



Наталя Шевчук,
прокурор прокуратури
Черкаської області

УДК 342.723

Організаційно-правові засади побудови належної системи організації медичної допомоги на рівні регіонів України

Сучасний стан соціально-економічного розвитку України зумовлює необхідність пошуку нових форм та методів адміністративно-правового впливу на відповідні суспільні відносини. Командно-адміністративний стиль публічного управління, притаманний радянському періодові, змінився на ліберально-демократичний, де права і свободи людини і громадянина визначають спрямованість дій держави. Проте держава не самоусувається від впливу на процеси суспільного розвитку. Не є виключенням і галузь охорони здоров'я, де процеси фінансової незабезпеченості за причиною соціальної значущості стають особливо актуальними.

На порядку денному науки адміністративного права, адміністративно-правового забезпечення медичної діяльності на рівні регіонів стоять питання пошуку шляхів побудови належної системи організації медичної допомоги. Серед такого роду кроків особливою важливістю та необхідністю належного нау-

кового опрацювання характеризуються:

- децентралізація управління охороною здоров'я на рівні регіонів;
- автономізація лікувально-профілактичних медичних закладів, її сутність та межі;

Фахівці Національного інституту стратегічних досліджень обґрунтовано вказують, що стабільному регіональному розвитку загрожує:

- домінування переважно екстенсивного типу господарювання на місцевому (регіональному) рівні;

- високий рівень енергетичної залежності локального виробництва та відсутність структурно-інноваційних зрушень, спрямованих на зменшення матеріалоемності, енергоемності продукції, що виробляється на місцях, її здешевлення та підвищення конкурентоспроможності;

- збереження орієнтації промислового виробництва індустріальних і старопромислових регіонів (традиційних лідерів економічного розвитку) на збільшення експорту

продукції енергоємного та екологічно-ризикованого виробництва (металургійне, хімічне, деревообробне тощо), що цілком залежить від короткострокових, спорадичних тенденцій поживлення світової ринкової кон'юнктури на групу сировинних товарів і напівфабрикатів;

- не ефективність дотаційних і субвенційних механізмів подолання соціально-економічної відсталості територій, затримки у підготовці та укладанні угод що до регіонального розвитку як інструменту реалізації стратегій розвитку регіонів;

- посилення залежності економіки регіонів-експортерів від коливань світової кон'юнктури на сировинні групи товарів і напівфабрикатів;

• зниження потенціалу ємності внутрішніх регіональних ринків;

• слабкість, нерозвиненість міжрегіональних коопераційних зв'язків [1, с. 17-18]

Без всякого сумніву можна констатувати, що зазначені фактори варто враховувати і при пошуку шляхів виходу із кризи регіональної медицини. Медицина є досить витратною та ресурсоємною галуззю і, відповідно, економічні проблеми регіонів (при тому, що значна частина фінансування медичних закладів регіонального рівня здійснюється силами регіонів) не можуть не впливати на стан охорони здоров'я, її організацію та ефективність функціонування.

Аналіз наукових досліджень доводить, що існуюча в Україні система охорони здоров'я виявилась у сучасних соціально-економічних умовах не ефективною, що обумовлює необхідність проведення відповідних структурно-функціональних змін державного управління у сфері охорони здоров'я з урахуванням певних складових, що визначають відповідні умови та, у свою чергу, впливають на фактори їх реалізації (політична, соціально-політична, економічна, структурно-функціональна, історично-ментальна складові). Аналіз стану здоров'я населення України характе-

ризується від'ємним природним приростом населення, скороченням середньої тривалості очікуваного життя, зростанням поширеності хвороб, вроджених аномалій [2, с. 11]

Дійсно, політична, соціально-політична, економічна, структурно-функціональна, історично-ментальна складові суттєво впливають на можливість проведення реформ у сфері охорони здоров'я. Скажімо, політична складова. Позачергові вибори до Верховної Ради України, попри політичну та суспільну доцільність, несуть у собі значну кількість соціальних ризиків. Адже політичні гасла, з якими кандидати в депутати попереднього скликання йшли до єдиного законодавчого органу країни і частину із яких їм можливо вже вдалося втілити у життя, жодним чином не обмежують нових депутатів. Приміром, близько десяти законопроектів, присвячених обов'язковому медичному страхуванню, як зазначає В. Ю. Стеценко [3, с. 199-210], знаходяться на різних стадіях законотворчого процесу вже у Верховній Раді України. Який їх стан? Жоден із них не прийнятий. А страждають пересічні громадяни України, переважна більшість яких проживає в регіонах України, - вони позбавлені можливості отримувати високоякісні медичні послуги на безоплатній основі за умови наявної конкуренції між медичними працівниками.

- Здійснений автором аналіз наукового доробку з проблематики удосконалення адміністративно-правового забезпечення вітчизняної охорони здоров'я на регіональному рівні засвідчує, що не зі всіма пропозиціями можна беззастережно погодитись. Скажімо, у літературі пропонується удосконалений науково-методологічний підхід до розробки Концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні, яка включає три взаємодоповнювані механізми: підвищення реальної доступності медичної допомоги для широких верств населення, створення правових, економічних та



організаційних умов для надання медичних послуг; створення умов і стимулів для збільшення коштів, що інвестуються громадянами й працедавцями в покращення стану здоров'я; створення умов і стимулів для максимально можливого запобігання захворюванням та травматизму населення [4, с. 6]. Виникає питання: як створення умов і стимулів для збільшення коштів, що інвестуються громадянами в покращення стану здоров'я може вважатись одним із організаційно-правових кроків, що здійснюється державою за умови чинної редакції статті 49 Конституції України про безоплатність медичної допомоги? Це ж ніщо інше як розпис держави у своєму фактичному безсиллі наявними ресурсами (податки, тарифи, збори тощо) забезпечити належну організацію та якість надання медичної допомоги. А як інакше можна інтерпретувати «стимулювання для збільшення коштів, що інвестуються громадянами в покращення стану здоров'я»?

Інший приклад того ж спрямування. Як стверджує І. В. Рожкова, «не виявлено зв'язку між видатками на охорону здоров'я коштів державного і місцевих бюджетів з розрахунку на одного жителя та середньою очікуваною тривалістю життя в окремих регіонах України. Так, найвищий рівень фінансування охорони здоров'я з розрахунку на одного жителя спостерігається, крім міст Київ і Севастополь, у Донецькій, Запорізькій, Дніпропетровській, Чернігівській, Черкаській, Київській, АР Крим (середній показник 424,14 грн). Найнижчий рівень видатків на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя я в Рівненській, Закарпатській, Тернопільській, Херсонській, Луганській, Чернівецькій, Волинській областях (середній показник 362,14 грн). Водночас показник середньої очікуваної тривалості життя в

першій групі областей коливається від 66,66 до 67,06 років, а в другій – від 70,60 до 68,62» [5, с. 15]. Дійсно, можливо в абсолютних цифрах ситуація саме така. Але ж не може дослідник, який опікується проблемами державного управління медичною галуззю, ігнорувати інші фактори, які суттєво впливають на показник середньої очікуваної тривалості життя: рівень екологічної забрудненості навколишнього середовища, наявність та доступність медичної допомоги, показники виконання державною своїми іншими соціальних обов'язків (реалізація права на працю скажімо). Адже такими пропозиціями (фінансування охорони здоров'я не впливає на тривалість життя мешканців регіону) фактично нівелюється роль та значення всіх напрацювань юристів, медиків, соціологів, присвячених вказаним питанням. Такого роду пропозиції також, на наше переконання, сприятимуть скривленому розумінню положень Основного закону держави, його статті 49, присвяченої охороні здоров'я. Як справедливо вказує С. Г. Стеценко, «поверхове розуміння за принципом: «безоплатно – значить безоплатно» не стільки відображає справжній смисл Конституції України, додає певних гарантій на реальне отримання медичної допомоги, скільки створює сприятливе підґрунтя для подальшого процвітаня існуючої практики тіньової плати за лікування. Крім того, ігнорування необхідності визначення певного гарантованого державою обсягу безоплатної медичної допомоги сприяє ставленню пересічного громадянина до норми про безоплатну медичну допомогу як до декларативної, до юридичної фікції» [6, с. 287-289].

Говорячи про децентралізацію управління охороною здоров'я на рівні регіонів, варто зазначити про доцільність перенесення важелів управлінського впливу із загальноде-

ржавного рівня на рівень регіональної ланки (обласної та районної). Це не повинно торкатись питань фінансування, оскільки за такого підходу реалізація права на отримання якісної медичної допомоги залежатиме від фінансового стану того чи іншого регіону. Фінансові видатки повинні значною мірою вирішуватись: стратегічно на рівні формування державного бюджету та тактично – на рівні поточної діяльності Міністерства охорони здоров'я України. Хоча, безумовно, не без участі бюджетів обласного та районного рівня. Що ж торкається суто управлінського питання – автор всіляко підтримує ідеологію децентралізації із залишенням за Міністерством охорони здоров'я України, департаментами, управліннями (відділами) охорони здоров'я тих функцій, які пов'язані із міжгалузеву предметністю, проведенням диспансеризації, реалізацією загальнодержавних програм тощо. Іншими словами, мова повинна йти про залишення мінімально необхідного переліку повноважень за органами управління охороною здоров'я, решта ж повинна вирішуватись на місцях, на рівні медичного закладу.

Основними напрямками оптимізації системи управління комунальною охороною здоров'я, на думку російського дослідника С. А. Нікіфорова, є: формування медичних округів; вдосконалення системи трансфертів з обласних бюджетів шляхом розробки критеріїв для їх надання; використання різних форм державно-приватного партнерства; вдосконалення системи державного та муніципального замовлення [7, с. 8]. Враховуючи певну специфіку російської медико-правової дійсності зазначимо, що у нашій державі можуть бути використані:

- формування медичних округів. Це може сприйматись також у якості певної децентралізації управління та збільшення ефективності за діяння сил та засобів медичних установ. Думається, у цьому зв'язку варто ретельно вив-

чити досвід проведення організаційно-правового та медичного експерименту у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та місті Києві з приводу у тому числі і певного перерозподілу владних повноважень у різних суб'єктів управління.

- використання різних форм державно-приватного партнерства. У цьому зв'язку необхідно більш ретельно опрацювати доцільність (автор переконана, що вона є) залучення приватних лікувально-профілактичних установ до вирішення загальнодержавних (регіональних) завдань медичного спрямування. З подальшої компенсацією приватним закладам вартості наданих послуг.

Що торкається автономізації лікувально-профілактичних медичних закладів, то її сутність вбачається у розумному наданні владних повноважень на рівень самого медичного закладу і, тим самим, оптимізації термінів та людських ресурсів для прийняття тих чи інших управлінських рішень стосовно питань рівня самого медичного закладу. Цікавою у цьому сенсі є позиція В. М. Рудого, який, зокрема, вказує, що ним визначено і охарактеризовано механізми державного регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні:

- державне планування та організація господарської діяльності;

- управління людськими ресурсами (планування чисельності, набір персоналу, вдосконалення методів оплати праці персоналу, його мотивація до кар'єрного зростання та професійного розвитку);

- управління матеріально-технічними ресурсами та державними інвестиціями (кількість ліжок та інтенсивність їх завантаження, використання обладнання і приміщень тощо);

- державний контроль показників ефективності та продуктивності діяльності і їх застосуванні при плануванні подальшої роботи і оплати праці персоналу [8, с. 3].



Тут, як видається, мова йде про те, що вище цитований автор розглядає дану проблематику саме у контексті державного регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні. Це природно, адже вживання тут терміну «управління», а не «регулювання» свідчило б про набагато меншу свободу дій керівника лікувально-профілактичного медичного закладу. І тоді лише умовно можна було б говорити про саму децентралізацію.

Своєю чергою заслуговує на увагу позиція В. А. Мохорєва, який у рамках парламентських слухань 2013 року, присвячених проблемам нормативно-правового забезпечення реформування вітчизняної медицини зазначав, що «отримання лікувальними закладами статусу комунального некомерційного підприємства дало їм змогу більш гнучко визначати організаційну структуру, встановлювати оптимальну кількість працівників, керуючись нормами Господарського кодексу» [9]. Такий підхід, як видається, теж має право на існування і повинен бути сприйнятий як наукою адміністративного права, так і практикою повсякденної діяльності медичних установ в Україні.

Теж у ракурсі автономізації медичних закладів варто сприйняти ідею щодо диференційованої оплати праці медичних працівників у кожній конкретній лікарні. На думку С. Дяченка, лікарні повинні фінан-

суватися відповідно до об'єму та якості наданої медичної допомоги, а не з розрахунку на ліжко-дні. Медичний персонал також має бути економічно мотивований щодо обсягів та якості медичної допомоги. Лише за такої організації лікарні стають досить потужними установами, що забезпечує достатню медичну практику для персоналу і постійне зростання професійної кваліфікації, надання пацієнтам якісної медичної допомоги, ефективне використання наявних ресурсів, сприятливий інвестиційний клімат [10]. Проте у такого роду діяльності необхідно керуватись принципом урахування загальнодержавних нормативів оплати праці медичних працівників. Вони повинні без всякого сумніву діяти. А ось ті працівники, які своєю повсякденною позитивною діяльністю заслуговують збільшення заробітної плати, владними повноваженнями саме керівництва медичної установи можуть бути заохочені у такий спосіб.

Таким чином, на наше переконання, реформування організаційно-правового забезпечення вітчизняної медицини необхідно розпочинати з регіональної ланки. При цьому важливими кроками, які потребують свого унормування, мають стати децентралізація управління та автономізація лікувально-профілактичних медичних установ.

Список використаних джерел

1. *Регіони України у після кризовий період: ризики та перспективи розвитку: аналіт. доп.* / С. О. Біла, О. В. Шевченко, В. І. Жук, М. О. Кушнір [та ін.]; за ред. С. О. Білої. – К.: НІСД, 2011. – 104 с.
2. *Скрипник О. А.* Трансформація державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. наук з держ. управл.: спец. 25.00.01 «Теорія та історія державного управління» / О. А. Скрипник. – Дніпропетровськ, 2011. – 20 с.
3. *Стеценко В. Ю.* Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): Монографія / В. Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – 320 с.

4. *Авраменко Н. В.* Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. наук з держ. управл. : спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя, 2011. – 36 с.

5. *Рожкова І. В.* Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. докт. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / І. В. Рожкова. – Запоріжжя, 2009. – 43 с.

6. *Стеценко С. Г.* Конституційний Суд України як суб'єкт формування державної політики у сфері охорони здоров'я / С. Г. Стеценко // *Право України*. – 2013. – № 5. – С. 287-293

7. *Никифоров С. А.* Научные основы совершенствования системы управления муниципальным здравоохранением: автореф. дис. на соис. Ученой степени доктора медич. наук: спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / С. А. Никифоров. - Екатеринбург, 2008. – 41 с.

8. *Рудий В. М.* Державне регулювання автономізації закладів охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. наук з держ. управл.: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / В. М. Рудий. – К., 2006. – 20 с.

9. *Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України.* Парламентські слухання 5 червня 2013 р. // www.rada.gov.ua

10. *Децентралізація охорони здоров'я – вперед... у минуле?* / Ваше здоров'я. – 2014. – 26 червня // <http://www.vz.kiev.ua/decentralizaciya-oxoroni-zdorovya-vpered-u-minule/>

Шевчук Н. В. Організаційно-правові засади побудови належної системи організації медичної допомоги на рівні регіонів України.

Статтю присвячено організаційно-правовим аспектам удосконалення охорони здоров'я на регіональному рівні. Основна увага приділена проблематиці нормативно-правового регулювання децентралізації управління в галузі охорони здоров'я та автономізації лікувально-профілактичних закладів.

Ключові слова: охорона здоров'я, регіональний рівень, децентралізація, автономізація, медичне право.

Шевчук Н. В. Организационно-правовые основы построения надлежащей системы организации медицинской помощи на уровне регионов Украины.

Статья посвящена организационно-правовым аспектам совершенствования здравоохранения на региональном уровне. Основное внимание уделено проблематике нормативно-правового регулирования децентрализации управления в области здравоохранения и автономизации лечебно-профилактических учреждений.

Ключевые слова: здравоохранение, региональный уровень, децентрализация, автономизация, медицинское право.

Shevchuk N. The legal foundations for the construction of a proper system of organization of medical care in the regions of Ukraine.

The article is devoted to the legal aspects of improving health at the regional level. The main attention is paid to problems of legal regulation of management decentralization in the health and autonomy of medical institutions.

Key words: health, regional level, decentralization, automation, medical law.