

2. Golovin S. Yu. Slovar psihologa-praktika / S. Yu. Golovin. – Minsk ; M. ; Harvest AST, 2001. – 654 s.

3. Drach I. I. Kompetentnisnyi pidkhid u pidhotovtsi mahistrantiv z pedahohiky vyschchoi shkoly / I. I. Drach // Problemy osvity : nauk.-metod. zb. ; In-t innovats. tekhnolohii i zmistu osvity MONSM Ukrayiny. – K., 2012. – Vyp. 70, ch. I. – S. 140 – 146.

4. Zeer E. F. Modernizatsiya professionalnogo obrazovaniya: kompetentnostnyiy podhod : ucheb. posobie / E. F. Zeer, A. M. Pavlova, E. E. Syimanyuk. – M. : Mosk. psihol.-sotsiol. in-t, 2005. – 216 s.

5. Zimnyaya I. A. Pedagogicheskaya psihologiya : ucheb. posobie / I. A. Zimnyaya. – M. : Logos, 2000. – 384 s.

6. Kompetentnisnyi pidkhid u suchasni osviti: svitovy dosvid ta ukrainski perspektivy: biblioteka z osvitnoi polityky : kol. monogr. / pid zah. red. O. V. Ovcharuk. – K. : K.I.S., 2004. – 112 s.

7. Lazurina N. P. Kompetentnist osobystosti: do pytannia konstytuuvannia problemy / N. P. Lazurina // Visn. Zhytomyr. derzh. un-tu im. I. Franka. – Zhytomyr. – 2010. – Vyp. 54. – S. 22 – 26.

8. Lokshyna O. I. Zmist shkilnoi osvity v krainakh Yevropeiskoho Soiuzu: teoriia i praktyka (druha polovyna KhKh – pochatok KhKhI st.) : monohrafiia / O. I. Lokshyna. – K. : Bohdanova A. M., 2009. – 404 s.

9. Luhovy V. I. Zastosuvannia systemnoho pidkhodu do vyznachennia kompetentnostei yak osnovy kvalifikatsii / V. I. Luhovy, O. M. Sliusarenko // Vyshcha osvita Ukrayiny: tekhnolohii vzaiemodii : teoret. ta naukovo-metod. chasop. / [za red. V. I. Luhovoho, M. F. Stepka]. – K. ; Zaporizhzhia : Klasych. pryvat. un-t, 2010. – № 1. – Temat. vyp. : Nauka i vyshcha osvita: tekhnolohii vzaiemodii. – S. 151 – 159.

10. Nazarenko H. I. Profesiina kompetentnist osobystosti vykladacha pisliadyplomnoi pedahohichnoi osvity / H. Nazarenko // Osvita Donbasu. – 2010. – № 2. – S. 80.

11. Novikov A. M. Metodologiya obrazovaniya / A. M. Novikov. – 2-e izd. – M. : Egves, 2006. – 488 s.

12. Nanzhao Z. Competencies in Curriculum Development / Z. Nanzhao. – Paris : UNESCO-IBE, 2005. – 6 p.

Nадійшла до редколегії 28.04.15

УДК 351.773

Ірина КРИНИЧНА

Національна академія державного управління

при Президентові України

Дніпропетровський регіональний інститут державного управління

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ: АНАЛІЗ
ОЧІКУВАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕФОРМ**

Аналізуються очікувані результати реалізації реформи системи охорони здоров’я на основі вивчення головних теоретичних зasad пілотного проекту з реформування галузі охорони здоров’я України. Досліджується рівень державного управління системою охорони здоров’я України, який не відповідає новим умовам і потребує формування якісно нової системи управління. Розглядаються недоліки в організації первинної медико-санітарної допомоги, які привели до компенсаторного непропорційного розвитку таких більш дорожчих видів медичної допомоги, як спеціалізована, стаціонарна, швидка. Саме диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медичної допомоги стала однією з основних причин, що зумовлює реорганізацію системи охорони здоров’я на основі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Доводиться, що оптимальним шляхом вирішення зазначененої проблеми є широке впровадження державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров’я України.

Ключові слова: державне регулювання, реформування, охорона здоров’я, пілотний проект, сімейна медицина, медико-соціальна допомога, медичний персонал, екстремна медична допомога.

Iryna Krynychna. State regulation of health care reforming in Ukraine: the analysis of the expected results of reforms implementation

The expected results of reforms implementation of the health care system on the base of main theoretical fundamentals of the pilot project on the health care field reforming in Ukraine are analyzed. The existing level of the public administration of the health care system of Ukraine is clarified; it is inadequate to the new conditions and requires the formation of a qualitatively new system of management. The defects in the organization of the initial health care led to the compensatory disproportional development of such more expensive kinds of the medical care as a specialized, permanent, urgent aid. The disproportion in the development of outpatient and inpatient medical care is one of the main reasons that cause reorganization of the health care system on the basis of priority development of IHC. Taking into consideration the limited opportunities of the Ukrainian state in the period of economic reforms, an extremely pressing issue is the search for new forms of the state regulation that would bring significant off-budget funds to the health care reform process. In our opinion, the best way of

solving this problem is widespread implementation of public-private partnership in the field of health care of Ukraine.

Key words: state regulation, reforming, health care, pilot project, general practice – family practice, medical and social aid, health care employees, emergency medicine.

Здоров'я населення є одним із найважливіших чинників розвитку економіки та добробуту населення будь-якої країни. За останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилася в декілька разів. За визначенням ВООЗ, сучасна система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг для тих, хто їх найбільше потребує, характеризуватися високою якістю і безпечною медичних послуг. Сьогодні, за даними ВООЗ, система охорони здоров'я за умови її ефективної організації може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок; смертності від ішемічної хвороби серця – на 40 – 50 % [1; 2].

Відомо, що система охорони здоров'я в Україні не відповідає вимогам, що висуваються перед сучасною ефективною системою охорони здоров'я. Її розвиток мав екстенсивний характер, який полягав у постійному збільшенні кількості стаціонарних ліжок і лікарів. Цей шлях розвитку сприяв досягненню одного з найвищих у світі рівнів забезпеченості населення лікарями різних спеціальностей і лікарняними ліжками, дозволив створити широку мережу лікувально-профілактичних закладів у містах і сільській місцевості та забезпечити доступність кваліфікованої медичної допомоги як дорослим, так і дітям. Проте подальший досвід показав недостатню економічну та організаційну обґрунтованість і стратегічну неспроможність цього напряму розвитку охорони здоров'я. На відміну від більшості країн світу, що приділяли велику увагу первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД) як найближчій до населення, найбільш масовій, доступній та економічній, у вітчизняній охороні здоров'я активно впроваджувалася вузька спеціалізація медичної допомоги, що розглядалась як основний засіб підвищення кваліфікації лікарів і поліпшення якості медичного обслуговування.

Недоліки в організації ПМСД привели до компенсаторного непропорційного розвитку таких більш дорожчих видів медичної допомоги, як спеціалізована, стаціонарна, швидка. Саме на ці види медичної допомоги, особливо на стаціонарну, витрачається 80 % коштів, виділених на охорону здоров'я, серед яких велику частку становлять витрати на утримання будівель і транспорту, харчування, паливо, оплату комунальних послуг тощо. Ці прорахунки в організації ПМСД сприяють нераціональним витратам кадрових,

фінансових і матеріальних ресурсів системи охорони здоров'я. Саме диспропорція в розвитку амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної, вторинної та третинної медичної допомоги є однією з основних причин, що зумовлює реорганізацію системи охорони здоров'я на основі пріоритетного розвитку ПМСД і відповідної раціоналізації та оптимізації спеціалізованої і стаціонарної допомоги, тому тема дослідження сьогодні є надзвичайно актуальну.

За останні роки в Україні чітко простежується підвищення інтересу до проблем державного управління у сфері охорони здоров'я таких вітчизняних учених, як Л. І. Жаліло, В. М. Лехан, Я. Ф. Радиш, Г. О. Слабкий, І. М. Солоненко, М. В. Шевченко та ін., які вважають, що галузь охорони здоров'я перебуває в кризовому стані. Основними причинами кризи є зміни соціально-економічної системи держави, низька оплата праці медичних працівників, нездоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги та тривалий період реформування без виділення належних коштів.

Мета статті – на основі аналізу очікуваних результатів реалізації реформ системи охорони здоров'я та вивчення головних теоретичних зasad пілотного проекту виявити основні проблеми державного управління, які гальмують реформування зазначеної галузі.

Наявний рівень державного управління системою охорони здоров'я України виявився невідповідним новим умовам і потребує формування якісно нової системи управління. Зважаючи на це Верховною Радою України були прийняті нормативні акти: Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [7], а також на його основі розроблено новий Проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», що передбачає подовження терміну «проекту» до 31 грудня 2016 р. та поширення його дії на регіони, найбільше підготовлені до запровадження реформування, а саме Закарпатську, Одеську, Полтавську області. Також прийнято Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги» [9]. Ці Закони передбачають реалізацію у зазначених областях та місті Києві протягом 2011 – 2016 рр. пілотного проекту щодо реформування системи охорони здоров'я. Проміжні результати, отримані в пілотних регіонах, свідчать, що об'єднання коштів для надання вторинної медичної допомоги

на регіональному рівні дозволило підвищити доступність цього виду допомоги за рахунок її регіональної екстериторіальності та забезпечення можливості вибору медичного закладу для отримання допомоги, привести видатки на медикаменти та харчування в установах, що надають вторинну спеціалізовану медичну допомогу, до єдиних нормативів з їх збільшенням майже у два рази.

Отже, провідними завданнями і заходами пілотного проекту реформування охорони здоров'я України визначені: підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я України; підвищення якості медичного обслуговування; забезпечення доступності ліків; запровадження раціональної кадрової політики. У свою чергу, підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я пов'язується з її суттєвою структурною реорганізацією відповідно до потреб населення в різних видах медичної допомоги шляхом чіткого розмежування первинної та вторинної допомоги [3; 4].

Так, *на первинному рівні* пропонується створення мережі закладів загальної практики – сімейної медицини різного типу для сільської місцевості і міст. *На вторинному рівні* з урахуванням найкращого світового досвіду та даних доказового менеджменту пропонується така диференціація лікарень: 1) лікарні інтенсивної допомоги – для надання цілодобової медичної допомоги, лікування хворих із гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду; 2) лікарні планового лікування – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування; 3) лікарні відновлюваного лікування – для відновлення функцій, порушених у результаті захворювань чи травм, з метою попередження інвалідності або реабілітації інвалідів; 4) хоспісі – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним хворим; 5) лікарні медико-соціальної допомоги – для забезпечення догляду та надання соціальної та паліативної допомоги хронічним хворим.

Головна роль у пілотному проекті належить багатопрофільним лікарням для надання інтенсивної (передусім екстреної) допомоги, оскільки саме від їх діяльності перш за все залежить життя та здоров'я пацієнтів. У розвинених країнах світу саме ці лікарні становлять близько 90 % загальної кількості всіх стаціонарів.

Швидка та невідкладна медична допомога в рамках пілотного проекту також підлягає суттєвій реорганізації, якою передбачається виведення існуючих підрозділів служби швидкої та невідкладної медичної допомоги зі структури лікувально-профілактичних закладів і підпорядкування їх єдиному регіональному центру

екстреної медичної допомоги. Унаслідок зазначеного реорганізації на базі існуючої служби швидкої медичної допомоги створюється принципово нова служба – служба екстреної медичної допомоги (ЕМД) на чолі з територіальним центром екстреної медичної допомоги, якому будуть підпорядковані окремі відділення і пункти тимчасового базування бригад ЕМД [3; 4]. Головною функцією ЕМД є надання медичної допомоги хворим у станах, що загрожують життю оточуючих [4; 5; 6].

На третинному рівні надається високоспеціалізована і високотехнологічна медична допомога обласними медичними закладами та профільними науково-дослідними інститутами (НДІ). З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних закладів IV рівня акредитації пропонується створення університетських клінік – об'єднання цих закладів у формі корпорації відповідно до чинного законодавства. Базовим елементом означеної корпорації стає обласна клінічна лікарня, основною метою якої є задоволення потреб населення в медичній допомозі третього рівня. Стратегічне управління клініками НДІ, які обслуговують населення всієї країни, здійснюється МОЗ України. Надання високоспеціалізованої та високотехнологічної допомоги в обласних лікарнях та університетських клініках здійснюється за напрямленнями медичних закладів вторинного рівня, надання допомоги клініками НДІ – за напрямленнями обласних управлінь охорони здоров'я згідно з квотами, визначеними МОЗ України [3; 4].

Запровадження договірних відносин під час закупівлі медичних послуг та нових методів фінансування медичних закладів – ключові моменти стратегії підвищення ефективності розподілу та використання ресурсів. Паралельно зі структурною перебудовою змінюється порядок фінансування медичних закладів, переході від кошторисного фінансування, основою якого є показники потужності закладів, до державного замовлення на підставі договорів між замовником та акредитованим постачальником медичних послуг, виходячи з потреб населення в певних видах медичної допомоги [7; 8; 9; 10].

На першому етапі перетворень, коли відсутня необхідна економічна інформація, застосовується така форма договору між замовником і постачальником медичних послуг, як блок-контракт – договір, у межах якого покупець погоджується сплатити певну суму в обмін на безоплатний доступ населення до певного кола послуг. Надалі, у міру нагромадження економічної інформації, блок-контракт поступається іншій формі контрактних відносин –

договору на фінансування узгодженого обсягу медичної допомоги з плануванням її обсягу і визначенням умов її оплати. При цьому планується використання сучасних методів оплати медичних послуг, а саме: *на першому рівні* – поєднання подушної оплати та стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, відсоток охоплення вакцинацією, відсоток охоплення скринінговими програмами тощо); *на другому і третьому рівнях* для стаціонарів та поліклінік – «глобальний бюджет» залежно від структури та обсягів наданої медичної допомоги. Фінансування за методом «глобального бюджету» передбачає аналіз потреб населення з визначенням кількості і структури за нозологічними формами захворювань та врахуванням тяжкості їх перебігу. Для лікарень інтенсивної допомоги розмір «глобального бюджету» визначається з вірогідності рівнів захворюваності та складності стану пацієнтів, які потребують такого виду допомоги, визначених на основі статистичних показників за останні три роки. Для лікарень інших типів, особливо для *третинного рівня*, під час визначення «глобального бюджету» враховується як потреба в конкретних видах медичної допомоги, так і ресурсні можливості відповідних медичних закладів та їх фінансове забезпечення. Оскільки повне забезпечення потреби всього населення у вторинній та третинній медичній допомозі є нереальним для будь-якої країни, в Україні встановлюється плановість її надання, у тому числі з визначенням черговості отримання планової високотехнологічної медичної допомоги.

Запровадження нових умов оплати праці медичних працівників повинні вирішувати два надзвичайно складних завдання: 1) підвищення рівня винагородження лікарів та іншого медичного персоналу з тим, щоб підняти рівень престижу медичної професії та зменшити відплив кадрів із галузі; 2) створення стимулів до підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я. Для цього вносяться зміни до умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових заробітної платні: 1) постійної, яка визначається традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів; 2) змінної, яка базується на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи. Для залучення висококваліфікованих фахівців у первинну ланку та мотивації їх до виконання різноманітних і складних функцій необхідно забезпечити найбільш високий рівень оплати їхньої праці порівняно з іншими медичними спеціальностями.

Останніми роками робота із забезпечення якості медичного обслуговування в Україні набула системного характеру. Так, була затверджена і реалізується Концепція управління якістю медичної

допомоги в Україні, у якій визначені основні підходи до створення і функціонування державної системи управління якістю медичної допомоги населенню, спрямованою на задоволення обґрутованих потреб і очікувань споживачів медичної допомоги [11; 12].

Для поліпшення ситуації з фармакологічним забезпеченням населення ліками та лікарськими засобами заплановано такий ланцюжок взаємопов'язаних заходів: 1) перегляд Національного переліку життєво необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення [13]; 2) під час розробки клінічних протоколів використання Національного переліку з широким запровадженням генеричних препаратів за умови відповідної перевірки їх біоеквівалентності та терапевтичної ефективності; 3) підвищення контролю якості медичних препаратів (боротьба з підробками); 4) перегляд завищених зобов'язань, узятих на себе Україною, при вступі до Світової організації торгівлі щодо подачі заявки на реєстрацію генериків після закінчення дії патенту на оригінальний препарат після закінчення 5-річного періоду ексклюзивності, що суперечить Bolar provision (за 2 роки до закінчення дії ексклюзивності оригінального препарату); 5) розробка та запровадження формуллярної системи медикаментозного забезпечення медичних закладів; 6) з метою раціоналізації споживання лікарських засобів забезпечити більш широке запровадження рецептурного відпуску медикаментів при амбулаторному лікуванні; 7) запровадження диференційованої системи відшкодування за рахунок державних коштів вартості лікарських засобів для населення, придбаних для амбулаторного лікування за рецептами або призначених для стаціонарного лікування. Одним із можливих джерел фінансування цього може бути використання надходжень від уведення ПДВ на менш важливі лікарські засоби, продаж яких є високорентабельним для фармвиробників; 8) з метою більш ефективного контролю за цінами на лікарські засоби запровадити механізм референтних цін (пацієнт сплачує різницю між середньою ціною класу ліків і ціною необхідного препарату), реімбурсації тощо.

Система охорони здоров'я України на даний час переживає системну кадрову кризу. Значний дефіцит кадрів відчутий перш за все в первинній ланці, особливо в сільській місцевості, де працює понад 20 % медичних працівників пенсійного віку і ще 20 % – передпенсійного. Водночас спостерігається зростаюча та неконтрольована міграція медичного персоналу за кордон [3; 4].

З огляду на вищезазначене в кадровій політиці передбачається: запровадити довгострокове прогнозування за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з

урахуванням стратегії і темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів; забезпечити підготовку та перепідготовку випереджаючими темпами лікарів загальної практики – сімейної медицини, сімейних медичних сестер, середнього медичного персоналу з вищою освітою; підвищити роль середнього медичного персоналу системи охорони здоров'я, передавши йому ряд функцій, що не виходять за межі його компетенції, зокрема медичне обслуговування в лікарнях сестринського догляду, хоспісах, надання екстреної медичної допомоги фельдшерськими бригадами, виділення самостійних ділянок роботи для працівників фельдшерсько-акушерських пунктів; посилити заходи соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, перш за все на рівні первинної ланки (забезпечення житлом, надання пільгових кредитів тощо). Означені заходи, разом зі зміною системи оплати праці, дозволять знизити інтенсивність міграції медичних працівників.

Крім того, однією з найголовніших перепон на шляху до реформування системи охорони здоров'я є проблема дефіциту відповідно підготовлених управлінських кадрів. Тому з метою підготовки професійного управлінського персоналу розроблено спеціальну однорічну магістерську програму з управління охороною здоров'я. Зазначена програма з підготовки менеджерів системи охорони здоров'я на даний час впроваджена у двох вищих навчальних закладах – Дніпропетровській державній медичній академії та Харківській медичній академії післядипломної освіти. Також планується створення програми перепідготовки керівників галузі охорони здоров'я України, яка передбачає проведення протягом п'яти років перепідготовки керівників управління охорони здоров'я та управлінського персоналу великих лікувально-профілактичних закладів, а протягом десяти років – забезпечити підготовку та перепідготовку всього управлінського складу системи охорони здоров'я України. Уже через 10 років для зайняття керівної посади в системі охорони здоров'я України необхідно буде мати спеціальну освіту відповідного рівня.

Таким чином, проведений аналіз очікуваних результатів свідчить про те, що реалізація реформ системи охорони здоров'я буде успішною за умови зміни системи оплати праці, що дозволить знизити інтенсивність міграції медичних працівників; зменшення дефіциту управлінських кадрів та залучення значних додаткових коштів. Ураховуючи обмеженість можливостей української держави в період проведення економічних реформ, надзвичайно актуальним питанням є пошук нових форм державного регулювання, які дозволили б залучити до процесу реформування галузі охорони

здоров'я значні позабюджетні кошти. На наш погляд, оптимальним шляхом вирішення зазначененої проблеми є широке впровадження державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я України.

Список використаних джерел

1. **Лехан В. М.** Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // Новости медицины и фармации. – 2010. – № 4, 5.
2. **Нагальні** проблеми удосконалення служби екстремальної медичної допомоги в Україні / Литвин Ю. П., Шевченко Р. А., Хуторюк Ю. Г., Чабаненко І. П. // Укр. журн. екстремальної медицини ім. Г. О. Можаєва. – 2004. – № 3. – С. 15 – 18.
3. **Основи** законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII // Відом. Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19 – 20.
4. **Про внесення** змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3611-VI. – Режим доступу : zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17.
5. **Про державно-приватне** партнерство : Закон України від 1 лип. 2010 р. № 2404-VI. – Режим доступу : zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2404-17.
6. **Про затвердження** індикаторів якості медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 жовт. 2011 р. № 665. – Режим доступу : document.ua/pro-zatverdzhennja-indikatoriv-jakosti-medichnoyi-dopomogi-doc73651.html.
7. **Про затвердження** Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 серп. 2011 р. № 454. – Режим доступу : mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12655.
8. **Про затвердження** Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України від 29 берез. 2006 р. № 400. – Режим доступу : zakon4.rada.gov.ua/laws/show/400-2006-%D0%BF.
9. **Про порядок** проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3612-VI. – Режим доступу : zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17.
10. **Про удосконалення** системи підготовки з надання першої невідкладної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 листоп. 2009 р. № 833. – Режим доступу : document.ua/pro-udoskonalennja-sistemi-pidgotovki-z-nadannja-pershoyi-ne-doc4953.html.
11. **Руководство** по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиций систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. – 86 с.

12. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения : справоч. док. / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [и др.] ; Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf.

List of references

1. Lekhan V. M. Stratehiia rozvituksy systemy okhorony zdorovia: ukrainskyi vymir / V. M. Lekhan, H. O. Slabkyi // Novosti meditsiny i farmatsii. – 2010. – № 4, 5.

2. Nahalni problemy udoskonalennia sluzhby ekstremoi medychnoi dopomohy v Ukrainsi / Lytvyn Yu. P., Shevchenko R. A., Khutoriuk Yu. H., Chabanenko I. P. // Ukr. zhurn. ekstremalnoi medytsyny im. H. O. Mozhaieva. – 2004. – № 3. – S. 15 – 18.

3. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia : Zakon Ukrainy vid 19 lystop. 1992 r. № 2801-KhII // Vidom. Verkhovnoi Rady Ukrainy. – 1993. – № 4. – S. 19 – 20.

4. Pro vnesennia zmin do Osnov zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia shchodo udoskonalennia medychnoi dopomohy : Zakon Ukrainy vid 7 lyp. 2011 r. № 3611-VI. – Rezhym dostupu : zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17.

5. Pro derzhavno-pryvatne partnerstvo : Zakon Ukrainy vid 1 lyp. 2010 r. № 2404-VI. – Rezhym dostupu : zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2404-17.

6. Pro zatverdzhennia indykatoriv yakosti medychnoi dopomohy : nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 13 zhovt. 2011 r. № 665. – Rezhym dostupu : document.ua/pro-zatverdzhennja-indykatoriv-jakosti-medichnoyi-dopomogi-doc73651.html.

7. Pro zatverdzhennia Kontseptsiu upravlennia yakistiu medychnoi dopomohy u haluzi okhorony zdorovia v Ukrainsi na period do 2020 roku : nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 1 serp. 2011 r. № 454. – Rezhym dostupu : mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12655.

8. Pro zatverdzhennia Natsionalnoho pereliku osnovnykh likarskykh zasobiv i vyrobiv medychnoho pryznachennia : Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 29 berez. 2006 r. № 400. – Rezhym dostupu : zakon4.rada.gov.ua/laws/show/400-2006-%D0%BF.

9. Pro poriadok provedennia reformuvannia systemy okhorony zdorovia u Vinnytskii, Dnipropetrovskii, Donetskii oblastiakh ta m. Kyevi : Zakon Ukrainy vid 7 lyp. 2011 r. № 3612-VI. – Rezhym dostupu : zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17.

10. Pro udoskonalennia systemy pidhotovky z nadannia pershoi nevidkladnoi medychnoi dopomohy : nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 13 lystop. 2009 r. № 833. – Rezhym dostupu : document.ua/pro-udoskonalennja-sistemi-pidgotovki-z-nadannja-pershoji-ne-doc4953.html.

11. Rukovodstvo po razrabotke strategiy obespecheniya kachestva i bezopasnosti s pozitsii sistem zdravoohraneniya / Evropeyskoe regionalnoe byuro Vsemirnoy organizatsii zdravoohraneniya, 2008. – 86 s.

12. Sistemyi zdravoohraneniya, zdorove i blagosostoyanie: otsenka argumentov v polzu investirovaniya v sistemyi zdravoohraneniya : spravochn. dok. / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [i dr.] ; Vsemirnaya organizatsiya zdravoohraneniya. – Rezhim dostupa : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/91431/E93699R.pdf.

Надійшла до редколегії 20.05.15

УДК 35

Євгеній КУЛЬГІНСЬКИЙ

Національна академія державного управління
при Президентові України

**МЕХАНІЗМИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО
УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я:
ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД**

Висвітлюється специфіка методологічного забезпечення децентралізації державного управління в галузі охорони здоров’я, визначаються її механізми. Оцінюється досвід європейських країн щодо запровадження реформ у сфері охорони здоров’я на основі децентралізації, акцентується на визначені сфер взаємовпливу та відповіальності. Доводиться необхідність реформування галузі охорони здоров’я та приведення національного законодавства в цій сфері суспільного життя до європейських норм і стандартів. Зазначається, що в процесі реформ увага держави має концентруватися не на збільшенні обсягів фінансування, а на забезпеченні контролю за ефективністю та результативністю витрат, раціональністю розподілу наявних ресурсів і підвищенні якості медичних послуг.

Ключові слова: державне управління, сфера охорони здоров’я, децентралізація, реформування, модель регулювання, делегування.

Yevhenii Kulginskii. Mechanisms of decentralization of public administration health systems: European experience

The peculiarities of the methodological provision of decentralization of public administration in the field of health care are explained, their mechanisms are defined. The experience of European countries on the introduction of reforms in the healthcare on the basis of decentralization is evaluated; defining the spheres of influence and responsibility is in the focus. The publication proved the necessity of reform in the field of health care and brings the national legislation in the sphere of public life to European standards. It is noted that in the process of reform a state should focus attention not only on increased funding, but on providing control over the efficiency and effectiveness of spending, rationality of available resources distribution and improving the quality of medical services.