

3. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 14 вересня 2020 р. “Про Стратегію національної безпеки України” : Указ Президента України № 392/2020. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3922020-35037>.

4. Конституція України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.

5. Проект Закону про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень. URL: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=72106&pf35401=554356>

2.3. Перспективи розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я України

Розбудова нової системи публічного управління в сфері охорони здоров'я є неодмінною умовою забезпечення дієздатності незалежної Української держави на засадах сталого розвитку та інклюзивного розвитку. На початку реалізації медичної реформи в Україні це була чи не єдина успішно реалізована реформа. Станом на сьогодні українська медична сфера погрузла в проблеми як системного, так і одиничного/індивідуального характеру, тому необхідність окреслення перспектив розвитку публічного управління у сфері охорони здоров'я із виділенням проблемних місць та пошуком рекомендації щодо їх подолання/виправлення робить тему дослідження вельми актуальною.

Проблематика удосконалення публічного управління, зокрема підготовки та підвищення кваліфікації керівних кадрів у сфері охорони здоров'я України відповідно до суспільних викликів сучасності досліджуються рядом українських науковців, серед яких М. Білинська, Н. Васюк, Т. Вежновець, Ю. Вороненко, Л. Гаєвська, Т. Грузєва, Д. Карамишев, В. Князевич, Н. Кризина, В. Лехан, В. Парій, Г. Слабкий, Т. Юрочко, Н. Ярош та ін.

Концептуальні засади радянської адміністративно-командної системи публічного управління знаходили яскравий прояв в українській сфері охорони здоров'я ще довгі роки після набуття

державою незалежності. Відродження демократичних традицій публічної влади і управління, яке у перші роки після проголошення незалежності почалось у багатьох сферах діяльності, нажаль, не зачепило медицину. Коли ринкові засади активно впроваджувались в сферах торгівлі, пізніше – промисловості, транспорту та інших, медицина лишалася «радянською», із фінансуванням на базі ресурсного підходу (за кількістю наявних ресурсів, таких як наявні площі, кількість лікарів, койко-місць тощо), обслуговуванням пацієнтів, закріплених на основі «прописки», жорстким нормуванням витрат на оплату праці лікарів тощо.

В чому ж полягає причина такого відставання в реформуванні/розвитку медичної сфери від інших сфер економіки України? Відповідь на це питання лежить в площині основних закономірностей функціонування соціальних систем.

Так, процес накопичення змін в будь-якій системі потребує певної енергетичної основи, джерело якої може бути сформоване як всередині системи за рахунок її потенціалу, так і прийти ззовні [3].

Українська медицина запізнившись із початком трансформації в перші роки незалежності, коли авторитарна система похитнулася у своїй нерухомості, не встигла розпочати зміни, не отримавши необхідного для таких змін інституційного підґрунтя у вигляді змін у законодавстві. Подальші роки тільки закріпили авторитаризм в середині системи, надавши можливість певним особам набути на додаток і як логічний наслідок своєї функціональної влади ще й владу фінансову. В медицині вибудувалась своєрідна система феодального типу, в якій працівник (лікар) став настільки залежним від системи, що будь-які його намагання щось змінити закінчувались особистим кар'єрним крахом. І навпаки – слідування правилам системи певною мірою гарантувало успіх роботи в ній. Успішне функціонування такої «феодальної» структури гарантувалось сформованою системою додаткової тіньової оплати від пацієнтів, яка в решті решт стала невід'ємним тягарем для більшості населення та зумовило практично повне технічне та технологічне зубожіння самої сфери охорони здоров'я.

Тому, реформа в медичній сфері в Україні, принаймні її початок, цілком і повністю стали результатом притоку енергії ззовні. Тобто, ресурси, кваліфіковані фахівці та сучасні технології управління разом із грошми надійшли з інших сфер за іншими механізмами. Навіть, більшість фахівців, які розпочали і просували реформу не були до

цього пов'язані із медичною сферою. Це викликало неабиякій спротив медичної спільноти саме за фактом «не фаховості» реформаторів. Проте, саме це забезпечило успішність реформи із самих перших кроків, адже лише відкритість системи, за тією ж закономірністю, обумовлює її здатність до розвитку. І, навпаки, закритість, законсервованість призводить до занепаду [3].

Ключовими засадами трансформації сфери охорони здоров'я в Україні стали зміни саме в публічному управлінні. Так, було впроваджено принцип «універсального базового покриття», який забезпечує усіх людей, що звертаються за медичною допомогою, такою допомогою на безоплатній основі. Для цього не потрібно спеціально оформлювати страховку.

Для провадження реформи на ринку був створений єдиний посередник між державою та лікарнею – Національна служба здоров'я України. НСЗУ виступає замовником медичних послуг у лікарень за єдиними для усієї країни тарифами [2].

Лікарні замість статусу бюджетних установ стали комунальними неприбутковими підприємствами та отримали незалежність у вирішенні усіх питань свого функціонування. Управління лікарнями передане місцевим органам влади разом із необхідністю додаткового фінансування їх діяльності відповідно до потреб громад [2]. Це стало можливим в результаті впровадження в Україні реформи децентралізації але разом із перевагами дехто отримав конфлікт інтересів між керівництвом лікарень та керівництвом об'єднаних територіальних громад. Здебільшого проблеми виникають там, де не можуть вирішити, хто винен в зубожилості лікарень і хто має їх ремонтувати, опалювати та наповнювати медичною апаратурою.

Фінансування медицини здійснюється за рахунок загальних податків, що надає усім рівних можливостей по отриманню допомоги в межах «Програми медичних гарантій» [1]. Для тих, хто хоче і може дозволити собі більше, існує добровільне медичне страхування. Попри шалений спротив медичної спільноти вже ліквідовані або знаходяться у стані ліквідації відомчі та інші специфічні лікувальні заклади.

Важливими рисами публічного управління є прозорість і відкритість [3], які також багато років були відсутні в сфері охорони здоров'я, що підтримувалося по-перше, закритістю медицини як професійного об'єднання і, по-друге, всіляко культивувалося керівниками-функціонерами від медицини.

Таким чином, на початку реформи медицина була повністю виснажена таким неспівпадінням стану зовнішнього середовища її існування, яке на той момент вже 26 років знаходилося у стані активної розробки та удосконалення ринкових відносин і механізмів, та її внутрішнього «радянського» розвитку.

Найбільше болючими питаннями трансформації сфери охорони здоров'я після 2018 року, що став початком реформування вітчизняної медицини, стали наступні управлінські проблеми:

- не готовність керівництва лікарень до переходу на фінансування за принципом оплати за результатами роботи (гроші ходять за пацієнтом), очікування на те, що все ж такі буде отримано додаткове фінансування «зверху» для забезпечення основних потреб лікарні;

- відсутність готовності колективу лікарень до впровадження пацієнтоорієнтованого сервісу;

- не готовність профспілок лікарень до відстоювання інтересів колективів в оплаті праці і, як наслідок, непоодинокі випадки зловживань керівництвом при розподілі коштів фонду оплати праці;

- формальне проведення конкурсів на заміщення керівних посад лікарень та побоювання висувати свої кандидатури альтернативними фахівцями на ці конкурси, що призвело до того, що керівний склад лікарень не оновився саме в тих лікарнях, де потреба в цьому відчувалася найбільше;

- не спроможність чи небажання керівництва лікарень налагодити взаємовигідні зв'язки із місцевими органами влади для розподілу витрат на утримання лікарні із місцевими бюджетами, як це передбачено законодавством України;

- наявність у лікарень зайвих приміщень, які потребують витрат на утримання і, в той же час, не використовуються із користю для доходів лікарні;

- невідповідність структури фахових лікарських кадрів структурі посад, що формуються в сфері охорони здоров'я в результаті її трансформації під впливом тепер підключених тут ринкових механізмів.

І, нарешті, найбільш складним чинником протидії реформі стали самі лікарі та пацієнти, які не зрозуміли суті та перспектив реформи.

Однак, вже перші місяці провадження реформи довели її успішність. Так, лише за перше півріччя декларуванням на первинній ланці медицини було охоплено вже 25 мільйонів українців [5]. Це

дозволило збільшити фінансування первинної ланки і, відповідно, збільшити заробітні плати лікарям. Отримавши нечувані до цього заробітні плати в 20 і більше тисяч гривень на місяць, лікарі переконалися в можливості трансформацій та активно включились в розбудову нової медицини.

Вторинна та третинна ланки, куди реформа прийшла не так швидко, нажаль, виявилися не настільки успішними в плані реформування своєї діяльності. «Пастка старанності» зіграла жорсткий жарт із медиками на третинній ланці. Якщо на початку реформи планувалося впроваджувати системи ДСГ (DRG) для її фінансування, то намагання усіх без виключення медиків показати свою ефективність на етапі збору бази даних призвело до того, що показаний ними у статистиці виконаний об'єм робіт ніяк не можна біло профінансувати в межах виділеного бюджету. Розрахована базова ставка фінансування була настільки малою, що її не вистачило б для покриття витрат лікарень при фактичному реальному обсязі наданих медичних послуг.

Із вторинною ланкою ситуація взагалі лишається не зрозумілою. Британська модель трансформації сфери охорони здоров'я взагалі практично не передбачає існування такого прошарку медичної допомоги [5]. В той же час, в Україні це дуже розповсюджена практика і її стрімке зникнення було б не зрозуміле, а ні пацієнтами, а ні, тим паче, самими лікарями, що опинилися б без роботи. Наразі, зараз лікарні, що надають консультативні медичні послуги саме на вторинній ланці змушені працювати за низькими тарифами і змушені вирішувати питання подальшого свого функціонування в цій новій системі координат, що вбудовується у вітчизняній медицині.

Останні роки стали ще додатковим випробуванням для вітчизняної медицини.

Проблема публічного управління, як спроможності вітчизняного інституту держави у сфері охорони здоров'я, найбільш яскраво проявилася у питанні протистояння виклику пандемії коронавірусної інфекції. Держава не впоралася із завдання швидкого вакцинування населення через власну неспроможність, відсутність авторитету у населення та потужний антивакцинаторський рух.

Тут гостро сказалася криза довіри до державних інституцій з боку населення. Яке пішло отримувати щеплення лише після того, як, на додаток до просвітницької діяльності, були застосовані заходи прямого та опосередкованого примусу, такі як заборона на

відвідування місць загального користування, заборона на роботу невакцинованим тощо. Проте, заважаючи, як на початку пандемії державні інституції провалили забезпечення медиків та населення засобами індивідуального захисту, як дозволяли собі давати в пресі неспроможні публічні коментарі, це не є дивним.

Оцінюючи ситуацію із провадженням медичної реформи в Україні та трансформації публічного управління у сфері охорони здоров'я, слід зазначити, що не зважаючи на перелічені проблеми, реформа просувається вельми успішно. Адже її переваги та доречність в сучасних ринкових умовах господарювання вже оцінили як працівники цієї сфери – лікарі, так і пацієнти. Зважаючи на це, можна сподіватись, що тепер в сфері охорони здоров'я вже достатньо внутрішніх джерел енергії, що не дадуть реформі згаснути та зійти нанівець.

Перелік використаних джерел:

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10. 2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. «Про затвердження методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>
3. Шпекторенко І.В. *Методологія публічного управління: навч. посібник*. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2018. 120 с.
4. Солоненко І., Сабліна Л., Єна А. *Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я*. Збірник наукових праць НАДУ. Випуск 2/2020. С. 100-109
5. *Як працює система охорони здоров'я Англії*. Офіційний сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/jak-pracjuje-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii>

2.4. Актуальні питання еколого-економічної безпеки України та прогресивного розвитку агросектору

В масштабах світового співтовариства все більше уваги приділяється процесу формування екологічної безпеки, як не просто модному тренду в дослідженнях публіцистів та науковців, а як