

Okseniuk S. H. The main threats to the state's economic security as a factor in clustering the economy

The object of the study in the article is the economic security of the state in the context of counteracting the challenges and threats posed by modern globalization processes. The objective of the study was to identify and classify modern threats to national security in the economy area and the impact of clustering on reducing and minimizing the negative effects of globalization processes on the country's economic security processes.

As a result of applying the abstraction method, the author has distinguished and classified threats and risks inherent to the economic security of the state as a component of the national security. By comparing models of economic development of different countries, the role of clustering in strengthening the economic security of the state, in increasing the level of competitiveness of the national economy, its ability to withstand modern risks and crises has been determined. The author has defined the indicators – threshold values, violation of which threaten the sustainable development of the economy and social stability. Accordingly, it has been emphasized on the need to implement a cluster model as an effective lever for strengthening the national economy. The threats to economic security have been classified; the author has determined those, which destructive effect can be reduced and leveled by clustering the economy. The necessity of legislative consolidation of the concepts “cluster” and “clustering” has been emphasized.

The conclusion of the study is that the creation of clusters provides a synergistic effect and allows to eliminate many negative factors of both internal and external nature.

Research results can be used to develop a new Strategy for Ensuring Economic Security and Concepts on the Creation and Development of Clusters and to be taken into account while implementing the state policy in the economic sphere.

Keywords: economic cluster, clustering, economic security of the state.



УДК [342.951:61.253.8](477)

О. С. Проневич,

*доктор юридичних наук, професор,
головний науковий співробітник центру вивчення проблем адаптації
законодавства України до законодавства ЄС юридичного факультету
Київського національного університету імені Тараса Шевченка*

РЕФОРМА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЗАСІБ ЄВРОПЕЇЗАЦІЇ ВІТЧИЗНЯНОГО МЕДИЧНОГО ПРОСТОРУ: АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

Охарактеризовано адміністративно-правовий компонент реформи системи охорони здоров'я як засіб європеїзації вітчизняного медичного простору. Особливу увагу приділено з'ясуванню перспективи імплементації в національне законодавство рекомендацій профільних міжнародних інституцій та апробації в медичній сфері кращих європейських управлінських практик.

Ключові слова: реформа системи охорони здоров'я, єдиний медичний простір, медична допомога, медична послуга, права пацієнта.

Постановка проблеми. Найвищою соціальною цінністю є людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека. Людиноцентристська природа сучасної держави об'єктивно зумовлює особливе значення охорони здоров'я як системи заходів, що здійснюються органами державної влади та місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому порядку й одержали відповідну ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими організаціями та спілками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Фактичний стан медичної галузі є важливим індикатором індексу людського розвитку і спроможності держави забезпечити високий рівень показників здоров'я нації та благополуччя кожної людини. Вітчизняна медицина має окремі вагомі досягнення, однак національна система охорони здоров'я загалом потерпає від низки проблем інституційного, фінансового і технологічного характеру, що унеможливує надання населенню якісної медичної допомоги. Цілком природно, що започаткована реформа системи охорони здоров'я сприймається суспільством як унікальний інструмент модернізації сфери надання медичних послуг.

Стан дослідження. У вітчизняній науці відсутня традиція комплексного дослідження концептуальних та адміністративно-правових засад реалізації реформи системи охорони здоров'я. Окремі аспекти зазначеної проблеми розглядалися у працях О. В. Анталовці [1], В. В. Загороднього та О. С. Коваленко [2], О. Г. Рогової [3] та ін. Комплексний аналіз їх наукового доробку дає підстави стверджувати, що наявна певна архаїчність використовуваної методологічної бази, відсутні системний аналіз спектра актуальних проблем у медичній галузі, поглиблене обґрунтування стратегічних напрямів реформування системи охорони здоров'я та загальний характер пропозицій щодо шляхів новелізації законодавства та вдосконалення механізмів надання медичної допомоги.

Метою статті є осмислення адміністративно-правового компонента реформи системи охорони здоров'я як засобу європеїзації вітчизняного медичного простору, з'ясування перспектив імплементації в національне законодавство положень *acquis communautaire* і рекомендацій профільних міжнародних інституцій та апробації в медичній сфері кращих європейських управлінських практик.

Виклад основного матеріалу. В управлінській науці виокремлюється три групи національних систем охорони здоров'я залежно від пріоритетизації того чи іншого джерела фінансування медичних послуг: із переважно державним фінансуванням (притаманна для пострадянських і скандинавських країн, Великобританії), на засадах страхової медицини (функціонує в більшості країн світу), переважно

платна система охорони здоров'я (запроваджена у Сполучених Штатах Америки).

Вітчизняна система охорони здоров'я заснована на радянській «моделі Семашка», визначальними рисами якої є екстенсивний характер, надмірна централізація управління та державне фінансування. В умовах ствердження ринкової економіки вона виявилася неспроможною забезпечити якісну реалізацію конституційного права людини на охорону здоров'я. Неefективність системи зумовлена хронічним недофінансуванням (Україна посідає останнє місце серед європейських країн за обсягом бюджетних коштів на пацієнта на рік, урядом фінансується приблизно половина від загального обсягу витрат у системі охорони здоров'я), непропорційністю та незбалансованістю медичної інфраструктури (кількість лікувальних закладів у 4 рази більша, ніж у Німеччині, а кількість ліжко-місць суттєво перевищує європейські нормативи – 879 на 100 тис. населення в Україні проти 527,4 на 100 тис. населення в країнах ЄС), високим рівнем корупційності медичної галузі (аналітики наголошують, що набувають поширення так звані неформальні платежі не лише під час надання медичної допомоги, але й у медичній освіті та дослідженнях у сфері охорони здоров'я, будівництві та реконструкції об'єктів охорони здоров'я, під час закупівлі обладнання, медичних засобів і матеріалів у сфері надання медичних послуг, розподілу лікарських засобів і матеріалів), практичною відсутністю гарантій і відповідальності за результати лікування пацієнта, недосконалістю системи підготовки медичних і фармацевтичних кадрів тощо. Як наслідок, сучасний стан здоров'я населення характеризується вкрай високими показниками захворюваності (Україна належить до світових лідерів за темпами поширення туберкульозу та ВІЛ-інфекції, до 14 млн людей хворіють на серцево-судинні хвороби, понад 1 млн страждає від онкологічних захворювань, майже 2 млн хворіє на цукровий діабет) та смертності (смертність населення в Україні практично вдвічі вища порівняно з країнами-членами Європейського Союзу, у 2014 р. вона сягнула 14,7 випадку на 1 тис. населення проти 6,7 в ЄС), низьким рівнем тривалості життя (середня тривалість життя в Україні на 5 років нижча, ніж у Європейському регіоні, та на 9 років нижча, ніж у країнах – членах ЄС), відсутністю можливості для переважної більшості населення отримувати належну медичну допомогу [4].

Упродовж останніх десятиліть політичне керівництво України вживало окремих заходів для вдосконалення системи охорони здоров'я (запроваджено подушний принцип формування місцевих бюджетів охорони здоров'я, у чотирьох регіонах реалізовано пілотні проекти на рівні первинної ланки медичної допомоги тощо). Ці непослідовні спроби не призвели ані до демонтажу архаїчної конструкції, ані до суттєвих позитивних зрушень в окремих стратегічних секторах медичної сфери. Натомість виникла реальна загроза цілковитої неспроможності або відмови держави від будь-яких гарантій

для громадян України у сфері охорони здоров'я внаслідок відсутності єдиного медичного простору, фрагментації системи охорони здоров'я та нівелювання засад комплексності, безперервності й інтегрованості медичного обслуговування. Полісуб'єктна система охорони здоров'я охоплює мережу цивільної медицини (комунальні заклади охорони здоров'я та заклади Міністерства охорони здоров'я України), військову медицину, відомчу медицину та наукові установи Національної академії медичних наук України. Її збереження суперечить принципу рівного доступу громадян до медичного обслуговування. Тому необхідно створити ґрунтований на європейських стандартах і практиках єдиний медичний простір (суспільно-солідарний сектор) як об'єднання закладів охорони здоров'я різних організаційно-правових форм і приватно практикуючих лікарів, пов'язаних єдиним лікувально-діагностичним технологічним процесом надання медичних послуг «за принципом регіональної екстериторіальності первинної, вторинної та екстреної медичної допомоги та загальнодержавної екстериторіальності третинної медичної допомоги» [5, п. 7 ч. 1 ст. 6].

Теорія державно-управлінської діяльності у сфері охорони здоров'я ґрунтується на постулаті щодо наявності трьох альтернативних варіантів вирішення накопичених проблем у вітчизняній медичній галузі: витратно-екстенсивного (передбачає необґрунтоване зростання бюджетних видатків на утримання незбалансованої медичної інфраструктури в умовах перманентного погіршення медико-демографічної ситуації та ускладнення доступу населення до медичних послуг), звужено-секторального (ґрунтується на визнанні пріоритетності розвитку системи надання медичної допомоги шляхом широкого запровадження сімейної медицини, диференціації медичної допомоги за інтенсивністю лікувального процесу та її розподілу за рівнями, що загалом суттєво не впливає на задоволення потреби населення у високотехнологічній спеціалізованій і вузькоспеціалізованій медичній допомозі), комплексно-інноваційного (передбачає вжиття комплексу взаємопов'язаних і взаємозумовлених заходів із профілактики та раннього виявлення захворювань, здійснення контролю за перебігом захворювань і запобігання їх несприятливим наслідкам, формування системи громадського здоров'я, мотивацію населення до здорового способу життя, запровадження заходів із реабілітації, організацію спеціальних заходів із медичного забезпечення за окремими класами хвороб та нозологічними формами, що забезпечить покращення здоров'я та зниження первинної інвалідації населення, загальної смертності та смертності населення у працездатному віці) [6]. Соціальна акцептованість саме третього варіанта полягає у визнанні здоров'я глобальним суспільним благом, невід'ємним правом людини і складовою її благополуччя, а також у націленості держави на забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я (зменшенні розриву у стані здоров'я різних соціально-економічних груп населення).

Задекларовано, що реформа вітчизняної системи охорони здоров'я полягає у вжитті кардинальних і системних заходів з метою розбудови спрямованої на створення належних умов для реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та забезпечення рівного і справедливого доступу кожної людини до якісних медичних послуг збалансованої пацієнтоорієнтованої системи (моделі), «здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав» [7]. Метою реформи є забезпечення доступної, недискримінаційної та високоякісної медичної допомоги. Вона передбачає зміщення акцентів від стаціонарного лікування до профілактичної медичної допомоги, від фінансування на ресурсній основі до фінансування за результатом. Реформа охоплює максимально широке коло питань, руйнуючи архаїчну філософію відносин між державою, лікарем і пацієнтом, усуваючи абсолютизацію ліжка-місця як засадничого формального індикативу бюджетного фінансування, впроваджуючи оплату за конкретну медичну послугу або пролікований випадок, запроваджуючи європейські клінічні протоколи лікування як засіб подолання поліпрагмазії, нейтралізуючи недобросовісну дистрибуцію тощо.

Зауважимо, що особливістю реформи вітчизняної системи охорони здоров'я є її значна обумовленість взятими зобов'язаннями щодо виконання положень Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Главою 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію закріплено обопільне прагнення розвивати «співробітництво в галузі охорони здоров'я з метою підвищення його безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання». Визначено, що співробітництво охоплює насамперед такі сфери: зміцнення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, зокрема шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку первинної медико-санітарної допомоги та навчання персоналу; попередження та контроль над інфекційними хворобами, такими як ВІА/СНІД і туберкульоз, підвищення готовності до ризику спалахів високо патогенних хвороб та імплементацію Міжнародних медико-санітарних правил; попередження та контроль за неінфекційними хворобами шляхом обміну інформацією за найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінант здоров'я та проблем у сфері охорони здоров'я, наприклад, здоров'я матері та дитини, психічне здоров'я, алкогольна, наркотична та тютюнова залежність (імплементація Рамкової конвенції з контролю над тютюном 2003 року); якість і безпечність субстанцій людського походження, зокрема крові, тканин та клітин; інформація та знання у сфері охорони здоров'я, в тому числі керуючись підходом «охорона здоров'я у всіх політиках держави». Особливе значення для європеїзації вітчизняної системи охорони здоров'я має формальне закріплення постулату щодо

обміну інформацією та найкращими практиками, здійснення інших спільних заходів, «у тому числі в рамках підходу “охорона здоров’я у всіх політиках” і поступової інтеграції України до європейських мереж охорони здоров’я». Статтею 428 Угоди прямо передбачена перспектива поступового наближення законодавства та практики України «до принципів *acquis* ЄС, зокрема у сфері інфекційних хвороб, служб крові, трансплантації тканин і клітин, а також тютюну» (перелік відповідних актів *acquis* ЄС наведено в додатку ХІІ до цієї Угоди) [8].

Незважаючи на виняткову затребуваність визначеного Угодою про асоціацію стратегічного курсу на поступове наближення законодавства та практики України у сфері охорони здоров’я (громадського здоров’я) до принципів *acquis* Європейського Союзу, в Україні сьогодні відсутня комплексна стратегія євроадаптаційної діяльності в зазначеній царині. Планом заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки, затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 року № 847-р, передбачено окремі євроадаптаційні заходи у сфері охорони здоров’я. Зокрема, «євроадаптаційна компетенція» Міністерства охорони здоров’я України поширена на розроблення та затвердження Концепції реформування системи охорони здоров’я України, розроблення, затвердження і впровадження відповідної Стратегії, участь у створенні єдиного загальнодержавного центру моніторингу у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблення плану заходів щодо реалізації Всеохоплюючої стратегії імплементації глави IV «Санітарні та фітосанітарні заходи» розділу IV Угоди «Торгівля і питання, пов’язані з торгівлею», а також імплементацію положень окремих актів *acquis communautaire* [9].

Вважаємо, що передбачені Угодою про асоціацію євроадаптаційні організаційно-правові заходи у сфері охорони здоров’я загалом мають спорадичний характер. Імплементація положень актів *acquis communautaire* у цій сфері розглядається як засіб оперативного вирішення локальних проблем в окремих сегментах системи забезпечення громадського здоров’я. Натомість зберігається необхідність транспонування апробованих у країнах – членах ЄС підходів до вдосконалення управління сфери охорони здоров’я.

На нашу думку, перспектива подальшої європеїзації системи охорони здоров’я України полягає у вжитті таких організаційних заходів:

- розроблення концепції медичної реформи на основі базових цінностей проголошеної Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров’я нової політики «Здоров’я – 2020», а саме: визнання права кожної людини на здоров’я; справедливості; солідарності; загальної доступності; якості; стійкості; права на участь у прийнятті рішень; захист людської гідності; автономності; гідності; відсутності дискримінації; прозорості; підзвітності;

– новелізації вітчизняного медичного законодавства через імплементацію таких європейських правових принципів охорони здоров'я: загального права на здоров'я та інтегровану медико-санітарну допомогу; поєднання державного лідерства й участі всього суспільства у зміцненні здоров'я та благополуччя; децентралізації управління системою охорони здоров'я; подолання нерівності в доступі до медичної допомоги; урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях; забезпечення наступності та безперервності під час надання медичної допомоги; міжсекторального співробітництва та солідарної відповідальності; поєднання ієрархічного і партнерського підходів у стратегічному плануванні та керівництві в інтересах здоров'я і благополуччя; забезпечення реалізації інформаційно-роз'яснювальних заходів (адвокації), комунікації та соціальної мобілізації в інтересах здоров'я; впливу на соціальні детермінанти здоров'я тощо;

– модернізації механізму публічного адміністрування в медичній галузі шляхом зосередження Міністерства охорони здоров'я України на реалізації трьох основоположних функцій (розробці стратегії розвитку медичної та фармацевтичної галузей, здійсненні регуляторного нагляду, інформаційному забезпеченні у сфері охорони здоров'я), розширення повноважень регіональних і місцевих органів публічної влади у сфері медичного обслуговування населення, диверсифікації джерел фінансування;

– визначенні та нормативному закріпленні балансу між обсягом правових гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги і фактичним недостатнім обсягом бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, тобто розмежування переліків фізіологічних і патологічних станів організму, за настання яких вартість отриманої медичної послуги, лікарських засобів і виробів медичного призначення повністю покривається державним бюджетом через систему державного солідарного медичного страхування або ж відшкодовується за рахунок власних коштів пацієнта;

– інституціоналізації Національного агентства здоров'я, уповноваженого здійснювати планування та закупівлю медичних послуг, оцінювання і контроль їх якості;

– легітимізації інституту урядового омбудсмена (уповноваженого) із захисту прав пацієнтів;

– інтегрованні відомчої медицини до загальнонаціональної системи охорони здоров'я при одночасному запровадженні спеціальних страхових програм надання додаткових медичних послуг окремим категоріям осіб (військовослужбовцям, поліцейським, рятувальникам тощо);

– забезпеченні автономізації закладів охорони здоров'я первинної ланки, лікарень другого та третього рівнів надання медичної допомоги, ґрунтованої на поєднанні широких повноважень головного лікаря з діяльністю наділених контрольними повноваженнями наглядових рад;

- налагодженні на основі стандартів ризик-менеджменту механізму перманентного моніторингу ефективності та прозорості реформування сфери охорони здоров'я, а також запровадженні постійно діючих дискусійних майданчиків за участі вітчизняних і зарубіжних експертів та представників профільних недержавних інституцій;
- інформатизації системи охорони здоров'я (створенні національної електронної мережі/бази даних eHealth, впровадженні технологій телемедицини на третинній ланці надання медичної допомоги тощо);
- налагодженні державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я за рахунок передачі в аутсорсинг виконання робіт за непрофільними напрямками діяльності лікувальних установ (діагностики, харчування, охорони, транспортного забезпечення, утримання інфраструктури тощо).

Висновок. Резюмуючи, зазначимо, що управлінсько-правовий концепт «реформа системи охорони здоров'я» має комплексно-екзистенційний характер. Ним охоплюються організаційні заходи, спрямовані на запровадження пацієнтоорієнтованої моделі охорони здоров'я, спроможної забезпечити доступну, недискримінаційну та високоякісну медичну допомогу. Ефективне «перезавантаження» медичної галузі неможливе без розбудови єдиного медичного простору як передумови ствердження принципу рівного доступу громадян до медичного обслуговування. Важливим джерелом новелізації вітчизняного медичного законодавства є імплементація європейських правових стандартів. Важливо усвідомлювати, що імплементаційна діяльність має здійснюватись як у контексті виконання положень Угоди про асоціацію між Україною та ЄС, так і шляхом транспонування артикульованих профільними міжнародними інституціями медико-правових постулатів і апробації кращих європейських управлінських практик.

Список бібліографічних посилань: 1. Анталовці О. В. Правова реформа системи охорони здоров'я Великобританії. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Юриспруденція»*. 2014. № 10-1, т. 2. С. 35–37. 2. Загородній В. В., Коваленко О. С. Прикладні та теоретичні аспекти державного управління реформуванням у системі охорони здоров'я. *Охорона здоров'я України*. 2001. № 1. С. 13–16. 3. Рогова О. Г. Основні напрямки реформування охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми державного управління*. 2008. № 2. С. 177–182. 4. Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: постановою Верховної Ради України від 21.04.2015 № 1338-VIII // База даних (БД) «Законодавство України» / Верховна Рада (ВР) України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-19> (дата звернення: 05.06.2017). 5. Про засади державної політики охорони здоров'я: проект закону України від 17.07.2015 № 2409а // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc34?id=&pf3511=56118&pf35401=352777> (дата звернення: 07.06.2017). 6. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-p> (дата звернення: 08.06.2017). 7. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: указ Президента України

від 12.01.2015 № 5/2015 // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення: 09.06.2017). 8. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони : від 27.06.2014 ; ратиф. законом України від 16.09.2014 № 1678-VII // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 10.06.2017). 9. Про імплементацію Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, на 2014–2017 роки : розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.09.2014 № 847-р // БД «Законодавство України» / ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/847-2014-p> (дата звернення: 12.06.2017).

Надійшла до редколегії 17.07.2017



Проневич А. С. Реформа системы здравоохранения как средство европеизации отечественного медицинского пространства: административно-правовой аспект

Охарактеризован административно-правовой компонент реформы системы здравоохранения как средство европеизации отечественного медицинского пространства. Особое внимание уделено определению перспективы имплементации в национальное законодательство рекомендаций профильных международных институций и апробации в медицинской сфере лучших европейских управленческих практик.

Ключевые слова: реформа системы охраны здоровья, единое медицинское пространство, медицинская помощь, медицинская услуга, права пациента.

Pronevych O. S. Health protection system's reform as a mean of European integration of the domestic medical space: administrative and legal aspect

*The article is focused on the comprehension of administrative and legal component of health protection system's reform as a mean of European integration of the domestic medical space with a special emphasis on clarifying the perspectives for the implementation of the *acquis communautaire* and the recommendations of the relevant international institutions into the national legislation as well as approbation of the best European management practices within medical field.*

It has been separately emphasized that the management and legal concept of "health protection system's reform" has a complex and existential nature. It covers organizational measures aimed at implementing a patient-oriented healthcare model that is able to provide affordable, non-discriminatory and high-quality medical aid. Effective "reloading" of the medical sector is impossible without the development of a single medical space as a prerequisite for the affirmation of the principle of equal access of citizens to medical care.

Keywords: health protection system's reform, single medical space, medical aid, medical service, patient rights.

