я України	у межах своєї компетенції планує і здійснює заходи щодо реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки.
інші міністерства та відомства України	Інші міністерства та відомства України Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей.

Продовження Додатка А

Національна служба здоров'я України	реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.
Районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, сільські, селищні ради	реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством
Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад	здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності