

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 rozvytku systemy okhorony zdorovia: ukrainskyi vymir / V. M. Lekhan, H. O. Slabkyi // *Novosti meditsyni i farmatsii*. – 2010. – № 4, 5.

2. **Nahalni** problemy udoskonalennia sluzhby ekstrenoi medychnoi dopomohy v Ukraini / Lytvyn Yu. P., Shevchenko R. A., Khutorniuk 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** indyikatoriv yakosti medychnoi dopomohy : nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 13 zhovt. 2011 r. № 665. – *Rezhym dostupu* : document.ua/pro-zatverdzhennja-indikatoriv-jakosti-medichnoyi-dopomogi-doc73651.html.

7. **Pro zatverdzhennia** Kontseptsii upravlinnia yakistiu medychnoi dopomohy u haluzi okhorony zdorovia v Ukraini 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. Kyievi : 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-udokonalennja-sistemi-pidgotovki-z-nadannja-pershoyi-ne-doc4953.html.

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

12. Sistemyi zdavoohraneniya, zdorove i blagosostoyanie: otsenka argumentov v polzu investirovaniya v sistemyi zdavoohraneniya : spravoch. dok. / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof [i dr.] ; Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya. – 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 Президентіві 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 визначенні сфер взаємовпливу та відповідальності. 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.

© Кульгінський Є. А., 2015

Key words: public administration, healthcare, decentralization, reforming, model of regulation, delegation.

Характерною рисою сучасного українського суспільства є те, що воно як складна соціальна система перебуває на стадії докорінного реформування майже всіх її складових – економічної, політичної, соціальної. Незважаючи на те що галузь охорони здоров'я належить до соціальних сфер суспільства, насправді вона відображає стан усіх трьох названих складових та перетворення в них.

Згідно з проголошеною Президентом України Стратегією сталого розвитку « Україна – 2020 » реформування галузі охорони здоров'я є одним із пріоритетних напрямів реформ, з якими пов'язується майбутнє держави. У сучасних умовах проголошеної децентралізації управління зазначеною сферою розглядається як взаємодія саморегуляційних можливостей децентралізованих органів управління галуззю із зовнішнім державним управлінням, яке забезпечується моніторингом та оцінюванням діяльності системи охорони здоров'я заради досягнення поставленої мети – усебічного задоволення потреб суспільства в цілому та кожного громадянина зокрема у якісній медичній допомозі. Особливу увагу цим питанням приділено в такому надзвичайно важливому для планування реформ в Україні документі, як моніторингова доповідь «Цілі Розвитку Тисячоліття. Україна – 2014».

У зв'язку з цим реформування, що є актуальним для всіх трьох галузей управління суспільством, шляхом змін у функціонуванні закладів охорони здоров'я впливає на рівень громадського здоров'я і, як результат, – на середню тривалість життя населення. Забезпечення оптимальної якості медичної допомоги на основі впровадження нових управлінських та фінансових відносин між державою та закладами охорони здоров'я є основою забезпечення оптимальної якості життя населення, що, зрештою, є метою перетворень в економічній, політичній та соціальній сферах життєдіяльності суспільства. Таким чином, децентралізація управлінських та фінансових відносин у системі охорони здоров'я, будучи органічною складовою прогресу суспільства як цілісної системи, забезпечується багаторівневою системою державного управління.

Проблема децентралізації управління закладами охорони здоров'я в Україні також викликана посиленням динаміки європейської інтеграції України. У цьому сенсі актуальним є дослідження адаптації європейського досвіду державного будівництва до умов України з погляду як позитивних, так і негативних наслідків цього процесу. Це обумовлює необхідність реформування зазначеної галузі та приведення національного законодавства в цій сфері суспільного життя до європейських норм і стандартів.

Питання організації медичної допомоги населенню та різним аспектам державно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я розглядали у своїх працях М. М. Білинська, В. М. Лобас, Я. Ф. Фадиш, С. О. Риков, І. В. Рожкова, В. М. Рудий, А. М. Сердюк та ін. Аналіз літературних джерел свідчить, що сучасний етап методологічного розвитку державного управління характеризується загостреною потребою в побудові його концепції, визначенні механізмів впливу на пізнання і практику. Накопичений раніше методологічний потенціал виявився значною мірою вичерпаним, а практика державного будівництва висуває такі завдання, які дуже складно вирішити в рамках колишніх методологічних підходів. Саме до таких завдань можна віднести і регулювання процесу децентралізації в галузі охорони здоров'я. Унікальний за притаманними йому якостями характер здоров'я людини як соціального і водночас особистого блага робить роль регулювання, що є одним із найважливіших інструментів ефективного управління, у сфері охорони здоров'я особливо важливою.

Метою статті є дослідження специфіки методологічного забезпечення децентралізації державного управління галуззю охорони здоров'я та визначення її механізмів на основі аналізу європейського досвіду.

Для західноєвропейських країн та сучасного світу в цілому характерне зростання довіри до ринкових підходів під час прийняття управлінських рішень, пов'язаних із регулюванням державного сектору охорони здоров'я. Однак дедалі більш активне запровадження ринкових механізмів, що має місце в останні роки в цій сфері, супроводжується вдосконаленням регулюючої ролі держави. При цьому фактично у всіх розвинутих країнах у процесі реформування систем охорони здоров'я увага держави концентрується, насамперед, не на збільшенні обсягів фінансування, а на забезпеченні контролю за ефективністю та результативністю витрат, раціональністю розподілу наявних ресурсів і підвищенні якості медичних послуг [1].

Доведено, що одним із аспектів управлінського застосування поняття «регулювання» є визначення ступеня централізації системи. З одного боку, центральний уряд може бути зацікавлений у збереженні повного контролю за системою, вимагаючи, щоб усі рішення, які приймаються в рамках системи, санкціонувалися центральною владою. З іншого боку, уряд може вдатися до децентралізації, делегувавши прийняття рішень більш низьким рівням системи.

Одним із основних способів децентралізації є деволуція, тобто делегування владних повноважень регіональним чи місцевим органам виконавчої влади або навіть окремим закладам чи установам системи. Наприклад, лікарням можуть передаватися повноваження щодо розподілу коштів без попереднього схвалення

органами державного управління будь-якого рівня. Водночас навіть у цьому випадку орган регулювання може встановити свої стандарти для оцінювання поведінки учасників системи, яким були делеговані владні повноваження.

Таким чином, у процесі державного регулювання взагалі і в регулюванні системи охорони здоров'я зокрема збалансоване комбінування підходів, розроблених у межах різних наукових дисциплін, є не лише можливим, а й, по суті, невідворотним. Саме воно здатне забезпечити якісне регулювання як найважливіший інструмент ефективного управління.

Спираючись на дослідження Р. Балдвіна та М. Кейва [6], ми розробили перелік можливих загальних стратегій децентралізації державного управління у сфері охорони здоров'я:

- 1) заміна контролю на аудит;
- 2) обов'язкове саморегулювання;
- 3) режими, що спираються на стимулювання (податки, субсидії);
- 4) використання ринкових механізмів (закони, що регулюють конкуренцію, контракти та дозвільні документи, що можуть бути предметом купівлі-продажу, франчайзинг);
- 5) заходи з регулювання відкритості;
- 6) прямі дії уряду;
- 7) юридичні права та обов'язки;
- 8) програми державної компенсації та соціального страхування.

Таким чином, децентралізація в державному управлінні охороною здоров'я – це складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних інструментів та стратегій з метою ефективного використання обмежених бюджетних ресурсів та залучення додаткових джерел фінансування на основі визначення обов'язків та відповідальності в трикутнику суспільних стосунків (органи управління, заклади охорони здоров'я, громада) задля збереження та охорони здоров'я населення України.

Система охорони здоров'я також являє собою складний конгломерат програм, установ та закладів, що вирішують різноманітні завдання: від лікування гострих захворювань до їх профілактики; від індивідуального лікування до заходів, що охоплюють захист здоров'я населення в цілому; від стаціонарного лікування до первинної допомоги; від стоматологічних послуг до лікування професійних та психічних захворювань тощо. Ця система може бути поділена на п'ять підсистем:

1. Вимоги (попит), що асоціюється з громадянами (пацієнтами).
2. Постачання, або пропозиція (наприклад, індивідуальні постачальники медичних послуг, заклади охорони здоров'я, медична освіта).

3. Захист здоров'я (наприклад, інфекційні та неінфекційні хвороби, профілактичні заходи, безпека довілля, робочого місця та медичного обладнання).

4. Фінансування.

5. Управління [2].

Доцільно зазначити, що учасниками процесу управління охороною здоров'я можуть бути різні державні органи, серед яких чітко визначена роль відводиться насамперед законодавчому органу (парламенту), органам виконавчої влади (уряд та інші центральні виконавчі органи) та органам судової влади. Однак у децентралізований процес управління охороною здоров'я залучаються й інші державні чи недержавні установи та агенції. У деяких країнах держава передає частину своєї відповідальності регіональним чи муніципальним органам влади, в інших – повноваження щодо саморегулювання делегуються різним організаціям приватного сектору (наприклад, ліцензування – медичним асоціаціям, страхування – асоціаціям фондів медичного страхування тощо). У ряді країн існують незалежні від уряду національні органи, міра та сфера відповідальності яких залежать від багатьох факторів, у тому числі від типу діяльності, що підлягає регулюванню, від того, який конкретно сегмент системи охорони здоров'я (лікарні, лікарі тощо) підлягає регулюванню, від взаємодії різних елементів цього сегменту, від інституціональної структури системи охорони здоров'я в цілому, від національних культурних традицій тощо.

Таким чином, законодавча діяльність часто фокусується на розв'язанні глобальних та політичних завдань, на організації загальної інституціональної структури охорони здоров'я. Однак у країнах із розвиненою системою охорони здоров'я предметом законодавчого регулювання можуть бути й управлінські механізми.

Після прийняття закону уповноважені державні, змішані державно-приватні або приватні органи готують нормативні акти, за допомогою яких повинна забезпечуватися реалізація закону. Саме в секторі охорони здоров'я цей етап займає особливо багато часу, що пов'язано з надзвичайно складними взаємовідносинами і різноманітною спрямованістю інтересів суб'єктів управління, що беруть участь у функціонуванні системи охорони здоров'я, та з необхідністю їх узгодження.

Погоджуємося з думкою В. Рудого, що різні учасники системи охорони здоров'я по-різному впливають на структуру, практичну реалізацію, оцінку та примусове застосування регулятивних заходів. Кожен із них має свої як позитивні, так і негативні сторони [5]. Узагальнюючи функції цих суб'єктів, Балдвін та Кейв наголошують на тому, що:

- сильною стороною учасників, які підлягають саморегулюванню,

є спеціальні знання, а слабкою – відповідальність перед громадськістю;

– сильною стороною місцевих (муніципальних) органів влади є відповідальність перед виборцями, а слабкою – низька здатність до координації зусиль у значних масштабах;

– сила парламенту полягає в його високій політичній вазі в демократичному суспільстві, а слабкість – у нездатності забезпечувати довготривалий контроль;

– сильна сторона судів – забезпечення виконання закону, а слабка – планування;

– сильна сторона центральних департаментів, міністерств – здатність координувати свою діяльність з урядом, слабка – недостатній нейтралітет і залежність від уряду;

– сильна сторона спеціалізованих органів (агенцій) – професіоналізм і здатність об'єднувати різні функції, слабка – недостатній нейтралітет і залежність від уряду [6].

Крім того, загальною проблемою практики державного управління є надання державою одному й тому ж суб'єкту управління можливості водночас як встановлювати правила, так і забезпечувати нагляд за їх дотриманням.

Спираючись на викладені вище загальні уявлення про стратегії та інструменти регулювання і застосовуючи їх до системи охорони здоров'я, вирізняють такі моделі стратегій, як механізми державного управління в цій сфері. Залежно від масштабів участі держави в процесах регулювання і дерегулювання їх можна розташувати в такому порядку:

1. Командно-адміністративне регулювання.
2. Упорядкування та спрямування (деконцентрація).
3. Децентралізація.
4. Обов'язкове саморегулювання.
5. Акредитація та ліцензування.
6. Регулювання за допомогою незалежних органів.
7. Міжгалузеве співробітництво [3].

Командно-адміністративне регулювання є крайньою, максимально можливою формою втручання держави. В умовах цієї моделі, яку ще називають технократичною, заклади охорони здоров'я, що повністю належать державі й управляються нею (або передані в управління регіональним чи місцевим органам виконавчої влади), підлягають адміністративному контролю по вертикалі (від верхніх рівнів ієрархії до нижніх). Управління системою охорони здоров'я здійснюють підготовлені експерти, які спираються на свої спеціальні знання та владне становище в політичних та економічних інститутах суспільства. Забезпечення раціонального управління та обмеження швидких змін політичних

цілей у результаті нераціональної поведінки учасників процесу функціонування системи охорони здоров'я досягається шляхом прямого втручання держави у функціонування цієї системи. Ця модель вимагає повного підпорядкування і майже виключає можливість переговорів та оскарження.

Більш м'якою моделлю регулювання є модель упорядкування та спрямування. В умовах цієї моделі заклади охорони здоров'я залишаються у власності держави, але управління ними здійснюється незалежно. Ця модель регулювання має місце тоді, коли в державний сектор охорони здоров'я запроваджуються механізми регульованого ринку, унаслідок чого державні заклади охорони здоров'я фактично перетворюються на державні підприємства чи автономні некомерційні суб'єкти господарської діяльності, керівникам яких надається високий ступінь автономності (самостійності) в прийнятті рішень з таких питань, як постачання медичних послуг, підбір кадрів, розмір заробітної платні працівників тощо. За наявності такої управлінської автономії заклади, що перебувають у власності держави, підлягають регулюванню за відносно «м'якою» моделлю упорядкування та спрямування діяльності в певному напрямі. Державне регулювання в даному випадку використовується для того, щоб забезпечити відповідність рішень, що приймаються в умовах відносної інституціональної незалежності, основним завданням соціальної та економічної політики держави. Ураховуючи особливе соціальне значення системи охорони здоров'я, ця модель застосовується й до регулювання діяльності недержавних постачальників послуг з охорони здоров'я, які також повинні відповідати ряду обов'язкових державних вимог.

Такий тип управлінського механізму, як децентралізація передбачає використання чотирьох можливих варіантів стратегій:

1) деконцентрація – передача повноважень щодо видання регулятивних актів від центрального уряду незалежним державним органам;

2) деволуція – передача повноважень з регулювання регіональним чи місцевим органам влади, які, у свою чергу, також можуть деконцентрувати чи делегувати отримані повноваження;

3) делегування – передача повноважень неурядовим агентам, порядок діяльності яких часто має відповідну правову підтримку. При цьому делегування повноважень страховим компаніям та постачальникам послуг зазвичай іменується саморегулюванням чи (за наявності контролю з боку держави) обов'язковим саморегулюванням;

4) приватизація – повна передача раніше закріплених за державою повноважень приватному сектору.

Слід зазначити, що для систем, які фінансуються переважно за

рахунок податкових надходжень, характерні такі форми децентралізації, як деконцентрація та деволюція, тоді як для систем, що спираються на обов'язкове медичне страхування, характерною є стратегія делегування.

Стратегія приватизації для систем охорони здоров'я, враховуючи їх специфічне соціальне значення, не є характерною, хоча окремі її елементи і можуть використовуватися. Більш того, ринкові механізми, що лежать в основі підприємницької діяльності, є недостатніми для осмислення та розв'язання основних нормативних завдань, які більшість урядів ставлять перед системою охорони здоров'я [3].

Як наголошують інші провідні фахівці з питань економіки та управління охороною здоров'я, нещодавня активізація підприємницької діяльності в системах охорони здоров'я європейських країн, апогей якої мав місце в кінці 80-х – упродовж 90-х рр. XX ст. і яка продовжується в даний час, не обов'язково зумовлена зростанням приватизації в цьому секторі. Нерозривного зв'язку між втіленням конкурентних механізмів у державну систему медичного обслуговування та переведенням постачальників медичних послуг з державного сектору в приватний не існує [3].

Водночас втілення ринкових механізмів у державну систему охорони здоров'я робить її більш ефективною, спонукає її активніше реагувати на потреби пацієнтів і, як наслідок, сприяє зміцненню державної системи охорони здоров'я та збереженню уособлених у ній соціальних цінностей. На користь раціональності такої позиції свідчить досвід Великобританії, Швеції, Фінляндії, а також деяких країн Центральної Європи, насамперед Угорщини та Чехії: у країнах, де основна увага приділялася обережному розвитку ринкових відносин у межах державної системи охорони здоров'я, за останні 15 – 20 років було приватизовано лише незначну кількість державних медичних закладів.

Доцільно зазначити, що стратегія саморегулювання передбачає делегування державою повноважень, що дозволяють певним фізичним чи юридичним особам встановлювати норми професійної поведінки для своїх працівників. Заходи саморегулювання суттєво різняться в різних країнах залежно від того, наскільки вагому роль у цих заходах відіграють державні органи. Ці заходи можуть як набувати абсолютно приватної форми (що не передбачає урядового делегування), так і являти собою той чи інший ступінь делегування повноважень з боку держави. Приватна форма саморегулювання має місце в деяких професійних та добровільних організаціях. Слід зауважити, що відсутність будь-яких зобов'язань перед державою робить цю форму непридатною для вирішення більшості політичних завдань.

Типовим прикладом державного делегування повноважень у сфері охорони здоров'я можна вважати професійне саморегулювання, яке здійснюється лікарями, фармацевтами (а в ряді країн також медичними сестрами), фондами медичного страхування (у країнах, де діє соціальне медичне страхування) тощо. В умовах моделі професійного саморегулювання, що зараз (разом із запровадженням механізмів планових ринків медичних послуг) набуває дедалі активнішого розвитку в країнах Центральної та Східної Європи, які стали членами Європейського Союзу, роль центральної ланки системи охорони здоров'я виконують лікарі, і використання ресурсів системи охорони здоров'я залежить, перш за все, від їх рішень. У такій моделі вважається, що лікарі є представниками пацієнтів і на цій основі, маючи доступ до всієї інформації про їх потреби, повинні будувати надання медичних послуг. Тобто фактично така модель передбачає передачу контролю за системою охорони здоров'я професіоналам-медикам. При цьому, зважаючи на ті переваги, які дають лікарям інформація та знання, на провідну роль медиків у розподілі та використанні ресурсів та на відсутність якоїсь реальної юридичної інфраструктури для контролю за медичною практикою, бар'єр на шляху зловживань медиків може бути поставлений лише самими професіоналами-медиками. Такий контроль можливий за рахунок освіти і підготовки, що забезпечують набуття стандартного комплексу професійних знань та навичок. Важливу роль у забезпеченні такого контролю відіграють жорсткі кодекси професійної етики, головною вимогою яких є примат потреб пацієнтів та поширена в професійних медичних колах відданість певним етичним нормам. Саме такі механізми дозволяють запобігти як надмірному, так і недостатньому наданню медичних послуг.

Одним із найяскравіших останніх прикладів застосування моделі професійного саморегулювання є досвід Польщі, де початок переходу до неї, або, точніше, відродження цієї моделі, що існувала в країні до Другої світової війни, збігся з початком загальних демократичних перетворень у суспільстві кінця 80-х – початку 90-х рр. XX ст. [5].

Водночас якщо проаналізувати професійне саморегулювання фондів медичного страхування, то в багатьох цих країнах після набуття певного негативного досвіду (банкрутство страхових компаній – Чехія та Словаччина; величезне перевищення витрат над доходами – Угорщина, Естонія та ін.) можливості такого саморегулювання були суттєво обмежені за допомогою відповідних законодавчих рішень. Найбільш показовим у цьому плані таким рішенням було прийняття Сеймом Республіки Польща 23 січня 2003 р. закону про загальне страхування в Національному Фонді

здоров'я. Згідно з цим законом місце автономних територіальних кас хворих, що діяли на підставі закону про загальне медичне страхування від 6 лютого 1997 р. (чинність якого скасовано) і мали статус неурядових самоврядних страхових організацій, зайняв зазначений вище Національний Фонд здоров'я із статусом державної організації, що діє на підставі статуту, затвердженого урядом.

Основними позитивними сторонами делегування повноважень є: високий ступінь відданості власним правилам; кваліфікована розробка правил; низька вартість управління; високий ступінь відповідності заходів регулювання тим нормам, що вважаються раціональними в середовищі зацікавлених суб'єктів відносин; відносно високий ступінь повноти правил; можливість швидкого пристосування до зміни обставин; ефективні процедури правозастосування та реклаमाції; можливість комбінації саморегулювання із зовнішнім контролем.

Однак слід наголосити й на потенційно негативних сторонах саморегулювання, до яких належать: непрозорий характер правил; втручання в прийняття управлінських рішень; складність правил; висока вартість санкціонування правил; закриті процедури розробки правил; недостатні можливості для застосування примусу з метою забезпечення виконання вимог; відсутність громадської довіри; складність забезпечення юридичного контролю; можливість того, що громадськість вимагатиме переходу під урядовий контроль.

Характеризуючи саморегулювання як стратегію регулювання, необхідно наголосити на певній різниці між обов'язковим саморегулюванням та спільним саморегулюванням. Обов'язкове саморегулювання передбачає, що повноваження щодо прийняття обов'язкових правил поведінки делегуються неурядовим агентам, а правозастосування може здійснюватися або державними органами, або на приватному рівні (але за умови, що вони мають на це делеговані державою повноваження і діють під державним контролем). Спільне саморегулювання передбачає, що уряд затверджує правила, розроблені недержавними агентами. У системах охорони здоров'я низки європейських країн є приклади приватного саморегулювання, однак найбільш поширеним є обов'язкове саморегулювання, яке супроводжується можливістю санкціонованого державою переходу до державного контролю.

Акредитація та ліцензування є стратегіями регулювання, орієнтованими насамперед на підвищення якості. Основними компонентами цих стратегій є зовнішня оцінка та обов'язковість дотримання встановлених стандартів. Однак між цими стратегіями є певні відмінності. Акредитація, передбачаючи високі стандарти якості (які можуть бути досягнуті далеко не всіма закладами), є

добровільною, і заклад, що претендує на акредитацію, сам забезпечує оплату пов'язаних із нею витрат. Ліцензування ж, передбачаючи відносно низькі стандарти, здійснюється в обов'язковому порядку, а пов'язані з ним витрати мають фінансуватися державою. Слід зауважити, що запровадження обов'язкової акредитації в системах охорони здоров'я деяких країн (у тому числі в Україні) призвело до розмивання межі між стратегіями акредитації та ліцензування, перетворивши акредитацію на один із формальних аспектів державного регулювання. Важливим є й те, що і акредитація, і ліцензування використовуються лише як один із компонентів широкої системи заходів з регулювання системи охорони здоров'я.

Сутність міжгалузевого співробітництва як стратегії регулювання системи охорони здоров'я визначається її назвою. Фактично мова йде про сукупність заходів щодо забезпечення співробітництва різних галузей, що тією чи іншою мірою можуть впливати на забезпечення охорони здоров'я населення.

Усе викладене вище свідчить, що кожна з наведених моделей регулювання має свої як переваги, так і недоліки. Беззастережна загальна підтримка якоїсь однієї моделі навряд чи є доцільною та можливою.

Необхідно наголосити, що одним із базових документів – дороговказів на шляху реформ систем охорони здоров'я в Європі можна вважати Люблянську хартію з реформування охорони здоров'я, що була підтримана міністрами охорони здоров'я всіх держав-членів Європейського регіону ВООЗ 18 червня 1996 р. у Любляні (Словенія) [7]. Хоча цей документ і не має юридичної сили, основні принципи, покладені в його основу, є спільним баченням учасників цієї конференції можливих шляхів досягнення європейських завдань забезпечення здоров'я для всіх. У Хартії, зокрема, зазначається, що урядам необхідно забезпечувати справедливий розподіл ресурсів та доступ усього населення до послуг охорони здоров'я, а також ужити відповідних законодавчих і регулюючих заходів. У всіх випадках, коли використання ринкових механізмів у системі надання медичних послуг є доцільним, уряди мають сприяти розвитку конкуренції з метою забезпечення якості та раціонального використання обмежених ресурсів. У цьому документі також наголошується, що окремі заклади охорони здоров'я повинні мати максимально можливу самостійність щодо управління власними ресурсами за умов дотримання принципів, що забезпечують функціонування справедливої й ефективної системи надання медичної допомоги.

Значну увагу децентралізації постачальників медичних послуг як

одному з ключових механізмів підвищення якості та ефективності в секторі охорони здоров'я приділено у звіті щодо результатів реформування галузі в пілотних регіонах України [4]. У більшості країн Центральної та Східної Європи ключовими кроками реформ у системах охорони здоров'я протягом першого десятиліття ХХІ ст. були зміна права власності медичних організацій та юридичного статусу медичних закладів. Лікарі первинної допомоги стали власниками своїх практик або були найняті на роботу через органи місцевої влади. Більша частина лікарень набула статусу автономних організацій, однак їх майно залишається публічною власністю. Ці зміни розглядалися як інструменти створення ринкових стимулів для підвищення якості та ефективності медичного обслуговування, контролю за витратами, а також як найважливіші кроки в напрямі запровадження соціального медичного страхування. Для забезпечення належного розділення функцій платника та автономних постачальників медичних послуг між ними було запроваджено контрактні відносини.

Таким чином, слід наголосити на тому, що в останні роки в системах охорони здоров'я фактично всіх індустріалізованих країн, насамперед у Європі, дедалі більш активно застосовуються моделі регулювання, що базуються на стратегіях децентралізації управління сферою охорони здоров'я і автономії закладів охорони здоров'я, пов'язаних із формуванням так званих планових регульованих ринків, у поєднанні з моделями децентралізації та обов'язкового саморегулювання, які доповнюються основними елементами акредитації, ліцензування та міжгалузевого співробітництва. Саме такий підхід у даний час вважається найбільш прогресивним і саме на нього орієнтовані сучасні реформи систем охорони здоров'я абсолютної більшості європейських країн.

Список використаних джерел

1. **Державна** політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / упоряд. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. – К. : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
2. **Публічне** управління: теорія і практика : монографія / авт. кол. : Ю. В. Ковбасюк, В. П. Трошинський, М. М. Білинська [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка. – К. : НАДУ, 2011. – 212 с.
3. **Райнерт Ерік С.** Як багаті країни забагатіли... і чому бідні країни лишаються бідними / Ерік С. Райнерт. – К. : Темпора, 2014. – 444 с.
4. **Реформування** галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення : [монографія]. – К. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2014. – 189 с.

5. **Рудий В. М.** Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / Рудий В. М. – К. : Сфера, 2005. – 272 с.
6. **Baldwin R.** Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice / Robert Baldwin, Martin Cave. – Oxford : Oxford University Press, 1999. – 384 p.
7. **The Ljubljana** Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996 // Bulletin of the World Health Organization. – 1997. – Vol. – 77. – № 1. – P. 48 – 49.

List of references

1. **Derzhavna** polityka u sferi okhorony zdorovia : kol. monohr. : u 2 ch. / uporiad. Ya. F. Radysh ; peredm. ta zah. red. M. M. Bilynskoi, Ya. F. Radysha. – K. : NADU, 2013. – Ch. 1. – 396 s.
2. **Publichne** upravlinnia: teoriia i praktyka : monohrafiia / avt. kol. : Yu. V. Kovbasiuk, V. P. Troshchynskiy, M. M. Bilynska [ta in.] ; za zah. red. Yu. V. Kovbasiuka. – K. : NADU, 2011. – 212 s.
3. **Rainert Erik S.** Yak bahati krainy zabahatily... i chomu bidni krainy lyshaiutsia bidnymy / Erik S. Rainert. – K. : Tempora, 2014. – 444 s.
4. **Reformuvannia** haluzi okhorony zdorovia: Vinnytska, Donetsk, Dnipropetrovska, Odeska, Poltavska oblasti, m. Kyiv. Rezultaty, problemy, shliakhy vyryshennia : [monohrafiia]. – K. : MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy», 2014. – 189 s.
5. **Rudyi V. M.** Zakonodavche zabezpechennia reformy systemy okhorony zdorovia v Ukraini / Rudyi V. M. – K. : Sfera, 2005. – 272 s.
6. **Baldwin R.** Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice / Robert Baldwin, Martin Cave. – Oxford : Oxford University Press, 1999. – 384 p.
7. **The Ljubljana** Charter on Reforming Health Care, 18 June 1996 // Bulletin of the World Health Organization. – 1997. – Vol. – 77. – № 1. – P. 48 – 49.

Надійшла до редколегії 20.03.15

УДК 351.71:004

Людмила МАТВЕЙЧУК

*Національна академія державного управління
при Президенті України*

Е-УРЯДУВАННЯ КРАЇН БАЛТІЇ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Досліджується розвиток інформаційних технологій у країнах світу за індексом мережевої готовності та індексом розвитку електронного уряду. Аналізуються дані міжнародних рейтингів технологічної зрілості держав у сфері е-урядування (дані Департаменту економічного і соціального розвитку ООН) та готовність країн до мережевого