

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студентки Ляшенко Юлії Валеріївни

академічної групи 281м-21з-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Складові реалізації політики у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Квітка С.А.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишнеvsька О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Складові реалізації політики у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах».

101 стор., 3 табл., 9 рис., 57 джерел.

РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ОРГАНИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ, СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Об'єкт дослідження – процес державного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – особливості формування системи охорони здоров'я в сучасних умовах в Україні.

Мета дослідження – обґрунтування теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України, та обґрунтування шляхів реформування галузі з урахуванням успішних соціальних практик реформування у медичній сфері провідних країн світу.

У першому розділі досліджується організаційно-правовий аспект національної системи охорони здоров'я.

Другий розділ присвячено практичній реалізації впровадження реформи системи охорони здоров'я України в умовах сучасних викликів. Основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах.

У третьому розділі надані напрями реформування системи охорони здоров'я України на інноваційних засадах.

Сфера практичного застосування результатів роботи – впровадження інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Components of policy implementation in the field of health care in modern conditions»

101 pages, 9 figures, 3 tables, 57 sources.

INDUSTRY REFORM, HEALTH CARE SYSTEM, PUBLIC ADMINISTRATION BODIES, POPULATION HEALTH STATE, STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTH CARE, WORLD HEALTH ORGANIZATION.

The object of research is the process of state management of the industry Health Care.

The subject of the study is the peculiarities of the formation of the health care system in modern conditions in Ukraine.

The purpose of the study is to substantiate the theoretical and methodological foundations of determining the mechanisms of state management that determine systemic changes in the field of health care of Ukraine, and to substantiate the ways of reforming the industry, taking into account the successful social practices of reforming in the medical field of the leading countries of the world.

The first chapter examines the organizational and legal aspect of the national health care system.

The second section is devoted to the practical implementation of the reform of the health care system of Ukraine in the conditions of modern challenges. The main trends in the modernization of health care systems in foreign countries.

In the third section, directions for reforming the health care system of Ukraine on an innovative basis are given.

The field of practical application of the work results is the implementation of innovative development of the health care system, which determine the concept of the organizational and functional model of the state regulation of the innovative development of the health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ.....	9
1.1. Особливості організації національної системи охорони здоров'я	9
1.2. Огляд реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності	20
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН.....	39
2.1. Практична реалізація впровадження реформ системи охорони здоров'я України в умовах сучасних викликів.....	39
2.2. Основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах	48
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСАДАХ.....	73
3.1. Шляхи удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України	73
3.2. Перспективи реформування системи охорони здоров'я України	88
ВИСНОВКИ	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	102

ВСТУП

Сьогодні процеси реформування національних систем охорони здоров'я відбуваються в багатьох країнах світу. Незважаючи на те, що ці країни мають різні моделі управління цією галуззю, можна переконатись у тому, що в кожній з них існують вагомі причини для вдосконалення, а іноді й кардинальних змін у підходах до їх організації та оновлення. Традиційна для країн постсоціалістичного табору модель управління системою охорони здоров'я, що існувала в Україні до останнього часу, не могла залишатись без суттєвих змін, адже сформовані управлінські механізми не відповідали реальним викликам часу й часто-густо переставали бути дієвими щодо сучасних запитів суспільства. Несамостійність бюджетних медичних установ у прийнятті рішень, застаріла інфраструктура, низька оплата праці, фінансування галузі за залишковим принципом – ось невичерпний перелік чинників, що спричинили кризу в системі охорони здоров'я.

З 24 лютого країна-терорист вбила щонайменше 18 медичних працівників, ще понад 50 зазнали поранень. Не підлягають відновленню 123 об'єкти системи охорони здоров'я, 746 – потребують відновлення. Ці дані змінюються майже кожного дня.

Водночас повномасштабна військова агресія Російської Федерації проти України визначила нагальні потреби держави – прискорення темпів медичної реформи, спрямованої передусім на підвищення якості доступних медичних послуг, оскільки збереження здоров'я населення – один з основних стратегічних орієнтирів національної безпеки.

Попри цілеспрямоване знищення медичної інфраструктури, система охорони здоров'я працює та трансформується відповідно до потреб, які постали з війною.

Це як зараз працює система охорони здоров'я. Але найголовніше – за її роботою стоять люди. Ми вдячні медикам, яких не зламала війна, які продовжують виконувати свою роботу, щоб зберегти життя українців.

Аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел, аналітичних доповідей та звітів, у тому числі міжнародних організацій, інформаційні матеріали Кабінету Міністрів України, документи Міністерства охорони здоров'я України свідчать, що існуючий рівень механізмів державного управління охороною здоров'я України не відповідає сучасним трансформаціям.

Отже, управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління захистом працюючого населення.

Уряди багатьох країн європейського регіону, що входять до складу Всесвітньої організації охорони здоров'я, постійно аналізують свої системи охорони здоров'я, оцінюючи доцільність використовуваних ними підходів до фінансування процесів організації та надання медичної допомоги. Тим часом, на нашу думку, модернізація системи охорони здоров'я, за своїм змістом, має здійснюватися як у нормативно-правовому, економічному так і в організаційному напрямках. Адже результативність заходів щодо трансформації системи охорони здоров'я оцінюється не лише за показниками короткострокових заощаджень коштів із державного бюджету на розвиток медичної галузі, а й за показниками здатності, у довгостроковій перспективі, покращити здоров'я всього населення. Ці регуляторні показники однаково важливі як для реформування системи охорони здоров'я в Україні, так і в зарубіжних країнах.

Авторський підхід до дослідження сфери охорони здоров'я як соціального об'єкта в системі державного управління сформувався під впливом наукових праць вітчизняних дослідників, фундаторів теорії державного управління у галузі охорони здоров'я, які наголошують на важливості наукового пошуку щодо різних складових державного управління досліджуваною сферою: М. Білинська,

С. Бугайцов, П. Волянський, Ю. Вороненко, М. Голубчиков, Л. Жаліло, Д. Карамішев, В. Князевич, А. Котвіцька, Н. Кризіна, Б. Лемішко, В. Лехан, В. Лобас, І. Лурін, С. Мокрецов, З. Надюк, В. Парій, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Солоненко, О. Федько, І. Хожило, Н. Ярош та найвідоміші зарубіжні дослідники М. А. Портер, Р. Б. Салтман, Дж. Фігейрасі Стівен М. Шортел та ін.

Вагомий внесок у дослідження питань реформування державного управління системою охорони здоров'я України вносять наукові праці Ю. Вороненко, Н. Герасименко, Л. Гриценко, В. Москаленко, К. Найштетік, Ф. Радиша, Г. Слабкого, М. Солоненко, М. Шутова та інші.

Водночас, прощання із залишками командно-адміністративної системи, геополітичний вибір України, глобалізація світової економіки привнесли нові акценти у цілі та зміст реформування охорони здоров'я. Стало очевидним, що воно неможливе навіть у відносній ізоляції від міжнародного середовища і пов'язане з обов'язковим вивченням світових трендів. Постало також питання про позиціонування України на міжнародному ринку медичних та рекреаційних послуг, виявлення можливостей їх довготривалого ефективного просування та надання. Реформування охорони здоров'я стає умовою виживання країни в умовах війни з Російською Федерацією, розв'язання демографічної кризи, підтримки трудового потенціалу та добробуту громадян, проведення реформ в інших сферах. Все це обумовлює актуальність представленого дослідження.

Об'єкт дослідження – процес державного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – складові реалізації політики у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України, та обґрунтування шляхів реформування галузі з урахуванням успішних соціальних практик реформування у медичній сфері провідних країн світу.

Досягнення поставленої мети передбачає вирішення наступних завдань:

- вивчити моделі організації та фінансування національної системи охорони здоров'я;
- охарактеризувати загальні тенденції практичного проведення попередніх реформ охорони здоров'я в Україні і їх позитивних і негативних результатів;
- висвітлити проблемні питання сучасного стану реформування сфери охорони здоров'я в умовах сучасних викликів;
- визначити основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах;
- обґрунтувати системні засоби вдосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України на інноваційних засадах;
- розкрити перспективні напрями реформування системи охорони здоров'я України.

Для реалізації дослідницької мети було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, а саме: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми, розробки концепції системної трансформації механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України; факторного аналізу для визначення детермінантів розвитку системи охорони здоров'я, як об'єкту державного управління; порівняльно-зіставний метод використано для вивчення поточного стану сфери охорони здоров'я в Україні; порівняння, для зіставлення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України та зарубіжних країн.

Існуюча потреба у спрямованості теорії та практики державного управління на реформування сфери охорони здоров'я в Україні зумовлює оновлення механізмів державного управління галуззю, вимагає наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, які б концентрували зусилля органів державної влади на розв'язанні протиріч і усуненні наявних проблем.

РОЗДІЛ 1

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ

1.1. Особливості організації національної системи охорони здоров'я

Система охорони здоров'я відіграє надзвичайно важливу роль у забезпеченні належного рівня життя громадян. Показник здоров'я людини є одним із найважливіших чинників суспільного розвитку країни. Тому медичне забезпечення громадян – одна з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави. Медична галузь є багаторівневою функціональною керованою системою, яка створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних і медичних заходів, що спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому. Система охорони здоров'я держави має відповідати універсальним критеріям: ієрархічна будова, налагоджені управлінські механізми, визначені форми фінансування. При цьому, перш за все, вона має орієнтуватися на особливості стану здоров'я населення. У зв'язку з цим, і виникає необхідність суспільно-географічних досліджень системи охорони здоров'я національного та державного рівнів.

Відповідно до ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», охорона здоров'я в Україні – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками 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 [3]. Система державного управління, що діє в галузі охорони здоров'я, має характерні ознаки загальної універсальної системи державного управління і специфічні ознаки системи управління об'єктами соціально-культурної (гуманітарної) сфери.

Водночас, як і будь-яка галузь та комплекс управління, державне управління в галузі охорони здоров'я має характерні особливості, зокрема [27]:

1. Велика соціально-економічна значущість охорони здоров'я як провідної, базової галузі соціально-культурної сфери життя суспільства й держави, основи державної соціальної політики.

2. Значні труднощі у передбаченні наслідків прийняття тих чи інших управлінських рішень, які можуть виявлятися не відразу і часто не піддаються кваліфікованим оцінкам.

3. Велика кількість і різний характер діяльності об'єктів управління:

– різні за потужністю лікарні (від найменших сільських до колишніх республіканських лікарень підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України), поліклініки, диспансери, амбулаторії, діагностичні центри, санаторії, науково-дослідні інститути, вищі навчальні медичні заклади II, III і IV рівнів акредитації – медичні коледжі, академії та університети;

– заклади охорони здоров'я різних форм власності (державної, комунальної, приватної, колективної);

– неоднорідність об'єктів управління з погляду їх обсягу, потужності, насиченості медичною апаратурою, за кількістю персоналу, в тому числі висококваліфікованих фахівців, за різними формами власності й, нарешті, за різним службовим підпорядкуванням (окремі заклади охорони здоров'я підпорядковані Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України, міністерствам оборони, внутрішніх справ, транспорту, Службі безпеки України та ін.).

4. Специфічний характер управлінських відносин унаслідок міжгалузевого управління шляхом прийняття відомчих нормативно-правових актів (наказів, інструкцій, оголошень, списків та ін.), які поширюють свою дію на діяльність різноманітних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, медичних і фармацевтичних працівників незалежно від місця їхньої праці, форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я, проведення їх роздержавлення й розподіл за різними формами власності (державна, комунальна, колективна,

приватна), набуття ними статусу юридичної особи, застосування новітніх економічних форм і методів господарювання, праці й службового статусу працівників апарату.

5. Фахові та кваліфікаційні особливості управлінського персоналу галузевих органів виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, головні лікарі та їхні заступники центральних районних лікарень) і місцевого самоврядування (управлінь і відділів охорони здоров'я виконкомів міських, сільських і селищних лікарень), більшість з яких за освітою лікарі й фармацевти, поєднують свою адміністративну роботу з практичною роботою за фахом на умовах сумісництва.

6. Значні труднощі, а часом і неможливість виправлення хибних рішень.

Усі вони сукупно впливають на формування спеціальних (галузевих) органів виконавчої влади і здійснення ними в цій галузі державного управління.

Управління у сфері охорони здоров'я має певні особливості, що відрізняють її від управління в інших сферах суспільного життя, а саме:

- результат надання медичної допомоги важко піддається визначенню і вимірюванню;
- надання медичної допомоги постійно змінюється і є складним процесом, що часто потребує невідкладних рішень;
- при наданні медичної допомоги можуть бути допущені важко обумовлені несистемні помилки.

Організаційна структура системи охорони здоров'я України складається з трьох основних рівнів: національного, регіонального та субрегіонального (локального).

Національний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та закладами охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ України, а також науково-дослідними інститутами і вищими навчальними закладами підпорядкованими Академії медичних наук України та МОЗ України (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях (суб'єкт управління) та державними закладами охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, а також закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад. Наприклад, обласні лікарні, діагностичні центри, тощо (об'єкти управління).

Субрегіональний (локальний) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні, сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права заклади охорони здоров'я (ЗОЗ), що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні некомерційні підприємства.

До переваг перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство, відносять:

- керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- ЗОЗ (підприємство) має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому ЗОЗ бути більш гнучким та самостійним у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;

– право ЗОЗ (підприємства) утворювати об'єднання підприємств з іншими ЗОЗ, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів ЗОЗ – членів об'єднання;

– ЗОЗ (підприємство) може наймати за цивільно-правовими договорами лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» отримання статусу комунального некомерційного підприємства є однією з обов'язкових умов, які повинні виконати ЗОЗ для укладання договорів з НСЗУ та переходу на нову систему фінансування медичного закладу [14].

Формування політики в галузі охорони здоров'я та забезпечення її реалізації в Україні виконується державою. Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я; визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів; встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування; створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів; затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [39]. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Особисту відповідальність за неї несе Президент України, який являється гарантом права громадян на охорону здоров'я. Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується Кабінетом Міністрів України.

МОЗ України очолює Міністр, який призначається відповідно до Конституції України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на Міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на органи місцевих державних адміністрацій. Рішення МОЗ України з питань охорони здоров'я, видані в межах його компетенції, є обов'язковими для центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ і організацій.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є [20]:

- забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням; забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження);
- забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу;
- забезпечення формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- координація діяльності органів виконавчої влади з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Міністерство охорони здоров'я несе відповідальність за якість та доступність медичної допомоги в країні. Водночас МОЗ відмінив розробку та затвердження державних стандартів якості (клінічних настанов і протоколів) та запроваджує нові клінічні протоколи без належної їх адаптації до українських реалій [25].

Міністерство охорони здоров'я також здійснює організацію діяльності державної служби екстреної та швидкої медичної допомоги; координує медичну освіту та систему медичних досліджень; контролює централізовані державні закупівлі фармацевтичних препаратів, медичних виробів та обладнання за відповідними державними програмами.

Крім того, МОЗ проводить ліцензування медичної практики та діяльності банків пуповидної крові, інших тканин і клітин людини [9; 21].

Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму підпорядкуванні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство інфраструктури України. Ці органи самі визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я створюються також підприємствами, установами та організаціями з різними формами власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення закладів охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України. Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом. Незалежно від юридичного статусу закладу охорони здоров'я керівництво ним може здійснювати тільки особа, яка відповідає встановленим державою єдиним кваліфікаційним вимогам. Керівникові закладу охорони здоров'я має бути забезпечена незалежність у вирішенні всіх питань, пов'язаних з охороною здоров'я. Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень мають право вирішувати питання щодо припинення діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я в разі порушення ним законодавства про охорону здоров'я, невиконання державних

вимог щодо якості медичної допомоги та іншої діяльності в галузі охорони здоров'я або вчинення дій, що суперечать його статуту [3].

Основним Законом України – Конституцією України наголошується, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з головних обов'язків держави. В ряді статей Конституції України (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) визначається право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Цей документ встановлює, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, а в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [1].

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я [3].

В Україні існує триланкова система медико-санітарної допомоги. Основою національної системи охорони здоров'я є первинна лікувально-профілактична допомога, яка надається переважно за територіальною ознакою лікарями загальної практики. Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є найефективнішим засобом досягнення справедливого розподілу і раціонального використання коштів, а також підвищення результативності роботи галузі охорони здоров'я. У більшості розвинених країн світу первинна медико-санітарна допомога, при ефективній її організації, забезпечує до 90% загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики – сімейної медицини становить 30-50% кількості всіх лікарів, що працюють у галузі охорони здоров'я.

Управління закладами первинної ланки національної системи охорони здоров'я у містах здійснюють управління (відділи) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; у селах (селищах) – головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога надається в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги і представлена роздробленими структурами, що функціонально, організаційно та фінансово поєднані із спеціалізованою амбулаторною допомогою. Впродовж тривалого часу увага в основному приділялася розвитку дорогих видів спеціалізованої та швидкої медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної допомоги становило менше ніж 10% коштів, виділених на охорону здоров'я, що не дозволяє досягти оптимального розподілу обсягів роботи між рівнями медичної допомоги. В Україні на первинному рівні починають і закінчують лікування лише до 30% пацієнтів у містах і до 50% пацієнтів у сільській місцевості [6]. Нераціональна організація первинної допомоги та її недостатнє фінансування призвели до втрати комплексності та послідовності в наданні медичної допомоги, формального підходу до здійснення профілактики та диспансерної роботи. Як наслідок спостерігаються високі показники пізнього виявлення тяжких хвороб та ускладнень хронічних захворювань, що зумовлює надмірну потребу в дорогому спеціалізованому лікуванні.

Згідно зі ст. 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги [3].

Спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних і частково в обласних лікарнях.

Управління закладами вторинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюється центральними районними лікарнями – головний лікар району; міськими лікарнями – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; обласними лікарнями – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко трапляються. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів.

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють: міські лікарні – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; обласні лікарні – управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації; центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів – МОЗ України.

Таким чином, в Україні довгий час зберігалася система охорони здоров'я, створена за радянських часів, існування якої за ринкових умов є проблематичним, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована – на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога. На сьогодні є необхідним проведення певних управлінських та організаційних заходів спрямованих на

реформування системи охорони здоров'я України. Насамперед, вони повинні стосуватися оновлення механізмів державного управління галуззю, а також наукового обґрунтування та практичного впровадження нових методів управління, які б концентрували зусилля органів державної влади на розв'язання протиріч і усунення невідповідностей між фактичними потребами населення в медичній допомозі та послугах і реальними можливостями системи охорони здоров'я щодо якісного задоволення цих потреб в умовах трансформаційних перетворень.

Трансформація охорони здоров'я – це не перехід в один крок від системи Семашка до європейських стандартів медичної допомоги. Це поетапний план складних змін, закріплений в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [5].

Згідно з цим планом: У 2018 р. розпочалася трансформація первинної медичної допомоги – закладів, де працюють терапевти, сімейні лікарі та педіатри. У багатьох розвинених країнах світу первинна меддопомога, а саме сімейні лікарі, вирішує більшість звернень пацієнтів.

До прикладу, в Британії з близько 90% усіх звернень пацієнтів допомагають сімейні лікарі. Це ефективно, бо допомагає запобігати багатьом хворобам до того, як вони потребуватимуть складного, дорогого і не завжди успішного лікування.

У 2019 р. тривала підготовка до трансформації спеціалізованої допомоги: поліклінік та стаціонарів.

З 1 січня 2020 р. нові механізми фінансування запрацювали на всіх рівнях медичної допомоги – від первинної до стаціонарної.

Верховна Рада України прийняла Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким принципово змінено систему фінансування системи охорони здоров'я (СОЗ) України [5].

Кабінетом Міністрів України Постановою «Про утворення Національної служби здоров'я України» зроблено перший крок до докорінної зміни СОЗ у сфері її фінансування, що неминуче приведе до змін в її інших складових [16].

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я та який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Основними завданнями НСЗУ є: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

1.2. Огляд реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності

Розвиток системи охорони здоров'я в Україні після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди:

1. 1991–2000 рр..
2. 2000–2010 рр..
3. 2010–2013 рр..
4. з 2014 р. і до теперішнього часу.

В перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони здоров'я практично не проводилися. Головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я, як центрального виконавчого органу влади в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою.

Другий період – визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ. На рубежі століть вітчизняними та міжнародними експертами за підтримки міжнародних організацій проводилася робота з визначення основних напрямків та апробації ключових механізмів реформування СОЗ.

У 2001 р. за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я, з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр. [46]. Конкретизації розвитку окремих видів та інструментів надання медичної допомоги, розробці та запровадженню нових механізмів фінансування була присвячена низка міжнародних проектів за підтримки Європейської комісії: «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002–2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003–2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004–2006 рр.), «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007–2009 рр.).

Матеріали зазначених досліджень широко використовувалися при прийнятті нормативних актів, спрямованих на реформування СОЗ в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ знайшли відображення у низці постанов уряду [10].

Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, до 2010 р. не проводилося.

Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш вагомими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запровадженням нових методів фінансування на рівні первинної ланки (експеримент у м. Комсомольську Полтавської області щодо укладання контрактів між міською адміністрацією і підготовленими

сімейними лікарями про надання первинної допомоги населенню з подушною оплатою їх послуг) [43], автономізація постачальників медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2 х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни закладами охорони здоров'я господарського статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства), структурно функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо).

Третій період – проведення масштабної реформи СОЗ в пілотних регіонах. В політичних та експертних колах мусується теза про те, що за весь період незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися взагалі або проводилися неефективно [44]. Проте в 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава» були розпочаті масштабні перетворення в українській здоровоохороні. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проектів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. [36].

Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. В якості пілотів було обрано 4 регіони:

аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська, Донецька області) та столичний (м. Київ). Чисельність осіб, що мешкали на території пілотних регіонів складала 26,7 населення України, що дозволило забезпечити репрезентативність отриманих результатів.

Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була розроблена нормативно правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення.

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

- розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

- об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

- запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

- впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

- запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації ЗОЗ, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребувало попереднього ретельного їх відпрацювання в пілотному режимі, навчання фахівців та підтримки влади всіх рівнів.

Четвертий (сучасний) період – комплексне реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі. Вже перші кроки були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції [4], дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів [11], МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо) [18].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою фактично було продовжено з істотними корективами курс реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;
- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;
- автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я.

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево

судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [22].

В 2017 р. було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію ЗОЗ» та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; закон про державні фінансові гарантії, який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України НСЗУ, визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [12], затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг.

Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон, який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури. Крім того, планується продовжити реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого урядом затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів, перелік та склад госпітальних округів в кожній області країни, МОЗом прийнято положення про госпітальний округ, розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в т.ч. оговорено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо.

Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і охоплює 3 річний період – 2018–2020 рр. Попередній аналіз змісту та процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України

дозволяє їх оцінити як курс на формування нової сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я.

Водночас слід відзначити низку недоліків, наявність яких може спотворити очікувані результати. Так, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги і спроможністю держави покриття витрат на їх надання є наріжним каменем реформи в будь-якій країні і перш за все в Україні. Тому законодавче визначення реального, а не декларативного обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги є надзвичайно актуальним завданням, на вирішення якого й спрямовано прийняття відповідного закону, згідно з яким «держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України, надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій ...».

Однак легітимність закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування ...» не є безспірною, оскільки він порушує як мінімум три статті Конституції України [1]: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. ...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...», ст. 22, яка містить норму «При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як «в умовах воєнного або надзвичайного стану».

Безпосередньо сама програма державних гарантій, визначена Законом, не підкріплена чіткою методологією її формування та наповнення. Вона охоплює всі види медичної допомоги, включно з їх медикаментозним забезпеченням, без пріоритизації медичних послуг за соціальними та медичними ознаками, не передбачає співоплати медичних послуг пацієнтами, що пов'язано з побоюваннями порушення Конституції у трактуванні Конституційного суду 2002 р. у зв'язку з чим вона набуває критично декларативного вигляду. Крім

того, нова структура НСЗУ перебирає на себе істотну частину повноважень щодо формування політики в сфері охорони здоров'я. Адже на неї покладено функції і розробника програми державних гарантій та тарифів, і замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, і забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я, функції якої не обмежуються обслуговуванням фінансово- економічної діяльності в охороні здоров'я (ст. 7 Закону).

Також слід зазначити, що в підзаконних актах стосовно запровадження договірних відносин увага концентрується на процесі укладання договорів, а не на забезпеченні підвищення результативності медичного обслуговування [12]. Також в документах уряду та МОЗ України імпліцитно проявляється тренд переходу до надання ПМД фізичними особами підприємцями, є архаїчною і неефективною формою обслуговування. Крім того виникають сумніви щодо можливостей НСЗУ кваліфіковано працювати з такою значною кількістю постачальників ПМД в умовах договірних відносин.

Слід зазначити, що передача визначення штатного розпису на розсуд керівника ЗОЗ в рамках автономізації медичних закладів [18] не підкріплена методичними рекомендаціями щодо порядку формування штатного розпису в змінених умовах. Це істотно утруднює роботу управлінців, оскільки вони звикли до нормативного підходу (жорсткої директиви «зверху»), і може провокувати конфлікти між керівним персоналом та працівниками.

Зміни в підходах до стандартизації, затверджені у 2016 р. наказом МОЗ [19], який скасовує поняття «уніфіковані клінічні протоколи» і дозволяє лікарю за його рішенням обрати клінічний протокол з визначених в наказі електронних ресурсів різних країн та застосовувати без адаптації так звані «нові клінічні протоколи», створюють загрози для наступності та інтегрованості медичного обслуговування населення України. Певні загрози створює і новий порядок акредитації, який законодавчо (стаття 16 Основ законодавства про охорону здоров'я [2]) переводить її з 30 січня 2018 р. з державної і обов'язкової для ЗОЗ процедури в добровільну. Такий підхід є характерним для більшості

європейських країн, але в Україні він не підкріплений мотиваційними механізмами, до числа яких належить укладання контрактів на фінансування лише з акредитованими установами.

В цілому спостерігається певна поспішність, фрагментарність і непослідовність реформ. Наприклад, скасування МОЗ України низки облікових документів до впровадження електронної системи документообігу може призвести до втрати керованості процесами медичного обслуговування, перш за все у первинній ланці. Наявність зазначених та інших прогалин скоріше всього пов'язані з відсутністю прийнятих на основі консенсусу між стейкхолдерами (зацікавленими сторонами) стратегії реформ, що провокує недостатню системність реформування, та обмеженість застосування проектного підходу в практиці перетворень системи охорони здоров'я.

Тож, реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності.

Розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю і мають фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин в нормативно правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я.

На сьогодні, враховуючи тривалу медичну реформу, можна стверджувати, що українська медична система знаходиться у процесі трансформаційних та інституціональних перетворень. 2020 р., на думку багатьох експертів, став визначальним для медичної реформи за рахунок здійснення таких заходів:

- формування гарантованого пакета медичних послуг;
- збільшення заробітної плати для лікарів вторинної і третинної ланок;
- повноцінного запуску роботи ДП «Медичні закупівлі України» з метою покращення ресурсного забезпечення ринку медичних послуг.

Важливо зазначити, що здійснення даних заходів, враховуючи реформу децентралізації державної влади, окрім центральної виконавчої влади, залежить в тому числі від механізму реалізації цих заходів органами місцевого самоврядування.

Удосконалення системи охорони здоров'я – одна з основних умов успішної реалізації стратегії соціально-економічного розвитку будь-якої країни, а поліпшення здоров'я населення – найважливіша мета соціально-економічного розвитку. Це вимагає пильної уваги держави до розроблення механізмів реалізації конституційних гарантій громадян щодо охорони здоров'я і створення надійної системи захисту їх прав. Державне управління в сфері охорони здоров'я здійснюється правовими, адміністративними, економічними та юридичними механізмами. Правове регулювання галузі означає побудову чіткої системи правової вертикалі нормативно-правових документів і їх правозастосування. При цьому закони є вищим владним виразом волі суспільства, всі наступні підзаконні нормативно-правові акти видаються на їх основі та на виконання законів. Схематично нормативно-правова база системи охорони здоров'я України відображена на рисунку 1.1. [12].

З метою ведення господарської діяльності з медичної практики окрім зазначених нормативно-правових документів ліцензіат повинен дотримуватись вимог Законів України «Про захист прав споживачів», «Про ліцензування видів господарської діяльності», а також постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я» [7; 8; 15].

У сфері охорони здоров'я широко застосовуються адміністративні механізми регулювання діяльності закладів охорони здоров'я.

При цьому, часто таке регулювання здійснюється всупереч інтересам самостійних суб'єктів права.

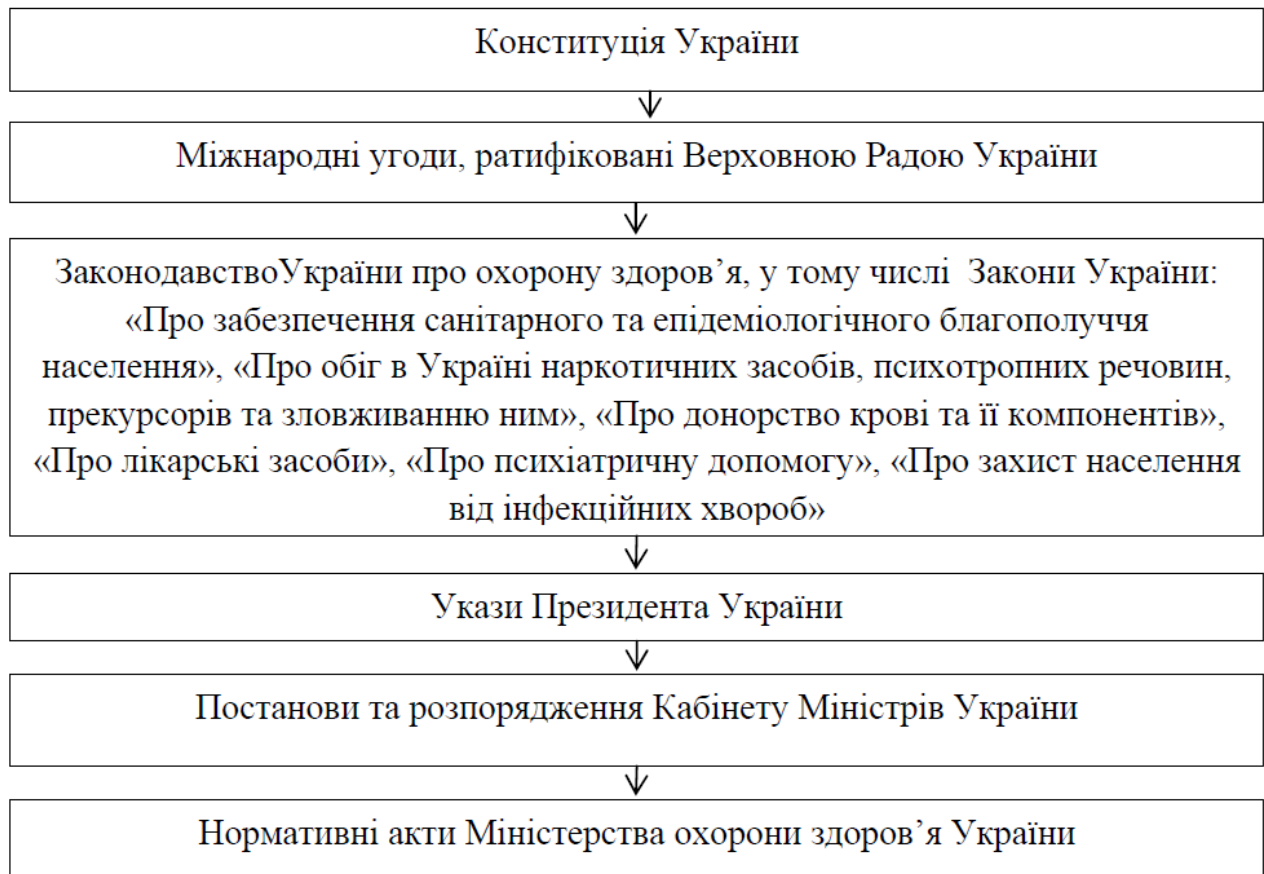


Рис. 1.1. Нормативно-правова база системи охорони здоров'я України

Фактичними правилами для закладів охорони здоров'я є не стільки вимоги нормативно-правових актів, які регламентують цивільно-правові відносини засновника та закладу охорони здоров'я, скільки поточні вказівки вищих інстанцій, що нерідко суперечать установчим документам організацій охорони здоров'я. В умовах, коли у законах міститься велика кількість відправних норм, регульованих локальними правовими актами, має місце нехтування об'єктивним правом на користь управлінських директив. Ці проблеми також можна вирішити за допомогою розроблення та прийняття законів прямої дії, що мінімізують застосування підзаконних актів [29].

Погіршення якості медичних послуг та кризові явища в охороні здоров'я призвели до погіршення здоров'я населення, що зумовило необхідність активного державного втручання у функціонування ринку медичних послуг. Варто відмітити, що умовами функціонування ринку медичних послуг є такі:

- різноманіття форм власності і рівні можливості для виробників різних форм власності;
- наявність розвиненої ринкової інфраструктури;
- наявність державних регуляторів.

Ступінь державного втручання у процеси, що відбуваються на ринку медичних послуг, обґрунтована діючою моделлю системи охорони здоров'я. Ринкова модель охорони здоров'я, що базується на принципах вільної конкуренції властива переважно для нерегульованого ринку. Централізований ринок є керованим. На даному ринку відносини продавця (медичної установи) і покупця (пацієнта) знаходяться під контролем держави, що визначає їх дії у вигляді розпорядчих вказівок із приводу виробників медичних послуг, їх кількості, обсягу та ціни. Регульований ринок діє в умовах розвиненої ринкової економіки. В особі державних, регіональних, місцевих органів влади Україна встановлює загальні правила поведінки учасників ринку. Взаємодія між державою та іншими суб'єктами ринку здійснюється за допомогою договорів, угод, державних замовлень, контрактів, державних субсидій і дотацій. Щодо впливу на ринок споживач (пацієнт) має вирішальне слово. Такий ринок найбільш відповідає соціально-страховій системі охорони здоров'я, що поширена на території України.

Механізм регулювання системи охорони здоров'я передбачає взаємодію всіх учасників ринку за допомогою інституцій та інструментів державного регулювання ринку медичних послуг. Регулювання здійснюється на трьох рівнях: макро-, мезо- та мікрорівнях. Цілі, завдання, інститути та інструменти кожного рівня різні, але всі вони спрямовані на вирішення завдань, спільних для ринку медичних послуг [48, с. 149].

Методи державного регулювання ринкових механізмів у системі охорони здоров'я України класифікують за організаційно-інституційним критерієм. Їх можна розділити на такі групи: адміністративно-розпорядчі, економічного примусу і соціально-психологічні.

Жорстке розмежування адміністративно-розпорядчих методів економічного примусу і соціально-психологічних методів не має сенсу, так як часом і адміністративні та економічні методи мають у собі риси і того й іншого. Наприклад, при використанні прямого контролю над цінами на медичні послуги і медичні препарати, держава створює для виробників особливий економічний режим, змушує їх переглядати номенклатуру медичних послуг, що надаються у лікувальному закладі, шукати нові джерела фінансування, інвестиції тощо. Однак, головна роль тієї чи іншої групи методів може характеризувати діючу економічну систему [50].

З 2015 р. держава виділяє кошти на охорону здоров'я адміністративним одиницям, використовуючи механізм субвенції. Урядом профінансовано основну частину медичних послуг шляхом надання медичних субвенцій, що у період 2015-2019 рр. становили в середньому 77% від державних витрат на охорону здоров'я. Місцеві органи самоврядування фінансували решту за рахунок власних ресурсів, як показано на рис. 1.2. [51].



Рис. 1.2. Державні видатки на охорону здоров'я у 2015-2019 роках, %

Стратегія фінансування системи охорони здоров'я зафіксована у концептуальному документі, затвердженому Кабінетом Міністрів України. У жовтні 2017 р. парламентом ухвалений новий Закон України «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів. На їх основі відбувається регулювання фінансування системи охорони здоров'я. Зазначеним пакетом документів створено міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я.

Одним із дієвих принципів реформування системи охорони здоров'я є формування економічних відносин багатукладної системи охорони здоров'я, тобто створення поряд із державним безоплатним сектором розвиненої приватної системи охорони здоров'я. Варто відмітити, що на сьогодні в Україні фактично вже існують ці два сектори охорони здоров'я – державний, фінансування якого здійснюється за рахунок державного та місцевого бюджетів, та недержавний, що має позабюджетні джерела фінансування.

З точки зору науковців, під приватною системою охорони здоров'я варто розуміти сукупність об'єктів охорони здоров'я, що здійснюють приватну медичну діяльність. А під приватною медичною діяльністю – діяльність із надання медичної допомоги, що здійснюється суб'єктами приватної системи охорони здоров'я. Приватні медичні організації – це комерційні та некомерційні організації, майно яких перебуває в приватній та інших, окрім державної, формах власності. У статутах таких організацій зазначено, що медична діяльність є для них основною.

Ми погоджуємось із висновками вченого М. М. Шутова про те, що державне управління охороною здоров'я повинно бути наближене до населення з передачею частин своїх повноважень регіонами. Але узгодження між попитом населення на медичну допомогу і пропозиціями охорони здоров'я повинно відбуватися централізовано. Іншими словами, для організації ринкових механізмів у системі регіональної охорони здоров'я необхідно створення ринку громадського здоров'я на державному рівні [55].

Тому, у зв'язку із розвитком ринкових механізмів, з однієї сторони та обмеженого бюджетного фінансування охорони здоров'я – з іншої, виникає

приватна підприємницька діяльність у галузі надання медичних послуг населенню. В результаті, утворення підприємницької діяльності призвело до формування медичних центрів, асоціацій, фірм, кабінетів, які базуються на приватній власності [51].

На сьогодні в Україні створені сприятливі умови для розвитку приватного сектора у сфері охорони здоров'я та виокремлення основ справедливої конкуренції між медичними закладами. Необхідно звернути увагу на те, що вітчизняна приватна медицина, що налічує біля 50 тис. закладів, у тому числі з приватною практикою, все більше намагається закріпитися в нових умовах на ринку медичних послуг України. У галузевій структурі ринку приватних медичних послуг поступово збільшується частка лікарень і діагностичних центрів.

Порівняльний аналіз структури ринку приватних медичних послуг показує, що частка лікарень у структурі ринку приватних медичних послуг у 2018 р. збільшилась на 5,4% в порівнянні з 2016 р. і становила 27,4%. Частка діагностичних центрів також збільшилась на 6,1% і склала у 2018 р. 23,1%. По таким групам, як: стоматологія, репродуктивна медицина, та онкологія відбувається щорічне скорочення закладів.

Так, якщо до недавнього часу 70% приватних установ мали штат до 20 співробітників, то сьогодні все більше з'являється багатофункціональних великих клінік і медцентрів. Це свідчить про підвищення обсягу інвестицій в цю сферу бізнесу. Суттєве зростання приватної медицини відбулося у столиці та найбільш урбанізованих регіонах України.

Американським комітетом з питань якості в охороні здоров'я з метою вироблення стратегій підвищення якості медичного обслуговування в XXI ст. запропоновано рекомендації, які показано на рис. 1.3. [50], які можуть бути корисними для лікарів як приватних так і державних медичних закладів України.



Рис. 1.3. Правила для систем охорони здоров'я XXI ст.

За результатами дослідження агентства «Кредит-Рейтинг», виявлено такі основні проблеми, а також стримуючі фактори розвитку ринку приватної медицини в Україні [52]:

1. Негативний вплив на галузь фінансово-економічної кризи. До початку економічної кризи, відбувалося стабільне щорічне зростання (25-30%) ринку приватної медицини в Україні. Даний показник найбільш чутливий до зміни купівельної спроможності, а також рівня реальних доходів населення. Багатьма підприємствами було вирішено скоротити витрати на соціальні програми персоналу, що призвело до зменшення страхових надходжень і, як наслідок, зниження обсягів послуг, наданих приватними медичними клініками. Після

стабілізації економічної ситуації в Україні, активізації програм кредитування підприємств комерційними банками, рейтингове агентство очікує позитивної динаміки розвитку ринку приватних медичних послуг.

2. Відсутність юридичного оформлення державного регулювання розвитку приватної медицини та необхідної нормативно-правової бази для функціонування й адаптації до вимог світових стандартів із надання приватних медичних послуг; наявність ускладненої системи акредитації й одержання дозвільної документації для приватних медичних установ.

З метою подальшого ефективного функціонування системи охорони здоров'я України та розвитку ринку приватних медичних послуг необхідно:

– створення на мезоекономічному та мікроекономічному рівнях регулювання ринку медичних послуг фондів ендаументу (цільового капіталу), що дозволить підвищити доступність медичних послуг, особливо в рамках високотехнологічної медичної допомоги для населення з низьким і середнім рівнем доходу. В європейських країнах цей фінансовий інструмент реалізовується досить ефективно, практично у всіх галузях соціальної сфери. Особливо поширені ендаумент-фонди в галузі освіти і культури. У західній науковій літературі ендаумент – це вклад або внесок, що перераховується на користь некомерційної організації на чітко визначених умовах. Таким цільовим внеском можуть бути пожертвування, або спеціально зібраний цільовий внесок, що може доповнюватися і власними засобами медичної організації. Особливістю ендаументу є те, що формується він протягом довгих років і використовується тільки за цільовим призначенням;

– надання пільгових кредитів медичним установам, які здійснюють свою діяльність із використанням високотехнологічного обладнання, а також надання науковим і науково-дослідним колективам, створеним на базі медичного закладу, грантів на розроблення нових методик лікування особливо небезпечних захворювань;

– зниження масштабності державних лікувальних установ і створення

умов для приватного сектора для розвитку мережі закладів, які були активно включені до в системи обов'язкового і добровільного медичного страхування. Розгляд можливості акціонування і приватизації муніципальних медичних установ із наданням їм пільгових кредитів на 3-5 років;

– необхідність поєднання державного регулювання і саморегулювання ринку медичних послуг. Державне регулювання ринку медичних послуг здійснюється за допомогою методів та інструментів регулювання на трьох рівнях управління. Саморегулювання має здійснюватися за допомогою створення саморегулювальних організацій, яким у подальшому можна буде делегувати деякі державні функції.

Для розвитку конкурентного середовища на ринку медичних послуг органам державної влади було б доцільно провести комплексне оцінювання діяльності лікувально-профілактичних установ, за результатами якого можна було б визначити перелік медичних закладів, які могли б забезпечувати гарантії держави при наданні медичних послуг. Система державних гарантій повинна охоплювати медичні установи різних форм власності, що дозволить підвищити доступність і якість медичних послуг.

Таким чином, сьогодні, одним із найголовніших завдань в умовах обмежених фінансових ресурсів є ефективне використання наявних ресурсів. Окрім того, враховуючи тривалу відсутність системних змін в національній системі охорони здоров'я та медичного обслуговування актуалізується потреба провадити заходи в рамках медичної реформи одночасно. Наприклад, це стосується питань, пов'язаних із заходами з профілактики інфекційних захворювань, покращення санітарно-епідеміологічного контролю медичних закладів, невідкладної екстреної медичної допомоги тощо.

Одним із головних завдань ДП «Медичні закупівлі України» є забезпечення прямої участі компаній-нерезидентів у закупівлях лікарських препаратів, що призведе до зростання конкуренції на національному ринку,

провадження стратегій довгострокового планування закупівель, розширення доступу пацієнтів до нових методів лікування тощо.

Сьогодні держава переходить на фінансову модель, спрямовану на максимально ефективне використання наявних коштів, залучення додаткового фінансування законними методами, обминаючи неформальні платежі. При цьому, державні агенції охорони здоров'я мають досить інтенсивно працювати з органами місцевої влади, з метою забезпечення рівня відповідальності в регіоні, зокрема за систему медичного обслуговування.

Можливість розвитку ринку приватних послуг критично залежить від утворення певних фінансових інструментів регулювання, реструктурування державного сектору з урахуванням функціонального навантаження, поширення інституції саморегулювання.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ТА ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

2.1. Практична реалізація впровадження реформ системи охорони здоров'я України в умовах сучасних викликів

Ситуація, яка склалася у національній системі охорони здоров'я не відповідає сучасним викликам, особливо в контексті пандемії COVID-19. На поверхні нерівність у доступі до медичної допомоги, актуальною залишається проблема якості медичного обслуговування населення, вкрай низька середня очікувана тривалість життя (відносно розвинутих країн світу). Така ситуація потребує негайного та кардинального реформування всієї галузі.

Необхідність розробки нових, дієвих стратегічних орієнтирів формує підґрунтя для розробки сучасної політики щодо прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи вирішення питання розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Метою нової стратегії має стати визначення ключових проблем системи управління охороною здоров'я, пошук потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної ефективної політики у цій галузі, включаючи незворотність трансформаційних процесів та впровадження нових фінансово-економічних механізмів, із метою забезпечення прав людини на якісне медичне обслуговування у сфері охорони здоров'я [23].

Інтенсивний рівень глобалізації, окрім позитивних наслідків несе в собі і небезпеку, а саме рівень захворюваності і смертності від різних хвороб та поширення соціально небезпечних інфекційних захворювань, основною причиною яких є відкритість кордонів та міграція населення, і власне це викликає стурбованість світового співтовариства через масштаби та швидкість їх поширення в суспільстві. Такі процеси загрожують не лише національній безпеці кожної окремої країни, а й розвитку людства в цілому. А отже,

забезпечення конкурентоспроможності національної медицини, адаптивний розвиток системи охорони здоров'я в цілому набувають актуальності [45].

Катастрофічні проблеми сучасного стану національної системи охорони здоров'я, обумовленні відсутністю дієвої стратегії комплексної модернізації, інноваційного розвитку, ігноруванням елементарних потреб населення, сучасних світових тенденцій та високим рівнем корупції спонукають суспільство до пошуку нових форм та методів ефективної роботи системи.

В сучасних умовах глобалізації, під впливом нових викликів, які постали перед суспільством (всесвітня пандемія (COVID-19 тощо), неодмінно виникає розуміння, що найголовнішою цінністю людини є її здоров'я, як основа багатства нації загалом та добробуту окремого індивідуума зокрема. Відомий факт, що від стану здоров'я населення залежать не тільки стан окремої людини, але й економічні та соціальні складові розвитку національного господарства в цілому. А отже, нагальним постає питання якнайшвидшого реформування системи управління охорони здоров'я в Україні в контексті слідування світовим тенденціям та трендам.

1. Сьогодні українську систему охорони здоров'я можна означити такими негативними рисами, як [40]:

- суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності: так, за даними статистичної звітності, у 2017 р. різниця середньої тривалості життя в Україні та країнах ЄС складала – 71,7 та 81,9 відповідно, що складає майже десять років різниці;
- через скрутну економічну ситуацію низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяє в повній мірі забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та практично залишає пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів;
- застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування, що призводила до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із закупівлями, освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням

медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг.

Крім того, важливою причиною неадекватного розвитку національної медичної системи сучасним викликам є – накопиченні фундаментальні недоліки в системі охорони здоров'я, набуті попередниками. Таким чином, маючи в наявності величезну кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не в стані забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації. Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене жалюгідним та архаїчним станом закладів охорони здоров'я. У державному та комунальному управлінні перебуває понад 2,2 тисячі лікарень та більше 400 тисяч лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами ЄС. Разом з тим понад 75% згаданих ліжок мають надзвичайно низький потенціал до надання медичних послуг, оскільки розташовані переважно в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування [26].

Варто зазначити, що на сьогоднішній день загальні видатки на охорону здоров'я зросли в реальному вираженні на душу населення на 20% за період з 2015 р. до 2020 р., але це збільшення химерне та частково пояснюється зниженням загальної чисельності населення України на 2,9% за аналізований період та відбувається цей процес значно повільніше, ніж економічне зростання. Основні показники та тенденції фінансування охорони здоров'я України за період 2015-2020 рр. наведено у табл. 2.1. [26].

Разом з тим, необхідно відзначити, що консолідовані видатки на систему охорони здоров'я у відсотках від ВВП, за період, що аналізується, значно скоротилися з 3,6% до 3,0%, тобто майже на 15%, що свідчить про те, що державні видатки на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка в цілому.

Таблиця 2.1

**Основні показники та тенденції фінансування охорони здоров'я
України, 2015-2021 рр.**

Показники	2015 р.	2017 р.	2019 р.	2020 р.	2021р.	Відношення, %	
						2020 р. до 2015 р.	2020 р. до 2021 р.
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн)	1 657	1850	1 959	1 988	1 848	120,2	91,6
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)	71,0	78,6	82,3	83,2	77,0	117,1	91,2
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3,6	3,4	3,2	3,0	3,0	85,2	100
Чисельність населення (млн)	42,8	42,5	42,0	41,8	–	98,6	–
Економічне зростання (зміна реального ВВП у %)	-9,8	2,5	3,2	3,7	–	–	–
Консолідовані видатки (% ВВП)	34,2	35,4	34,5	32,9	–	96,3	–
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10,4	9,7	9,4	9,2	–	88,5	–

Власне, якщо така тенденція збережеться в майбутньому, залишаючись на рівні 3%, то очікується, що реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення зменшаться на 8,4%, що є катастрофічно для медичної галузі [32].

У порівнянні із середнім показником країн-членів Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), Україна виділяє значно меншу частку бюджету на охорону здоров'я, але значно більшу частку – на безпеку та судову владу, а також на соціальний захист і освіту. Функціональний склад загальних бюджетних видатків України суттєво відрізняється від середнього показника в країнах ОЕСР, як показано рис. 2.1. [32]. Найбільша розбіжність спостерігається у частці видатків на охорону здоров'я, що не входить до першої п'ятірки функціональних пріоритетів. Частка загальних бюджетних видатків, виділених на охорону здоров'я в Україні, майже на 5% нижча, ніж у країнах ОЕСР.

У квітні 2020 р. були внесені зміни до Закону Про Державний бюджет, щоб включити дефіцит доходів та нове навантаження на витратні статті у зв'язку з COVID-19, дані наведені у табл. 2.2 [32].

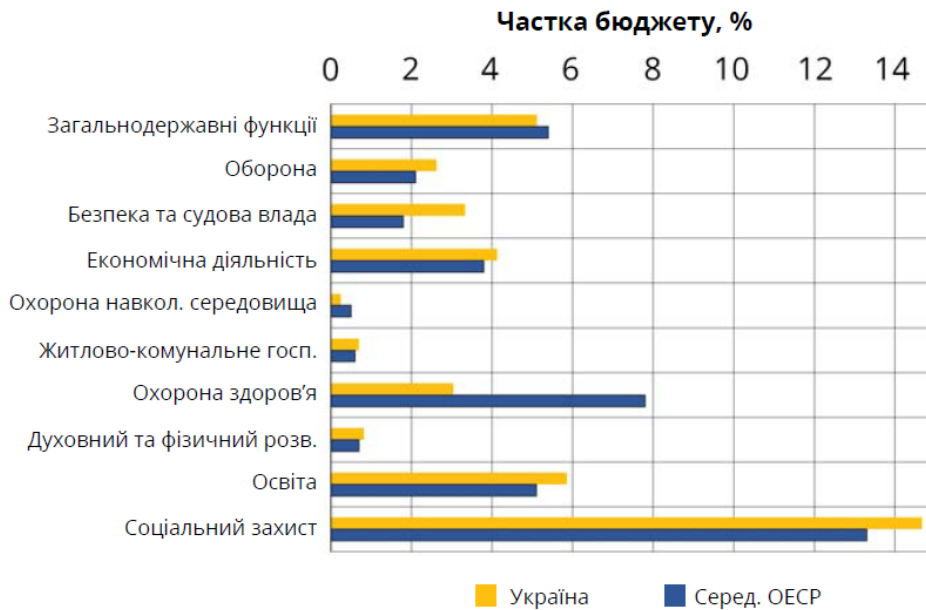


Рис. 2.1. Функціональний склад загальних державних видатків. Середні показники в Україні та країнах ОЕСР (2020 р.)

Уряд забезпечує близько половини нових потреб у фінансуванні за рахунок додаткових іноземних позик, а решту буде позичено на внутрішньому ринку (при зростанні державного боргу до 59,9% ВВП).

Таблиця 2.2

Зміни до Закону Про Державний бюджет на 2020 р., пов'язані з пандемією COVID-19 (квітень 2020 р.)

	Тисяч гривень				% від ВВП		
	Початковий	Змінений	Різниця (тисяч гривень)	Різниця (%)	Початковий	Змінений	Різниця
Доходи	1 095 580 446	975 833 650	-119 746 796	-10,9	27,5	24,5	-3
Витрати	1 199 231 214	1 281 624 506	82 393 292	6,9	30,1	32,2	2,1
Позичання	-7 375 047	-7 386 547	-11,500	0,2	-0,2	-0,2	0
Дефіцит	96 275 720	298 404 308	202 128 588	209,9	2,4	7,5	5,1

Збільшення видатків на охорону здоров'я у 2020 р. в рамках реагування на пандемію COVID-19 підтримує відновлення, але терміни та масштаби цього ефекту важко підрахувати. Очікується, що значна частина нових видатків, затверджених у вигляді змін до державного бюджету у квітні 2020 р., буде

спрямована на охорону здоров'я. Це включає в себе збільшення асигнувань на Національну службу здоров'я України (НСЗУ) (15,8 млрд. грн. або близько 0,4% ВВП) та потенційно істотну статтю видатків у вигляді нового Фонду боротьби з COVID-19 (64,7 млрд. грн. або 1,6% ВВП), що, як очікується, забезпечить додаткові витрати на медичну допомогу, а також додаткові заходи із соціального захисту. Ці інвестиції допоможуть зміцнити впевненість, простимулювати споживання за рахунок посилення фінансового захисту та мінімізувати вплив епідемії на здоров'я зайнятого населення в Україні. Проте, макрофіскальна вигода від цих додаткових видатків і її можливий часовий ефект не можуть бути визначені кількісно без додаткових досліджень.

Основним складовим елементом забезпечення здоров'я людини є створення механізму ефективної діяльності закладів охорони здоров'я, згідно сучасних вимог сьогодення.

Стратегія в галузі охорони здоров'я – це визначення курсу, напрям дій органів державної влади для вирішення проблем, цілей, завдань системи охорони здоров'я. Можемо стверджувати, що нормальне функціонування сфери охорони здоров'я України в умовах впливу зовнішніх чинників має передбачати розробку відповідної соціально-етичної, збалансованої маркетингової стратегії управління медичною галуззю. Саме втілення оптимальної стратегії дасть можливість в майбутньому для досконалого залучення потенційних споживачів, які формують попит на ринку медичних послуг.

Сучасна політика у сфері охорони здоров'я, враховуючи нові глобальні виклики має бути спрямована на підвищення рівня здоров'я населення, поліпшення якості життя і збереження генофонду української нації. Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних та галузевих заходів, і саме вони мають стати фундаментом сучасної стратегії розвитку охорони здоров'я. Побудова цієї стратегії розвитку має бути покладена в основу науково-теоретичних та прикладних стратегічних досліджень, які б гармонійно забезпечували б інтегральний системний підхід до аналізу процесів, що

відбуваються в системі охорони здоров'я, та побудованих на цих методологічних засадах практичних (прикладних) рекомендацій.

Тривалі та всебічні дослідження у сфері організації та управління системи охорони здоров'я спонукають до висновку щодо невідкладності втілення комплексу заходів, спрямованих, перш за все, на поліпшення стану здоров'я населення, шляхом ефективного та професійного лікування людей, запобігання розвитку соціально небезпечних захворювань тощо. Такі стратегічні орієнтири мають включати наступні кроки:

- забезпечення дієвих інструментів та механізмів інвестиційної привабливості національної системи охорони здоров'я. З цією метою рекомендується: надання високого пріоритету здоров'я в системі соціальних цінностей суспільства; впровадження системи стимулювання інвестиційної активності роботодавців щодо поліпшення стану здоров'я робітників зокрема і, як наслідок населення загалом;

- розробка державної програми із створення правових і економічних умов для надання населенню медичних послуг, асортимент, якість й обсяги яких відповідатимуть реальному рівню захворюваності й запитам населення, сучасному рівню медичної науки й інноваційним технологічним реаліям. Загалом, досягнення цієї мети лежить у площині дотримання наступних заходів: перш за все це впровадження дієвих механізмів координації та консолідації діяльності всіх складових системи управління охороною здоров'я; переформатування системи фінансування охорони здоров'я; перереєстрація та за необхідності реструктуризація всієї мережі лікувально-профілактичних установ країни з метою їх оптимізації; якісне удосконалювання правових, економічних та організаційних механізмів функціонування суб'єктів медичної сфери; розробка та втілення ефективної системи державних гарантій лікарського забезпечення населення; розвиток інноваційної складової з метою поліпшення якості та ефективності наданих медичних послуг;

- безперешкодне забезпечення реальної доступності медичної допомоги для всіх верст населення. Досягти цієї мети можливо за допомогою дотримання

наступних принципів: збалансування державних гарантій щодо забезпечення населення медичною допомогою з фінансовими можливостями держави; забезпеченням прозорості та дієвої системи фінансування охорони здоров'я; впровадження ефективного механізму та інструментарію планування та оплати медичної допомоги, що стимулюватиме до підвищення ефективності використання наявних ресурсів спрямованих на охорону здоров'я;

– вдосконалення функціонального якісного стану системи охорони здоров'я шляхом створення умов щодо інноваційного розвитку та комплексної модернізації матеріально-технічної бази галузі. Досягнення цієї мети можливе за умови: розробки та впровадження процедури ефективного стратегічного планування забезпечення сучасним устаткуванням; узгодження планів оснащення лікувально-профілактичних закладів всіх форм власності (державних і муніципальних) з організаційною схемою надання медичної допомоги тощо;

– впровадження системи заходів та механізмів запобігання захворюванням населення, де рекомендується: активізація заходів широкої та всебічної профілактики захворювань (особливо професійного характеру); розробка та створення економічних, правових та екологічних умов для нівелювання техногенних впливів на стан здоров'я людини і суспільства загалом; втілення механізмів та техніко-технологічних передумов запобігання або компенсації негативного впливу природного середовища на стан здоров'я населення.

Досягнення цієї мети можливо перш за все за можливості створення конкурентоспроможної системи охорони здоров'я, з гармонійним поєднанням всіх її складових.

Проблеми забезпечення конкурентоспроможності галузі охорони здоров'я на національному рівні практично не розглядалися вітчизняними науковцями. Більше того, цією проблемою не особливо переймалися і відповідні державні органи. Національна медична галузь опинилася у вкрай скрутному становищі. Причиною цього стала існуюча впродовж тривалого часу застаріла модель фінансування медицини, яка власне передбачала спрямування бюджетних

коштів на утримання медичної інфраструктури (без належного контролю цільового використання коштів), а не на відшкодування фінансових ризиків громадян у разі хвороби.

З метою покращення конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я, гостро постає питання реформування цієї галузі, де серед основних напрямів має стати: створення нової сучасної моделі фінансування національної системи охорони здоров'я, яка має передбачати чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів.

Наступним етапом має стати зобов'язання держави взяти на себе обов'язок з надання визначеного обсягу медичних послуг. Громадяни мають знати, що конкретно вони можуть отримати безоплатно, а за що необхідно сплатити – скільки, як саме і за яких умов (офіційна, проста і зрозуміла система спів-оплати). Медичні послуги в рамках гарантованого пакету мають надавати постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника в межах всієї країни.

Держава має відмовитися від не ефективного утримання всієї інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування. Вона поступово переходить до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам, що є більш ефективним та сприятиме підвищенню конкурентоспроможності галузі загалом. Все це слугуватиме стимулюванню медичних закладів безперервно підвищувати якість власної діяльності та ставати ефективними. Зростатиме якість та поліпшуватимуться умови надання послуг, що неодмінно призведе до зростання доходів медичних працівників.

Необхідно чітко та обґрунтовано розділити функції держави та громад в охороні здоров'я, з метою зникнення дублювання їх ролей та повноважень. Вкрай важлива максимальна децентралізація управління медичними закладами з метою більш ефективного їх використання.

Таким чином, маємо зазначити, що забезпечення конкурентоспроможності медичної галузі в Україні вимагає розробки та впровадження відповідних моделей їх об'єктивної та стандартизованої оцінки та відбору, з врахуванням показників ризику та ефективності у відповідності з глобалізаційними викликами.

Криза COVID-19, що завдала нищівного удару по економікам практично всіх країн світу, торкнулася і найбільш вразливих точок України, а саме – сфери охорони здоров'я. Тому уряду потрібно знову консолідуватися до коригування макро-фіскальних показників, щойно глобальна економіка почне стабілізуватися, що вірогідно включатиме фіскальну трансформацію. А отже, враховуючи нові реалії, надзвичайно важливим є виваженість реформування існуючої системи управління медичної галузі, тому передбачені нею стратегічні зміни мають здійснюватися поступово. Послідовність та передбачуваність є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту спеціалістів та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної трансформації, а також для розбудови та запровадження інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення, з метою запобігання соціальної напруги.

2.2. Основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах

В країнах Європи і в Україні зокрема до недавнього часу майже всі послуги системи охорони здоров'я надавали державні заклади відповідно до принципу безоплатного універсального права на такі послуги та на основі концепції соціального страхування. Ця система фінансувалася за рахунок коштів централізованих медичних фондів та коштів державного бюджету.

Функціонування цієї системи мало багато недоліків: значне переважання попиту на медичну допомогу над пропозицією, оскільки можливість надання послуг та фінансові ресурси для їх забезпечення були обмеженими; фактична нерівність у доступності та якості медичних послуг для різних категорій населення; відсутність зв'язку між внесками на соціальне страхування та матеріальними вигодами.

Вивчення іноземного досвіду у реформуванні охорони здоров'я дасть можливість запропонувати ефективні шляхи перебудови медико-санітарної допомоги та механізми публічного управління трансформацією медичної галузі.

Фінансове забезпечення охорони здоров'я є механізмом, який включає процес формування, розподілу і використання фінансових ресурсів, спрямованих на підтримання повноцінного здоров'я людини.

Світова практика виробила три основні моделі фінансування медицини:

1. Бюджетна (державна) модель фінансування (модель Беверіджа), згідно з якою на державний сектор припадає переважна (більша) частина витрат щодо утримання установ охорони здоров'я. Така модель набула поширення у Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80% усіх видатків на охорону здоров'я.

2. Платна (приватна) модель фінансування, що створює елементи конкуренції на ринку лікувальних послуг. Найбільше платна медицина поширена в Японії та США, де понад 30% вартості медичних послуг фінансується безпосередньо пацієнтом, а кошти приватного страхування становлять 30–40% усіх видатків на охорону здоров'я. Головною проблемою платної медицини є її недоступність для малозабезпечених громадян. Нестача матеріального забезпечення в деяких випадках означає відсутність медичної допомоги і лише надію на безоплатну допомогу за рахунок благодійних фондів (наприклад, Червоного Хреста).

3. Страхова (змішана) модель фінансування (модель Бісмарка), що забезпечує підтримку сфери охорони здоров'я за рахунок трьох джерел: внесків

підприємницьких структур, працівників і держави, причому 10-20% вартості медичних послуг сплачується з особистих коштів громадян. Така система фінансування охорони здоров'я на страхових засадах дає змогу збільшити обсяг фінансування в 1,5–2 рази порівняно з бюджетною моделлю (використовується в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) [28].

Так, основою політики Нідерландів у системі охорони здоров'я є девіз: «Висока якість роботи при високих лабільності і контролі засобів, які затрачаються для її реалізації». У Нідерландах функціонує система сімейної медицини. Основними напрямками функціонування цієї системи є стійка національна система освіти, наявність стандартних планів до- і після-дипломної освіти, розвиток сімейної медицини як основної ланки медичної допомоги, розробка нормативної бази для сімейної медицини, збільшення функцій національної асоціації сімейних лікарів, посилення ролі недержавних організацій у пропаганді і розповсюдженні сімейної медицини. Медична допомога Нідерландів має превентивний характер. Перше місце в роботі сімейного лікаря посідає пропаганда здорового способу життя та профілактика захворювань. Оплата за послуги сімейного лікаря здійснюється через страхові компанії. Медичне страхування населення є обов'язковим і при доході до 32,6 тис. євро на рік становить 10% від загального доходу (базове страхування). У ці 10% входять: відвідування сімейного лікаря, надання невідкладної допомоги і госпіталізація. Лікування у стоматолога, фізіотерапевта й інших спеціалістів потребує додаткового страхування. Система охорони здоров'я Нідерландів не фінансує, а лише контролює роботу сімейної медицини. Всі фінансові операції проводять страхові компанії [47].

Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення.

З'ясувалося, що саме в цій країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, сучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення. Загальні витрати на здоров'я на душу населення у 2018 р. склали 4,965 дол. США, як показано на рис. 2.2. [30].

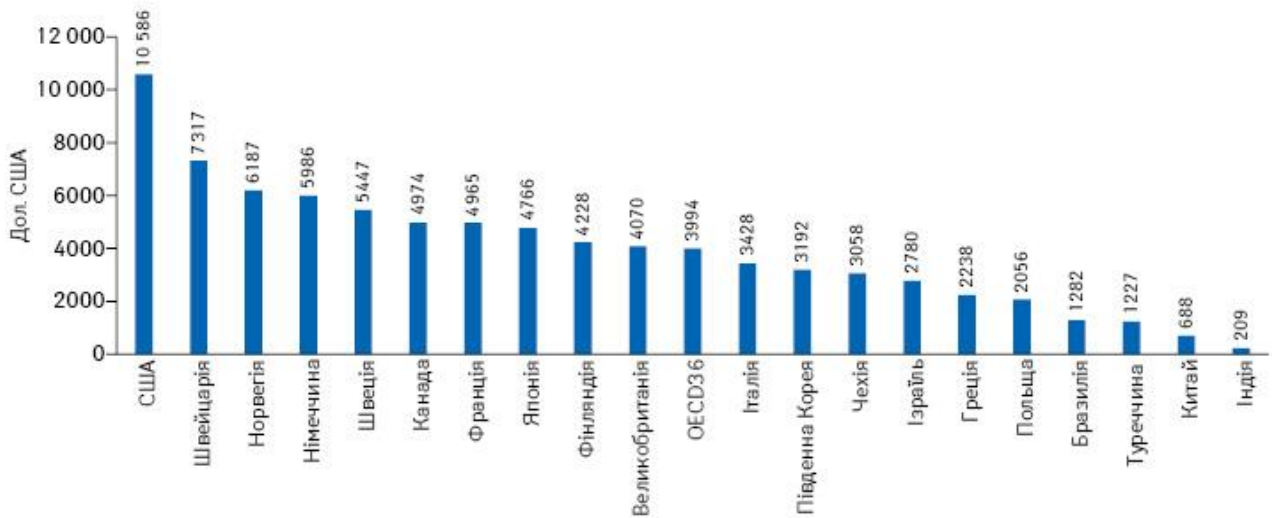


Рис. 2.2. Видатки на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення у деяких країнах та в середньому у 36 країнах OECD у 2018 р.

Як у більшості західних країн, медицина у Франції страхова. Оплата за обслуговування проводиться через так звані «каси», тобто страхові компанії. Згідно із законодавством, у Франції застраховано понад 80% населення. Основна відповідальність за планування в системі охорони здоров'я зосереджується на регіональному рівні і є предметом піклування не лише органів охорони здоров'я, а й територіальних органів державного управління [30].

Система охорони здоров'я у Франції значною мірою регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я в цілому, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, що фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. На місцевому рівні є 22 регіональних бюро з питань охорони здоров'я та соціальних справ (DRASS).

Загальний доступ до медичних послуг гарантується національною системою медичного страхування (НМС), яка є частиною системи обов'язкового соціального забезпечення. НМС, контрольоване Міністерством соціальних справ, покриває 99% населення країни. Страхування здійснюється через різні програми в залежності від професійної належності особи. Загальна програма покриває приблизно 80% населення, в основному це працівники торгівлі та промисловості, а також члени їх сімей. Решта населення застрахована через програми для робітників сільського господарства, незалежних професій та окремих груп працівників (наприклад, державних службовців, лікарів та студентів). Найбідніші верстви населення мають право отримувати медичну допомогу від різних благодійних організацій. Покриття НМС не є всеохоплюючим, в зв'язку з чим приблизно 87% населення є додатково добровільно застрахованими або через неприбуткові товариства взаємного страхування (Mutuelles), або через приватне страхування.

Розподіл коштів страхових фондів відбувається таким чином: 27% – на охорону здоров'я, 2% – на професійні захворювання, 8% – на безробіття, 44% – на пенсійні виплати і забезпечення людей похилого віку, 12% – на сім'ю. У касу страхового фонду, обсяг коштів якого становить 30% від загального національного продукту, надходять внески від роботодавців (62%), від працюючих (30%) і від податку на тютюн, алкоголь та від страхування автомобілів (9%).

Будь-яке звернення до медичної установи на 20% сплачується пацієнтом і на 80% – страховою касою. Страхові каси відшкодовують витрати на медичні препарати в розмірі, який залежить від прописаних ліків.

Інсулін та життєво необхідні препарати оплачуються касою повністю, більшість ліків – на 70%, а вітаміни та харчові добавки не відшкодовуються взагалі. Система соціального захисту більше сприяє соціальній та медичній опіці осіб віком від 18 до 65 років, тоді як пенсіонери та іноземці є найгірше соціально захищеними. Іноземці, що приїхали до Франції як туристи, дістають медичну допомогу за рахунок страхових кас. Ті люди, які приїхали на запрошення

приватних осіб, урядових установ чи на стажування, можуть розраховувати на компенсацію витрат на медичну допомогу з боку особи – запрошувача чи уряду Франції, у випадку урядового запрошення. Якщо ж громадянин іншої країни перебуває у Франції нелегально, його витрати на лікування оплачує мерія того міста, в якому була надана медична допомога. Система охорони здоров'я Франції перебуває під безпосереднім контролем держави. Контролюючою особою виступає Державний секретар з охорони здоров'я, який слідкує за діяльністю дирекції з охорони здоров'я, дирекції шпиталів та дирекції соціального страхування. Дві третини лікарень у країні – державні, третина – приватні. Останні найчастіше виступають акціонерними товариствами, де акціонерами є працівники лікарні. Державні шпиталі призначені для надання цілодобової невідкладної висококваліфікованої медичної допомоги всім прошаркам населення. Оплата за послуги забезпечується страховими касами та визначається актом про виконані маніпуляції чи процедури або тривалістю перебування на стаціонарному лікуванні. У зв'язку зі старінням населення, збільшенням кількості лікарів та появою нових ресурсоемних технологій видатки на медицину у Франції постійно зростають. Росте також споживання медичних послуг. У структурі медичного споживання 48,8% йдуть на стаціонарну допомогу, 28,6% – на амбулаторну допомогу, 18,4% – на медикаменти, 2,7% – на протези, 1,5% – на транспортування хворих. Кожен француз розуміє, що хвороба може призвести до втрати прибутків і матеріальних благ, отже старанно слідкує за станом свого здоров'я і не економить на профілактиці захворювань та засобах, які забезпечують здоровий спосіб життя [13].

Загальна програма страхування фінансується шляхом збору податків з роботодавців та працівників – 12,8% видатків на заробітну плату з роботодавця та 0,75% з працівника. На даний час НМС покриває 74% всіх витрат на охорону здоров'я. Останнім часом ця цифра зменшується. Спільні товариства покривають приблизно 7%, а приватні страховики – 5% витрат на охорону здоров'я. Менш ніж 3% надходить зі зборів загальних податків, а решта (понад 13%) – за рахунок співоплати зі сторони пацієнта. НМС відіграє основну роль у

встановленні рівня оплати послуг приватних лікарів та приватних лікарень. Уряд визначає рівень фінансування державних лікарень.

Для фінансування нової Програми загального медичного страхування створено фонд, який забезпечує додаткове покриття. Він фінансується державними субсидіями – медичними субсидіями, які раніше надавались регіону, – та 1,75% страховим внеском, що сплачується Mutuelles, закладами і страховими компаніями від суми їх глобального медичного портфеля. Цей фонд перераховує організаціям соціального забезпечення грошову суму, яка дорівнює витратам, понесеним згідно з Програмою загального медичного страхування.

Фонд також перераховує Mutuelles, закладам та страховим компаніям фіксовану суму на одного реципієнта страхової допомоги загального медичного страхування.

Система охорони здоров'я Франції є однією із найбільш дорогих в Європі. Було здійснено низку політичних ініціатив з метою стримування витрат, в основному, шляхом збільшення надходжень та зменшення видатків. Однак досягти довготривалої стабілізації витрат не вдалося. У той же час, для охоплення страхуванням всіх прошарків населення запроваджене «загальне медичне страхування», яке краще охоплює найменш заможні верстви населення.

Подібним шляхом у реформуванні системи охорони здоров'я рухається Австрія. Міністерство охорони здоров'я Австрії взяло курс на превентивну медицину, що закладено в основі прийнятого в 2005 р. акту про реформування охорони здоров'я. Наріжним каменем вказаного документа є диспансеризація. Диспансерні огляди фінансуються за рахунок державних страхових фондів і є безкоштовними для австрійців, які досягли вісімнадцятирічного віку.

Для контролю за проведенням профілактичних оглядів створені спеціальні служби, інтегровані в систему соціального забезпечення. Для надання медичним працівникам юридичної підтримки і адміністрування внутрішнього пенсійного фонду в Австрії створена Австрійська медична рада, яка представляє інтереси

медиків в уряді. Австрійська медицина перебуває на високому рівні, що підтверджують статистичні дані, які вказують на зростання середньої тривалості життя. У 2004 р. цей показник перевищив 76 років для чоловіків і 82 роки – для жінок. За прогнозами, вже у 2030 р. тривалість життя пересічного австрійця становитиме 80 років. З середини 1990-х років населення Австрії збільшилося на 500 тисяч, при загальній кількості мешканців 8,21 млн. Збільшення загальної тривалості життя в Австрії призвело до зростання відсотку населення зрілого та похилого віку. 22% австрійців є старшими за 60 років, за прогнозами, до 2030 р. цей показник зросте до 32%. У 2004 р. працездатне населення склало 62%, а в 2030 р., за прогнозами експертів, ця цифра становитиме 55%.

Реформуванням системи охорони здоров'я в Австрії займаються Міністерство охорони здоров'я і захисту прав жінок, провінційні і муніципальні ради, організації соціального страхування. На допомогу їм були створені Федеральне медичне управління і Провінційні медичні комітети.

Функціями Федерального медичного управління є планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині. У Федеральну медичну комісію, яка є центральним органом Федерального медичного управління, входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міських рад, благодійних організацій, комітетів із захисту прав пацієнтів і фондів соціального страхування. Провінційні медичні комітети, враховуючи економічні і регіональні потреби окремих провінцій, трансформують та запроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації, розроблені Федеральним медичним управлінням. В Австрії функціонує багатопрофільна система соціального страхування, яка передбачає надання допомоги населенню при нещасних випадках, у вигляді пенсійних виплат, проведенні необхідних медичних процедур та маніпуляцій при захворюванні, інвалідності, вагітності і народженні дитини, безробітті, смерті годувальника та настання старості. Всі організації, які надають страхові послуги

населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка співпрацює з федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється за рахунок внесків застрахованого населення, або роботодавців. Розмір страхових внесків визначається рівнем річних доходів, за умови, якщо сума останніх не перевищує певного рівня (3630 євро на місяць для службовців і 4235 євро – для фермерів і приватних підприємців).

Члени сім'ї застрахованого можуть отримувати медичну допомогу за його рахунок, навіть якщо вони не сплачують страхові внески самостійно.

Таким чином, 98% населення Австрії охоплені медичним соціальним страхуванням, яке покриває витрати на медичну допомогу, медикаменти, стаціонарне лікування, медсестринський догляд у домашніх стаціонарах, психотерапію і психологічну діагностику. Пацієнт може звернутися до будь-якого лікаря, який співпрацює з страховою організацією, що видала страховий поліс.

Всі медикаменти, що відповідають Економічним протоколам з використання медикаментів та медичного обладнання, можна отримати в будь-якій аптеці за рецептом за рахунок соціальних фондів. Страхівка надає кожному громадянину Австрії можливість лікуватися амбулаторно та стаціонарно без обмеженого часу перебування в клініці. 70% закладів стаціонарного типу припадає на шпиталі, які фінансуються за рахунок соціальних фондів. Є загальний і спеціальний типи оплати за стаціонарне лікування. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, решту часу перебування у клініці оплачують соціальні фонди. Спеціальні фінансові витрати на лікування частково покриваються державою з соціального бюджету, решту пацієнт зобов'язаний оплатити сам, або за допомогою додаткових медичних страховок.

Якщо пацієнт бажає покращити умови перебування у клініці, самостійно обирати лікаря, то він повинен зробити додаткові страхові вклади в комерційні компанії, які встановлюються залежно від стану здоров'я пацієнта, професійних та спадкових факторів. Такими послугами користується близько 30% населення

Австрії. В Австрії працювати в сфері охорони здоров'я дозволяється лише спеціалістам з медичною освітою.

Виготовлення, розповсюдження та використання фармацевтичних препаратів в Австрії суворо регламентовані законодавством, яке діє в рамках національної політики охорони здоров'я і захищає права споживачів. Існує ряд правил, що дозволяють контролювати обіг медикаментів на території держави. По-перше, лікарські препарати можна придбати лише за рецептом в аптеках (виняток становлять вітамінні препарати і трав'яні чаї). По-друге, існує ряд вимог до організації роботи аптек: відстань до найближчої аптеки не може бути менше 500 м, а кількість потенційних клієнтів – не менше 5500, послуги повинні надаватися цілодобово і без вихідних, аптека повинна володіти досвідченим персоналом, відповідними торговими приміщеннями і складами [42].

Серед країн з високою якістю медичного обслуговування слід виділити Німеччину. Майже кожен мешканець Німеччини має гарантований доступ до високоякісного комплексного медичного обслуговування та вибору лікарів. У Німеччині, як і в Австрії, існує система медичного страхування, яка базується на функціонуванні приватних страхових фондів та державного обов'язкового страхування. Останнє охоплює приблизно 89% населення, тоді як приватну страховку мають лише 9% німців. 2% населення або зовсім незастраховані, або підлягають особливим видам страхування. Уряд здійснює контроль відповідності дій лікувальних фондів до діючого законодавства, але не бере безпосередньої участі в організації медичної допомоги. Згідно даних Організації економічного співробітництва і розвитку, Німеччина витрачає на надання медичної допомоги в середньому 222 мільярди євро, що складає 11,2% ВВП (2019 р.) і ставить цю державу на друге місце за рівнем витрат на охорону здоров'я у Європі, та третє місце у світі, як показано на рис. 2.3. [56].

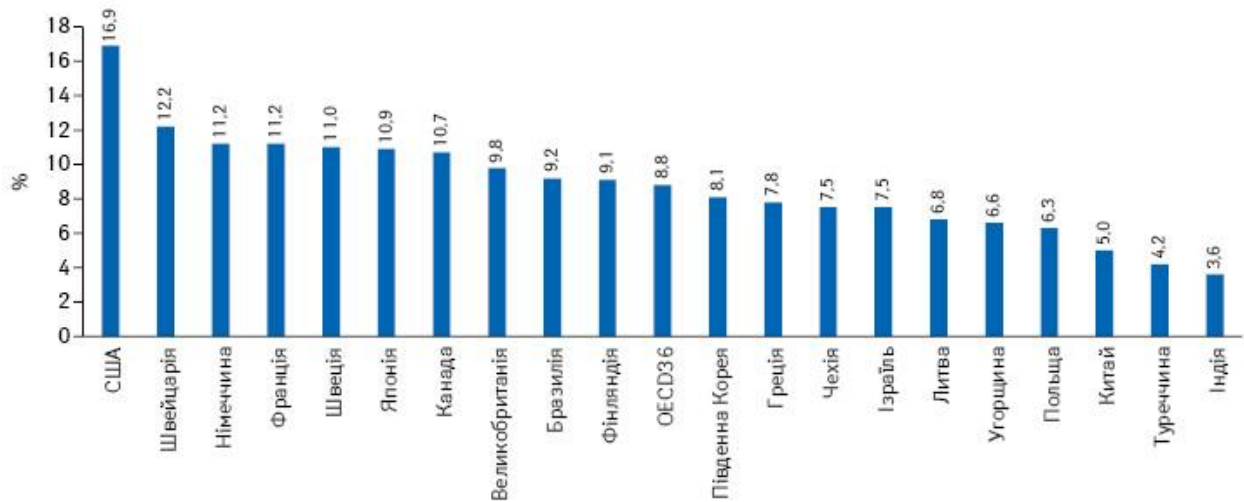


Рис. 2.3. Витрати на охорону здоров'я як частка ВВП у деяких країнах – членах OECD та в середньому у 36 країнах OECD у 2019 р.

Систему обов'язкового державного страхування складають численні фонди. Всі фонди можна розділити на категорії: локальні медичні страхові фонди, профспілкові фонди, галузеві фонди, фонди медичного страхування для працівників великих компаній, аграрні фонди, морський фонд медичного страхування, шахтарський фонд. Страхові внески працівників та роботодавців у фонди державного обов'язкового страхування становлять приблизно 13,3% від загального доходу. Державний еквівалент цих внесків розраховується як фіксована ставка від зарплатні і розділяється порівну між працівником та роботодавцем, крім 0,9% спеціальних внесків на стоматологічні послуги і оплату лікарняного, які з 2005 р. повинні оплачуватися лише фізичними особами.

Право на приватну медичну страховку мають приватні підприємці, державні службовці та особи з щорічним доходом більше 47250 євро. Біля 50 приватних страхових організацій пропонують своїм клієнтам ширший перелік послуг, які не входять до стандартного переліку державного обов'язкового страхування. Власники приватного страхового полісу мають можливість перебувати в індивідуальній або 2-місній палаті, консультуватися у кращих спеціалістів, отримувати додаткові внески за препарати. Однак, ця система має

ряд недоліків. Приватна страхова компанія визначає розмір страхових внесків залежно від ступеня ризику, віку, статі та стану здоров'я клієнта і має право відмовитися від надання послуг або радикально змінювати умови для осіб з відповідними демографічними даними. Ті особи, які перейшли на приватне медичне страхування, до кінця життя не можуть повернутися до державного страхування і зобов'язані сплачувати додаткові внески за дітей та дружин і оплачувати медичні послуги самотійно з відтермінованою компенсацією від страхового агента. Законодавство Німеччини зобов'язує страхові фонди державного та недержавного характеру здійснювати оплату за амбулаторне, стаціонарне та стоматологічне лікування. Пацієнти можуть самотійно вибрати сімейного лікаря чи звертатися безпосередньо до спеціаліста, проте вибір лікувально-профілактичного закладу узгоджується з представником фонду [41].

Не дивлячись на те, що система охорони здоров'я Німеччини вважається чи не найкращою у світі, вона має певні недоліки. Для їх усунення у 2004 р. був прийнятий Акт про модернізацію обов'язкового медичного страхування, який ввів нові критерії співоплати та заходи стримування росту вартості медичних та фармацевтичних послуг; стандартизував рівні співоплати в різних секторах охорони здоров'я; надав можливість лікарням, в окремих випадках, надавати амбулаторну допомогу; наголосив на значенні післядипломної освіти; стимулював створення Інституту якості та економічної ефективності системи охорони здоров'я [42].

Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги з 1948 р., коли вона була запроваджена. Це державна система, що фінансується в основному за рахунок податків. Послуги в межах НСОЗ всім верствам населення надаються безкоштовно, за винятком тих випадків, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування.

НСОЗ фінансується за рахунок системи загального оподаткування 95% та інших платежів 5% в рамках загального бюджету, який розробляється Міністерством і ухвалюється Парламентом. Обсяги додаткового приватного страхування збільшилися в 90-х роках, але їх частка складає лише деякий відсоток від загальних витрат.

Що стосується збільшення обсягу приватних послуг, то проведені дослідження свідчать, що основними причинами того, що населення підписується на медичне страхування, є зменшення часу очікування для отримання лікування, оскільки приватні послуги дають можливість планувати час лікування; приватна палата забезпечує більш спокійні умови для лікування і графік відвідування хворих є більш гнучким.

Для України є актуальним аналіз досвіду реформування організації й фінансування системи охорони здоров'я у США з метою збільшення присутності держави у даній сфері та забезпечення доступності якісних медичних послуг для переважної більшості населення. Щоб визначити відповідні виклики й уроки для вітчизняної системи охорони здоров'я, розглянемо основні засади функціонування американської системи.

США мають найдорожчу систему охорони здоров'я у світі, протягом декількох останніх десятиліть витрати на її утримання зростають високими темпами. У 2018 р. загальні витрати на охорону здоров'я в США оцінювалися на рівні більше ніж 10 тис. дол. США в перерахунку на душу населення. Ця сума витрат (скоригована на різну купівельну спроможність у різних країнах) була значно більшою, ніж в усіх інших країнах – членах ОЕСД.

Так, загальні витрати на охорону здоров'я збільшилися з 8,5% ВВП у 1979 р. до 17,4% ВВП у 2010-му, і до 16,9% у 2019 р., а на одну особу – підвищилися більш ніж у вісім разів, що частково зумовлене зростанням витрат держави на медичну допомогу за аналізований період. За прогнозами Центру медичного страхування США, якщо

не провести реформування, загальні витрати на охорону здоров'я в 2022 р. становитимуть 4638,4 млрд. дол. США, або 19,8% ВВП, а на одну особу – до 13 708,8 дол. США.

Наведені дані свідчать, що обсяги фінансування охорони здоров'я у США є найбільшими порівняно з іншими країнами світу – як у абсолютному вимірі, так і у відсотках до ВВП. Фінансування наукових досліджень у цій сфері здійснюється за рахунок державних і приватних джерел. Наприклад, лише в 2003 р. у Сполучених Штатах витрати на НДДКР у сфері охорони здоров'я становили 95 млрд. дол. США, у т. ч. 40 млрд. дол. США – державні витрати та 55 млрд. дол. США – приватні. Такі обсяги інвестицій у медичні дослідження роблять США лідером у сфері медичних інновацій. Зокрема, в 2006 р. ця країна отримала 75% загального обсягу доходів у світі від упровадження нових біотехнологій у сфері охорони здоров'я та здійснила 82% загального обсягу витрат у світі за визначеними напрямками.

Модель функціонування американської системи охорони здоров'я побудована на домінуванні в її фінансуванні приватного медичного страхування. У 2009 р. частка приватних витрат від загальних витрат на охорону здоров'я у США становила 51,4%, а приватного страхування від приватних витрат на ці потреби – 69,3%. Хоча в багатьох країнах практикується приватне медичне страхування, в більшості з них воно є лише додатковим джерелом фінансування обов'язкового соціального медичного страхування або бюджетної медицини.

Приватна форма фінансування охорони здоров'я характерна для США, де оплата медичних послуг здійснюється головним чином за рахунок населення. Близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на внесок більш ніж 10% сімейного доходу. Обсяг медичної допомоги за таких умов залежить від розміру внеску. Більшість американців страхується своїми роботодавцями або через такі організації, як професійні товариства чи об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже декілька десятиліть. Вона підтримується усередині штатів некомерційними

організаціями Синій Хрест і Синій Щит, які зобов'язані застрахувати всіх бажаючих. Але вони також можуть відстрочити виплату за лікування на два-три роки. Страхові внески можуть бути дуже високими. Існують також альтернативні системи страхування. Це приватні комерційні компанії та організації підтримки здоров'я. Вони більш перебірливі у виборі тих, кого страхують, і можуть відмовити у страхуванні особам із захворюваннями, лікування яких потребує значних витрат. Пропонуючи страхування відносно здоровим людям, вони призначають їм значно менші страхові внески, ніж Синій Хрест і Синій Щит, можуть обмежити вибір лікаря [30].

В більшості країн, які використовують переважно модель Бісмарка, витрати добровільного (приватного) медичного страхування становлять менше ніж 10% загальних витрат на охорону здоров'я, зокрема в Люксембурзі – 1,3%, Швейцарії – 9,1%, Республіці Кореї – 4,5%, Мексиці – 3,7%, Нідерландах – 6,2%, Німеччині – 9,2% [31].

Як показують результати досліджень, із кожного долара витрат на охорону здоров'я у США 31% спрямовується на фінансування стаціонарного лікування, 21% – на послуги лікаря та інші клінічні послуги, 10% становлять фармацевтичні витрати, 6% – витрати на будинки довічного догляду; 4% – стоматологічні витрати, 3% – витрати на фінансування державних заходів у сфері охорони здоров'я та ін. За дослідженнями інших науковців, близько третини витрат загального обсягу фінансування медичної галузі у США становлять адміністративні, що вдвічі перевищує відповідні витрати в Канаді.

Незважаючи на такі вагомні обсяги фінансування системи охорони здоров'я США, в ній є серйозні проблеми, які стали передумовою її реформування. За визначенням ВООЗ, Сполучені Штати – єдина розвинута країна у світі, де відсутня універсальна система охорони здоров'я, в рейтингу ефективності такої системи США посідають 37-ме місце. На думку окремих експертів ВООЗ, американська система охорони здоров'я не забезпечує еквівалентного доступу до медичної допомоги відповідно до обсягу витрат на її фінансування.

У Сполучених Штатах приватне медичне страхування – єдина форма страхового покриття для осіб, які не залучені до таких державних програм медичного страхування:

– програма державного медичного страхування літніх людей віком 65 років і старших – «Medicare»;

– програма державного медичного страхування малозабезпечених верств населення, рівень доходу для охоплення яким у різних штатах є неоднаковим – «Medicaid»;

– програма державного медичного страхування для військовослужбовців та окремих груп військових пенсіонерів – «Veterans Administration».

Частка населення, охопленого приватним медичним страхуванням, становить 64% загальної кількості застрахованих осіб, а державними програмами медичного страхування – близько третини. Слід зауважити, що відсоток населення, охопленого приватним медичним страхуванням, має стійку тенденцію до зниження з 2001 р. унаслідок істотного збільшення його вартості.

До недоліків американської приватної системи медичного страхування варто віднести те, що вона залишає значну частину населення без страхування здоров'я. Серед незастрахованих багато молоді, а також осіб, які працюють на малих підприємствах, і членів їх сімей. Іншою проблемою американської охорони здоров'я є різке подорожчання медичних послуг, яке призводить до того, що невеликі фірми не завжди можуть страхувати своїх працівників.

У березні 2010-го року Президент США Барак Обама підписав Закон про захист пацієнтів та доступне медичне забезпечення (Patient Protection and Affordable Care Act, який часто називають Obamacare). Згідно з цим законом, страхові компанії більше не зможуть відмовляти в отриманні нових страхових полісів пацієнтам з хронічними хворобами, зобов'язані пояснювати будь-яке підвищення страхових внесків, а також забезпечувати для жінок безкоштовні мамограми та протизаплідні засоби.

32 мільйони американців вперше в своєму житті можуть дозволити собі медичне страхування і близько 95% осіб, молодших за 65 років будуть мати медичні страховки. Ті, хто не має медичного страхового полісу, будуть платити штрафи. Ключовий елемент медичної реформи, яку ініціював президент США і яку на його честь називають *ObamaCare*, не вступив в силу у 2014 р., як було заплановано. З жовтня 2013 р. по червень 2014 р., за різними оцінками, число повнолітніх американців, що мають медичне страхування, зросла на 8-10 млн.

Республіканці виступають категорично проти цих реформ. Закон про доступне медичне забезпечення фактично зобов'язує людей купувати страхові поліси. На їхню думку, уряд надмірно втручається в економіку і в особисте життя людей. 12 травня 2016 р. республіканці одержали судову перемогу: федеральний суд постановив, що адміністрація Обами використовувала неправильні методи для фінансування субсидій малозабезпеченим в рамках реформи.

Отже, система фінансування й організації охорони здоров'я США має ряд серйозних недоліків. Це:

- обмеженість прямої участі держави в наданні послуг у сфері охорони здоров'я порівняно з іншими країнами ОЕСР лише окремими вразливими соціальними групами населення (малозабезпечені й літні люди);
- незастрахованість приблизно 50 млн. населення країни (причому їхня частка має стійку тенденцію до зростання); підвищення вартості медичних послуг і медичного страхування, що випереджає збільшення доходів; недоступність медичного обслуговування для найбільш вразливих людей;
- наявність у страхових компаній широких можливостей для дискримінаційних відмов (за станом здоров'я, статтю та матеріальним становищем) як до, так і після укладення страхового договору, включаючи відмову у виплатах;
- високі персональні ризики банкрутства окремих осіб через непередбачувані витрати на охорону здоров'я;

- швидке зростання вартості державних програм медичного страхування «Medicare» та «Medicaid», що критично збільшує дефіцит державного бюджету, а в довгостроковій перспективі стає головним чинником зростання державних витрат;
- висока вартість та монополізація ринку медичного страхування, яке надається роботодавцями, що обмежує мобільність трудових ресурсів;
- відсутність медичної допомоги для окремих верств населення через низький рівень доходів, унаслідок чого цим людям залишається сподіватися лише на безкоштовну медичну допомогу за рахунок благодійних фондів.

Приватне медичне страхування у Сполучених Штатах організоване переважно за групами працюючих громадян (групова оцінка ризиків), переважне право вибору страховиків належить роботодавцю. На практиці це означає, що наймані працівники мають у кращому разі дуже обмежені можливості вибору страхової компанії. У дослідженні експертів з Гарварду зазначалося, що відсутність медичної страховки є причиною 44 800 додаткових смертей щорічно.

У середині 1980-их на американському ринку приватного медичного страхування панувала система страхових гарантій: страховики платили постачальникам безпосередньо за послуги, практично відразу погоджуючись із визначеною ціною, кількістю та якістю. Витрати на лікарні й лікарів покривалися з розрахунку, що ціни є «звичайними й розумними».

До запровадження регульованої медицини система безпосередньої оплати за послуги в поєднанні з федеральними субсидіями призвела до «надмірного» страхування та до зростання витрат, яке в 2-3 рази перевищило збільшення споживчих цін. Нова система стримала зростання витрат, проте з 1997 р. воно знову посилювалося, причому премії збільшувалися вдвічі швидше, ніж споживчі ціни.

Отже, система регульованої медицини, що нині охоплює понад 80% працюючого населення, принесла тимчасове полегшення, але не змогла забезпечити стійкий контроль зростання витрат. Можливо, регульована

медицина не змогла стримати витрати на системному рівні в середньостроковій перспективі, оскільки регулюється на рівні окремих страховиків, тобто системні заходи не застосовуються.

Таким чином, незважаючи на нові методи регульованої медицини, система охорони здоров'я залишається фрагментарною, й діяльність окремих страховиків лише дуже незначною мірою впливає на сукупну ефективність її функціонування.

Е. Моссалос та А. Діксон визначили основні причини нерегульованості ринку приватного медичного страхування в США:

- попит, який не враховує видатків. За наявності третього учасника (страхувальника), котрий пасивно сплачує пільги й допомоги, ні постачальники, ні споживачі не мають стимулів до економії коштів;
- упереджений відбір ризиків як джерело прибутку. Страхувальники можуть накопичувати прибутки завдяки збільшенню числа модифікацій власного продукту та отриманню надприбутків;
- поділ ринку на частки мінімізує цінову конкуренцію. Значна кількість складних, різноманітних пакетів пільг та допомоги подрібнює ринок, ускладнюючи порівняння та практично унеможливаючи вибір на основі ціни;
- відсутність інформації про співвідношення результативності й вартості.
- оцінці результативності приділяється недостатня увага;
- кошти надаються переважно на окремі випадки лікування, а не на реалізацію комплексних (пакетних) угод;
- недостатньо широкий вибір для членів невеликих груп. Половина працюючого населення США входить до груп, чисельність яких менша ніж 100 осіб, при цьому планів страхування для них дуже мало;
- аномальні державні субсидії. Податкові «прогалини» вигідні заможним найманим працівникам: чим заможніший застрахований, тим більша субсидія. Субсидії краще спеціально направляти бідним, щоб зробити можливим їх постійне членство в планах страхування.

Зменшення унаслідок кризи обсягу ресурсів, доступних для системи охорони здоров'я, зміна умов і способу життя, споживчої поведінки, а також соціальних норм і цінностей впливають на показники здоров'я населення та підвищують ризик виникнення в людей фінансових проблем у зв'язку з необхідністю лікування. Кредитна криза фінансових інститутів завдала збитків здебільшого приватним інвесторам у сфері охорони здоров'я та суб'єктам ринку медичного страхування.

Борги, пов'язані з необхідністю оплати медичних послуг і ліків, є основною причиною особистих банкрутств у Сполучених Штатах. Причому в багатьох із тих, що стали банкрутами, була медична страховка, але вона не допомогла уникнути додаткових витрат за рахунок особистих коштів хворого.

Слід зазначити, що такий розвиток подій не пов'язаний тільки з фінансово-економічною кризою, адже й у 2001 р., протягом рецесії, витрати на медичні послуги були причиною половини банкрутств у США. Зазвичай за рік від різних форм медичного страхування через високу вартість відмовляється близько 20% застрахованих осіб, навіть у роки економічного зростання.

Зниження частоти виникнення фінансових проблем, пов'язаних із платежами за медичні послуги, є одним із ключових показників прогресу в напрямі поширення доступності медичної допомоги. Втім, практичне втілення заходів із реформування системи охорони здоров'я США, необхідних для виправлення існуючих недоліків, є процесом не менш складним, ніж упровадження схем державного медичного страхування.

Як уже зазначалося, у США існує істотна диференціація доступу до медичних послуг, а також фінансові, адміністративні й територіальні бар'єри в медичному страхуванні. За таких обставин закон 2010 р. про реформування системи охорони здоров'я США, що спрямований як на подолання окреслених проблем, так і на збільшення присутності держави в регулюванні даного сектору соціальної сфери, був прийнятий вчасно. Виконання положень цього закону призвело до найбільших змін і трансформацій у організації й фінансуванні

американської системи охорони здоров'я з часів упровадження в 1966 р. систем медично-гострахування «Medicare» і «Medicaid». Загальною метою нової реформи системи охорони здоров'я є забезпечення доступу до якісного медичного обслуговування всього населення країни. Реформа впливає на потенціал задоволення життєво важливих потреб практично всіх верств населення, але передусім працюючого. Крім цього, в результаті реформи збільшиться вплив держави на функціонування системи охорони здоров'я, були обмежені необґрунтовані надприбутки в цій сфері.

Основними положеннями закону з реформування системи охорони здоров'я є такі:

- національною системою медичного страхування, послуг лікарями; стандартизація страхових планів та їх супровід споживчими рейтингами й заходами з перевірки якості послуг; публічне обґрунтування підвищення страхових премій; розкриття платежів від виробників устаткування й медикаментів лікарями; проведення незалежних досліджень порівняльної ефективності терапії);

- такі заходи з реформування системи охорони здоров'я США посилюють державне регулювання приватного сектору галузі, сприяють упровадженню нових інструментів державного регулювання в цій сфері та створюють передумови для впровадження комплексної системи медичного страхування;

- поряд із цим треба зазначити, що реформа охорони здоров'я у США на старті передбачала запровадження загальнообов'язкового медичного страхування й типового державного страхового плану, а також можливість для осіб, молодших за 65 років, купити страховку в системі державного страхування для літніх. Невиконання цих аспектів реформ призведе до того, що близько 5% населення країни не матиме медичної страховки.

Загалом результатом реформування американської системи охорони здоров'я стане зменшення федерального дефіциту на 143 млрд. дол. США за

перших 10 років та на 1,2 трлн. дол. США за наступних 10 років. Програма реформи передбачає порівняльне збільшення витрат на охорону здоров'я в найближчих 10 років через розширення страхового покриття населення. Загальні вигоди та економія на витратах за період 2010-2019 рр., за оцінками Незалежного органу Конгресу США, що надає прогнози поведінки бюджету й бюджетну оцінку економічних політик, та Незалежного органу Конгресу США з податкових питань, включаючи прогнози зборів, будуть досягнуті за рахунок:

- запровадження додаткового податку в розмірі 0,9% на отримані доходи та 3,8% на інвестиційні прибутки багатих домогосподарств, які одержують понад 200 тис. дол. США на рік, – 210 млрд. дол. США;

- підвищення ефективності витрат на надання послуг та уповільнення темпів зростання вартості охорони здоров'я – 156 млрд. дол. США;

- скорочення пільг страховим компаніям за участь у програмі «Medicare» – 132 млрд. дол. США;

- створення добровільного місцевого мікростраховання на випадок тимчасової непрацездатності, а також економії на лікарняних місцях – 70 млрд. дол. США;

- підвищення ефективності та зниження витрат на надання частки страхування за програмою «Medicare» – 70 млрд. дол. США;

- уведення з 2011 р. щорічного податку на організації з медичного страхування, котрі діють на ринку довше за інші, – 60 млрд. дол. США;

- підвищення ефективності державних програм надання медичної допомоги вдома в межах «Medicare» – 40 млрд. дол. США;

- запровадження з 2018 р. 40-відсоткового акцизного податку на плани з високими страховими преміями – 32 млрд. дол. США;

- уведення з 2011 р. щорічного податку на виробників та імпортерів медикаментів, які функціонують на ринку найдовше, – 27 млрд. дол. США;

- запровадження з 2013 р. акцизного податку (2,9%) на виробників та імпортерів медичного устаткування – 20 млрд. дол. США.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що прийнята реформа у США є необхідним кроком на шляху підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я. Втім, у разі скорочення запланованих заходів реформи радикальні зміни у структурі американської системи охорони здоров'я не можливі. Водночас перелічені вище заходи є лише початковим етапом, який сам по собі не розв'язує проблему надмірних витрат на охорону здоров'я у США. Дебати стосовно доцільності як окремих заходів, так і реформи охорони здоров'я загалом тривають у судах різних штатів. Критики цих реформ вважають, що прийнятий план заходів призведе до посилення податкового тиску на бізнес, підвищення темпів інфляції та скорочення кількості робочих місць.

У сукупності державні схеми та обов'язкове медичне страхування є основними механізмами фінансування у всіх країнах OECD, як показано на рис. 2.4. [51].

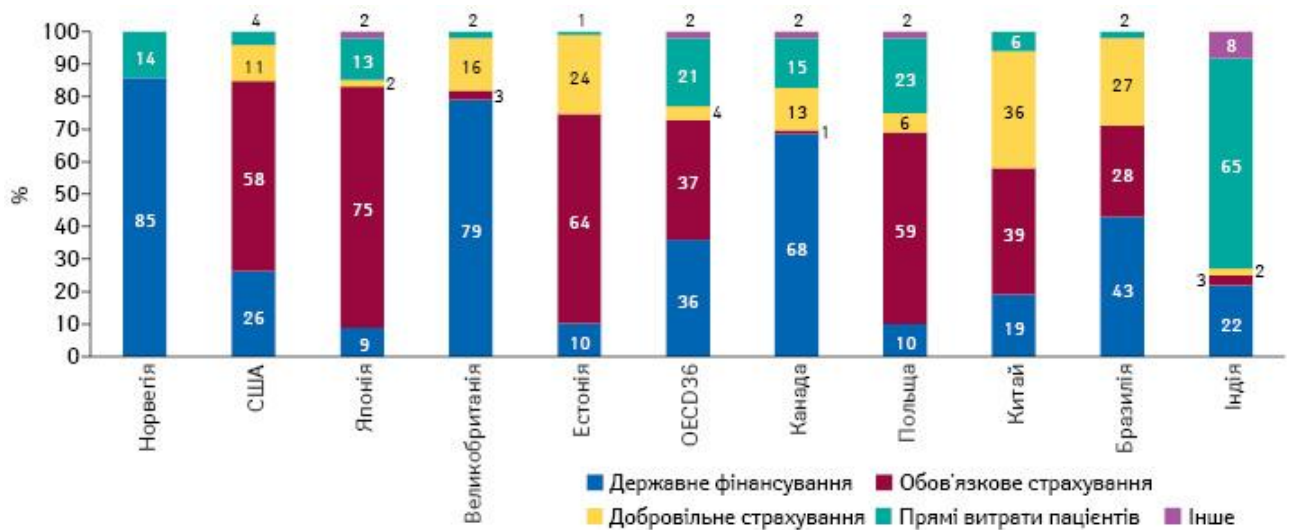


Рис. 2.4. Основні механізми фінансування у всіх країнах OECD

У середньому близько $\frac{3}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я в рамках OECD зараз покриваються цими типами обов'язкових схем фінансування. У Норвегії, Данії, Швеції та Великобританії на схеми центрального, регіонального чи місцевого самоврядування припадає близько 80% або більше всіх витрат на охорону здоров'я, а більшу частину решти становлять прямі виплати

пацієнтів. Обов'язкові схеми медичного страхування є домінуючим джерелом фінансування медичної допомоги в Німеччині, Японії, Франції, Люксембурзі та Нідерландах, вони, як правило, покривають приблизно $\frac{3}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я. Незважаючи на те що Німеччина та Японія покладаються на систему соціального медичного страхування, Франція доповнює покриття медичного страхування системою різних приватних медичних програм страхування, які стали обов'язковими за певних умов працевлаштування у 2018 р.

У США федеральні та державні програми, такі як Medicaid, становлять близько $\frac{1}{4}$ всіх витрат на охорону здоров'я. Ще 22% покриваються схемами соціального медичного страхування (наприклад Medicare). Приватне медичне страхування, яке з моменту введення закону про доступну допомогу (Affordable Care Act) у 2014 р. вважається обов'язковим через існуючий індивідуальний мандат для фізичних осіб купувати медичне страхування або сплачувати штрафи, фінансує більше третини загальних витрат на охорону здоров'я.

Наступними за важливістю джерелами фінансування, як правило, є прямі витрати пацієнтів. У середньому приватні домогосподарства безпосередньо фінансували більше ніж $\frac{1}{5}$ всіх витрат на охорону здоров'я в 2018 р., але із суттєвою різницею в межах ОЕСД. Тоді як ця частка перевищує 30% у Латвії (42%), Мексиці (41%), Греції (35%), Кореї (34%) та Чилі (34%), вона нижча 10% у Франції. В Індії та Китаї прямі витрати на охорону здоров'я пацієнтів перевищили 30%.

З метою переходу до загального медичного покриття, в останні десятки років деякі країни ОЕСД збільшують витрати на урядові або обов'язкові страхові схеми. Як наслідок, у деяких країнах зменшилася частка витрат на охорону здоров'я, які сплачуються фізичними особами, та добровільних систем страхування. Однак хоча частка витрат на охорону здоров'я, які охоплюються цими двома схемами, в ОЕСД незначно зменшилася з приблизно 28% у 2003 р. до 26% у 2019 р., показники в країнах-членах значно відрізняються.

Серед тих країн, де добровільне медичне страхування відіграє важливішу роль, ця частка в останні роки збільшується в Південній Кореї та Австралії, тоді як у Словенії та Канаді вона залишалася більш-менш стабільною. Частка витрат, покритих прямими виплатами пацієнтів, значно збільшилася в період 2011–2019 рр. у кількох європейських країнах, таких як Греція (5%), Іспанія (5%) та Португалія (3%), хоча цей показник стабілізувався останнім часом. Це результат політики, запровадженої в ряді країн для збалансування державних бюджетів після світової фінансово-економічної кризи, наприклад, запровадження або збільшення доплат за первинну медичну допомогу та стаціонарне лікування, збільшення меж відшкодування коштів або зниження рівня реімбурсації лікарських засобів та стоматологічної допомоги, або скасування покриття для певних груп населення.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА ІННОВАЦІЙНИХ ЗАСАДАХ

3.1. Шляхи удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України

Специфіка ведення бізнесу у сфері охорони здоров'я вимагає особливого підходу з огляду на особливості продукту, що випускається на ринок, – медичної послуги. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує застосування особливих методів менеджменту і маркетингу. З кожним роком у країні стабільно збільшується сектор комерційних медичних послуг, і населення все більше адаптується до їх платності. Однак менталітет значної частини населення досі не дає змоги прийняти платну медицину як факт.

Слід розуміти, що результатом інноваційної діяльності в охороні здоров'я є розвиток медичних технологій, наукових досліджень і передового досвіду, спрямованих на отримання якісно нової ідеї оздоровлення, лікування, управління процесами в медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг, що мають конкурентні переваги.

Інноваційний процес в охороні здоров'я являє собою послідовний ланцюг подій, у результаті яких інновація перетворюється з ідеї на конкретний продукт, технологію або послугу і поширюється в практичному використанні для досягнення загальномедичних цілей. Інновацій стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації командної роботи, тому викликають потребу в реінжинірингу процесів функціонування медичного закладу [37]. Одним із перспективних підходів до управління організаціями сфери охорони здоров'я слід розглядати процесно-орієнтований. Управління, засноване на ньому, розширює свої кордони і включає додаткові завдання: реінжиніринг медичних бізнес-процесів може здійснюватися успішно лише тоді, коли попередньо створені необхідні умови і відсутні проблеми, пов'язані з людським чинником;

збереження вузькопрофесійними об'єднаннями своєї відособленості; недостатня обізнаність керівництва про широкий спектр наявних альтернатив і недостатні фінансові ресурси ускладнюють поширення клієнтоорієнтованих сучасних процесних технологій; можливості для інновацій і докорінних змін забезпечуються за допомогою вибору відповідних комбінацій нових інформаційних технологій, з якими повною мірою знайомі лише деякі клініки; методичні аспекти моделювання бізнес-процесів повинні відповідати вимогам стратегічного управління, враховувати специфічні особливості кожного конкретного закладу і спиратися на принципи проектного управління, такі як командна робота, системний підхід, процесний підхід, система менеджменту якості, система збалансованих показників і принцип постійного поліпшення.

На кожному функціональному рівні, у кожному відділенні установи для керівників повинні бути поставлені свої цілі й зафіксовані свої критерії ефективності, що, на жаль, поки що не зроблено в багатьох закладах охорони здоров'я. Недостатня чіткість у баченні суті діяльності часто не дає змоги менеджменту медичної установи виділити ключові цілі, сформувавши ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутній сервіс. Застосування управління з орієнтацією на бізнес-процеси в медичному секторі не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи для розвитку. Однак проведення технологій такого плану в установах охорони здоров'я ускладнюється низкою чинників, що перешкоджають широкому впровадженню процесного підходу до менеджменту, зокрема небажання співробітників виходити за рамки своєї вузької спеціалізації. Проблеми, що виникають у ході проведення реінжинірингу, можуть бути вирішені завдяки орієнтації на задоволення потреб пацієнта і медичного персоналу. Багато медичних установ відчують нестачу в ресурсах, необхідних для розроблення якісно нових моделей роботи, внаслідок чого швидше за потребою, ніж на переконання, вважають за краще реінжинірингу бізнес-процесів технологію безперервного вдосконалення.

Управління комерційними установами охорони здоров'я носить більш гнучкий характер порівняно з державними, зважаючи на відсутність підзвітності фінансуючим органам. Сьогодні приватні медичні установи становлять сильну конкуренцію державному сектору завдяки можливості забезпечити не тільки високу якість послуг, а й високий сервіс.

Інновації у системі управління закладами охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування (медичні інновації), розроблення програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування закладів охорони здоров'я і розвитку персоналу; має вплив на поліпшення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я. Розкриття поняття «інновації» зумовлене практичним застосуванням у контексті здійснення інноваційного розвитку. Характеристики інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведено в табл. 3.1.

Питання трансформації економічних засад інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я мають бути спрямовані на формування зрозумілих фінансово- економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [49, с. 107].

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я доцільно охарактеризувати як нову модель організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки.

Таблиця 3.1

Характеристика інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я

Критерії	Характеристика
Елементи соціальної функції	<ul style="list-style-type: none"> - створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком закладами охорони здоров'я України; - збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур; - проведення соціологічних та статистичних досліджень із метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах; - державний контроль забезпечення необхідними якісними медичними послугами всього населення; - визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів; - створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їхньої роботи; - підвищення рівня фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства; - нормативне розроблення українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг; - впровадження обов'язкового медичного страхування громадян.
Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері; - об'єктом виступають нематеріальні блага - результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації; - результати мають довгостроковий характер; - властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер; - передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок, тобто супроводжується інвестуванням грошових коштів у нематеріальні об'єкти, що фактично становить інший елемент предмета інноваційної діяльності; - викликає позитивні соціально-економічні зміни; - одним із результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій

Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – динамічний процес структурного вдосконалення сфери завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я з орієнтацією на інноваційні перетворення. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – це вагома та витратна для держави справа, яка потребує постійного вдосконалення з метою поліпшення її функціонування та забезпечення виконання своїх соціальних функцій, що можливо за рахунок упровадження низки загальнонаціональних заходів та програм.

Важливим у цьому напрямі є вирішення проблем кадрової політики вдосконалення інноваційної політики для підвищення ефективності

використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я, реалізацію напрямів їхньої інноваційної діяльності представлено на рис. 3.1. [37].

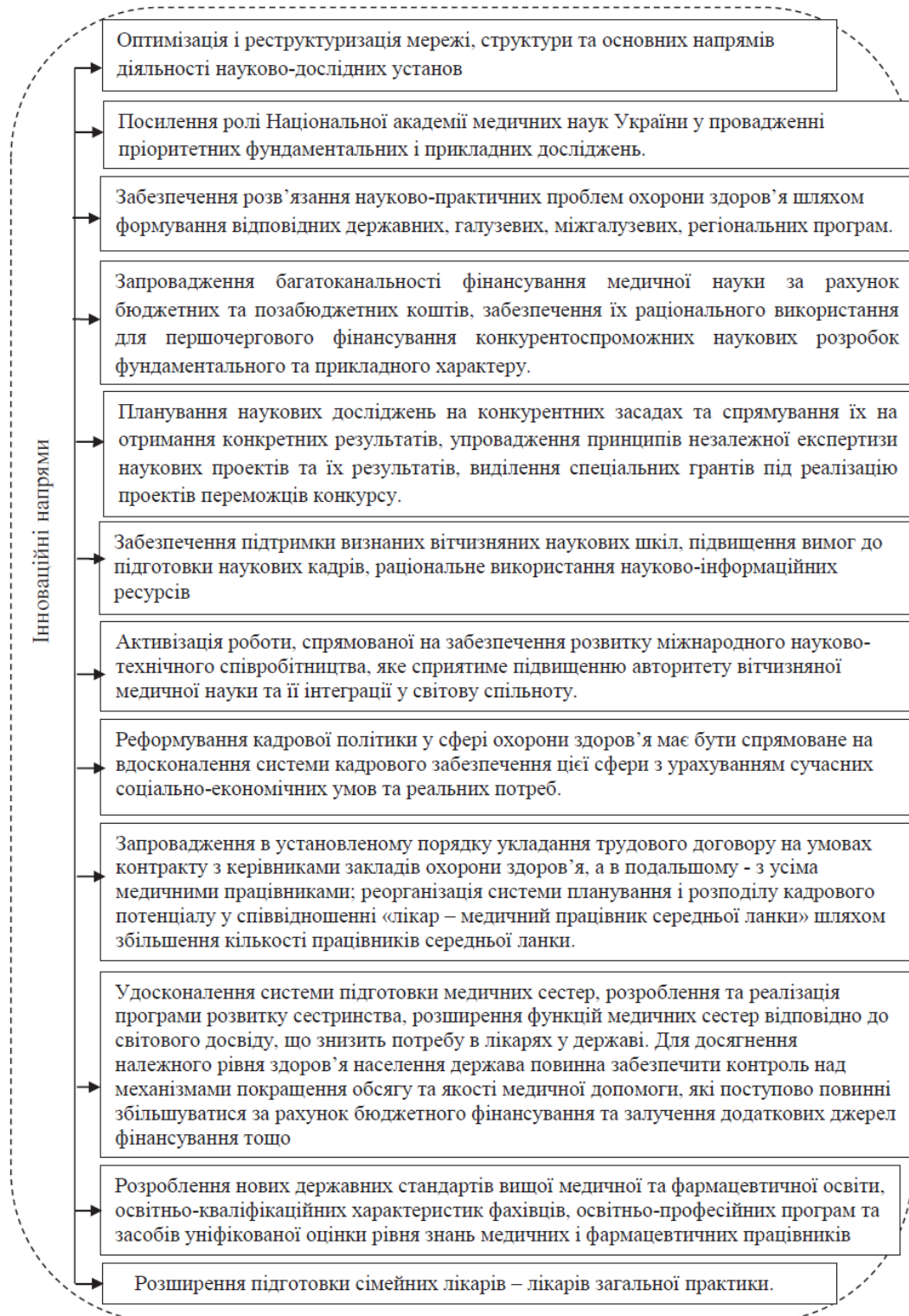


Рис. 3.1. Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я

У медичній галузі під інноваціями слід розуміти цілеспрямовані перетворення в галузі, у т. ч. в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я. Задля досягнення зазначеної мети необхідне вирішення таких завдань [49, с. 107]:

- створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;

- формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;

- вдосконалення нормативної правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у тому числі в частині наукового забезпечення;

- формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління багато в чому визначається державною політикою в галузі охорони здоров'я. Найважливішими напрямками державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я є [53, с. 167]:

- формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;

- формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;

- формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;

- удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування (ОМС), страхові медичні організації

(СМО), органи виконавчої і законодавчої влади);

– орієнтація діяльності органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я на кінцевий результат;

– управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (установах охорони здоров'я) на основі системного підходу, який робить можливим комплексне вивчення інноваційної системи як єдиного цілого з вивченням його структурних компонентів (підсистеми, елементи), взаємозв'язків і фінансово-економічних відносин, виявленням ролі кожного структурного компонента в інноваційній діяльності.

Діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проектів на основі інструментів проектного менеджменту, як показано на рис. 3.2..

Таким чином, в основі інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а з іншого – підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Застосовувати проектне управління до медичної галузі необхідно для розвитку системи охорони здоров'я та установ охорони здоров'я, у тому числі державно-приватного партнерства, ефективного управління інвестиціями і спрямованих на досягнення бажаного результату з погляду показників здоров'я населення, якості роботи закладів охорони здоров'я [33, с. 123].

Успіх інноваційного управління залежить від спроможності створити для нововведень стимулюючі внутрішні і зовнішні рамкові умови. Інноваційний процес вимагає стратегічного планування й орієнтованого на ринок управління [53, с. 167]. Особливості проектного управління роблять його однією з найбільш

поширених методологій управління насамперед тому, що вона являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дає змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення.

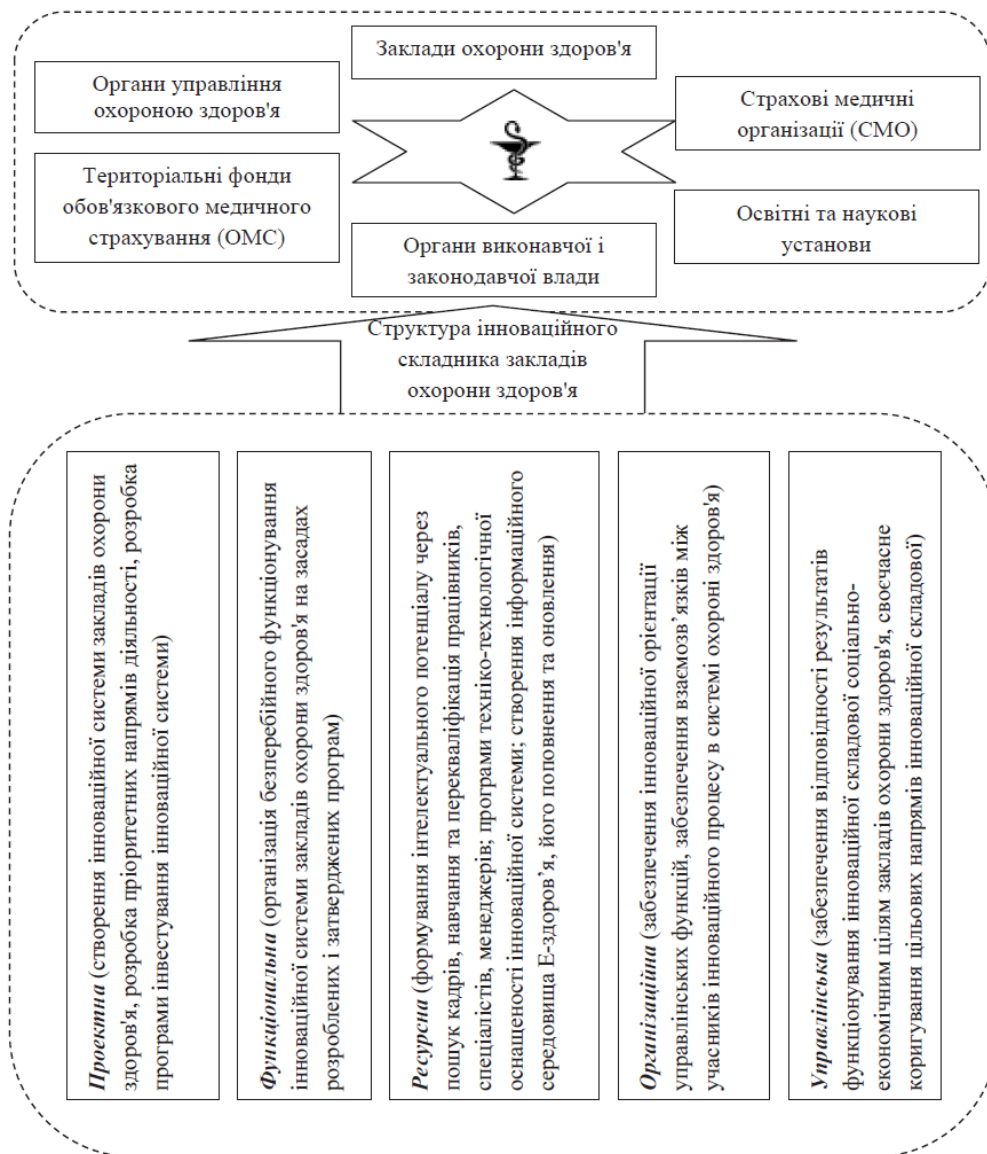


Рис. 3.2. Схема моделі взаємодії учасників інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

В умовах мінливості зовнішнього середовища визначені нами суб'єкти взаємодії повинні розробляти та впроваджувати стратегію інноваційного розвитку. Пропонована модель забезпечить органічну взаємодію багатопланового комплексу прискорених технічних, технологічних, організаційних, економічних та індивідуальних перетворень, формування науково-

технічного потенціалу, достатнього для освоєння і застосування нових технологій надання медичних послуг, практична реалізація яких забезпечить усім учасникам новий рівень конкурентоспроможності.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров'я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розроблення заходів для зростання ефективності їх використання. У зв'язку із цим виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування й управління процесами розроблення та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватися на раціоналізації використання наявних ресурсів. Якість має ставати метою управління даним процесом під час розроблення та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу. Для реалізації цих завдань необхідне розроблення практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і науково обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій. Складність розроблення таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров'я в умовах ринкового середовища, тому нами запропоновано механізм розроблення та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладами охорони здоров'я. Він передбачає вивчення умов, за яких вибрана стратегія забезпечує конкурентні переваги підприємства на ринку медичних послуг: адекватності організаційної структури і введення у закладах системи стратегічного управління; розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування творчого мислення у виконавців програми; здатності фахівців кожної підсистеми

визначати альтернативні варіанти досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявності достатнього ресурсного потенціалу; сучасності технологічного і достатнього рівня доступу до інформаційного середовища е-здоров'я.

Розроблення конкурентних стратегій дає можливість закладам охорони здоров'я отримати стійкі конкурентні переваги шляхом ведення інтенсивної конкурентної боротьби, задовольняти потреби споживачів медичних послуг на основі інноваційних технологій краще, ніж це роблять конкуренти. Варто зазначити, що в основу моделі системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД покладено застосування комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах усебічної продовженої, координованої, профілактичної медичної допомоги та зміцнення здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнта, його родини і громади. Практика сімейної медицини в моделі розглядається як усебічний системний підхід до охорони здоров'я, коли лікар загальної практики – сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає як координатор, керуючий різними біопсихосоціальними системами і чинниками з активним системним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси для того, щоб забезпечити позитивний вплив на здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади.

Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД була сформована, орієнтуючись на основні складові елементи громадсько орієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

- забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так і про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань;
- холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає

всєбїчну медичну допомогу як для хронїчних, так і гострих станїв, запобїгання захворюваностї та проведення скринїнгїв, хїрургїчні втручання в межах компетенцїї лїкарїв ЗП-СЛ, доступ до високотехнологїчної дїагностичної і лабораторної дїагностики;

– сучаснї технологїї управлїння ПМСД, професїйний менеджмент, що включає використання фїнансового менеджменту для практики ПМСД, збїльшення заробїтної плати (за критерїями роботи), порївняння витрат і отриманих результатїв, ефективний фїнансовий облїк і аудит, оптимїзацїю кадрового забезпечення, облужування медичного устаткування, оптимальне використання робочого мїсця, сучасний дизайн, управлїння змїнами; – використання медичних їнформацїйних систем, що включає електроннї медичнї записи, електроннї рахунки та звїти, електроннї рецепти, пїдтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб- сторїнку закладу охорони здоров'я, портал пацїєнта, єдиний їнформацїйний медичний простїр;

– просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяцїйний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобїгання захворюваностї, лїкування хронїчних захворювань, заохочення хворих до змїн способу життя та їх санїтарну просвїту;

– координацїя медичної допомоги, що включає використання ресурсїв громади, формування взаємовигїдних вїдносин, роботу у вїддїленнї невідкладної допомоги, забезпечення стацїонарного лїкування, психологїчну допомогу, координацїю акушерсько-гїнекологїчної допомоги, координацїю вузькоспецїалїзованої допомоги, пїдтримку дїяльностї з боку фармацевтїв, реабїлітацїйну і фїзїотерапевтичну допомогу, консилїумний розгляд випадкїв, транспортне забезпечення;

– якїсть і безпека дїяльностї, що включає практику застосування найкращої доказової медицини, керування лїкуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеностї пацїєнтїв, аналїз клїнїчної дїяльностї, пїдтримку належної якостї, управлїння ризиками, вїдповїднїсть дїяльностї чинному законодавству;

– командна медична практика, що включає лідерство провайдера/конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних умінь і навичок, активну й повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

Тобто основні складники системної моделі громадсько орієнтованої ПМСД становлять єдину організаційно-функціональну структуру, об'єднану за базовим принципом охорони здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СЛ виступають у ролі координаторів медичного забезпечення з активним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього відповідну підготовку, необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси.

У міжнародній практиці в рамках упровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, в умовах Національної системи охорони здоров'я Великобританії вибір тієї чи іншої медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності [35]. Клінічна ефективність медичної технології визначається за допомогою застосування підходів доказової медицини, причому рішення про застосування профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів приймається виходячи з наявних доказів їхньої ефективності і безпеки, які піддаються порівнянню, узагальненню й широкому поширенню для використання в інтересах пацієнтів. Економічна доцільність медичної технології визначається за допомогою аналізу ефективності витрат (cost-effectiveness analysis), аналізу рентабельності (cost-benefit analysis) та/або аналізу корисності витрат (cost-utility analysis). У більшості розвинених країн світу на національному рівні організуються центри і розробляються програми з оцінки медичних технологій (ОМТ) – це систематична оцінка властивостей, впливів або інших наслідків технологій в охороні здоров'я. Основною метою ОМТ є

поінформоване ухвалення рішень в охороні здоров'я, у тому числі рішень, прийнятих на рівні індивідуального пацієнта, на рівні постачальника медичних послуг і медичних організацій, або на регіональному, національному та міжнародному рівнях [35 с. 101]. Інноваційні проекти часто вимагають певних фінансових витрат. Світова тенденція розглядати економічну доцільність розподілу фінансових ресурсів призвела до створення бюджетування, орієнтованого на результати (БОР, або performance-based budgeting). За такого підходу планування витрат здійснюється в безпосередньому зв'язку з кінцевими бажаними результатами. Впровадження інноваційних технологій, у тому числі й у первинній ланці охорони здоров'я, а саме нових методів профілактики, діагностики та лікування, організаційних технологій тощо, включає у себе три основних етапи: придбання первинної інформації (знань і технічних навичок) про технології; організацію впровадження технології з рішенням матеріально-технічних, юридичних, фінансових і кадрових питань надання послуги або продукту; і після впровадження – підтримку організаційних заходів, таких як отримання державного замовлення на медичні послуги з урахуванням запровадженої технології, маркетинг-технології тощо. На першому етапі спеціаліст або організація набувають первинні знання про інновації, а також технічні навички, необхідні для впровадження технології.

У процесі аналітичного вивчення показників діяльності закладів ПМСД та медико-демографічних індикаторів здоров'я населення, релевантних до оцінки ефективності впровадження інноваційних організаційних, медичних, освітніх технологій у первинну ланку системи охорони здоров'я, були визначені дві групи критеріїв як кінцевих результатів надання медичної допомоги.

Так, до критеріїв якості діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД віднесено: визначення потреби пацієнтів у необхідних медичних послугах; раціональне використання ресурсів; профілактичну спрямованість у роботі; безперервність нагляду за членами сімей; ефективність лікування; впровадження сучасних медичних технологій; своєчасне та ефективне надання медичних

послуг; розширення обсягу спеціалізованої допомоги в практиці сімейної медицини.

До критеріїв ефективності надання медичної допомоги населенню віднесено: зменшення захворюваності у вікових групах; зниження смертності; відсутність ускладнень у перебігу хвороби протягом року; одужання; зміну способу життя; зменшення втрат у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю; зменшення виходу на первинну інвалідність; подовження «здорових років життя»; стійку ремісію; перерозподіл пацієнтів у групах здоров'я. Разом із тим викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

I рівень – початковий, базовий;

II рівень – стандартизований;

III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;

IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Дана класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дає змогу всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я у цій галузі за основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінського та інформаційного забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками.

Основними джерелами розроблення медичних інновацій у нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна активність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій. Однак варто зазначити, що для практичної охорони здоров'я більш важливими показниками стають показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, що здійснюють технологічні медичні інновації, тобто розроблення й упровадження нових або вдосконалених медичних товарів, робіт, послуг, технологічних

процесів, та інші види інноваційної діяльності. Враховуючи це, для оцінки реального інноваційного розвитку практичних закладів охорони здоров'я доцільним убачається орієнтуватися не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень (кількість патентних заявок і виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників тощо), оскільки їх кількість не впливає на показники здоров'я населення й ураховується в загальному індексі інноваційного розвитку регіону. Разом із тим для практичної охорони здоров'я важливі, насамперед, медико-демографічні показники, на динаміку яких має вплинути впровадження інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику. Так, має цільову практичну спрямованість розроблений комплекс із 34 показників [54], що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсотехнологічних та економічних коефіцієнтів, який може, на нашу думку, успішно використовуватися для оцінки ефективності впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі.

Одним із ключових компонентів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розроблення основних принципів та технологій застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, у тому числі за рахунок зручного моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так і системи охорони здоров'я у цілому. Без застосування сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення практично неможливо забезпечити повноцінний моніторинг стану здоров'я населення, формувати потоки пацієнтів і керувати ними та ресурсними базами, здійснювати зворотний зв'язок та оперативний контроль над дотриманням нормативів та

стандартів лікування, забезпечувати перехід від постатейного бюджетування до сучасних методів економічного управління у сфері охорони здоров'я. Впровадження інформаційних систем є значним інформаційним та фінансовим підґрунтям для керівників закладів охорони здоров'я на шляху до розширення автономізації та роботи в нових економічних умовах.

Інноваційний процес в охороні здоров'я є запорукою ефективного функціонування закладів охорони здоров'я, досягнення загальномедичних цілей та забезпечення своєчасної допомоги хворим людям. Дослідження показало, що інноваційний процес потребує використання в управлінні організаціями сфери охорони здоров'я процесно-орієнтованого підходу, що сприятиме не лише подоланню нагальних проблем, а й відкриє нові перспективи для розвитку.

3.2. Перспективи реформування системи охорони здоров'я України

Виклики, з якими стикається Україна під час реалізації реформи, мають як галузеву, так і політичну основу. З моменту запуску реформи системи охорони здоров'я деякі політичні сили неодноразово намагалися дискредитувати програму реформування та заблокувати ряд принципових нововведень.

Обрання нового Президента та Парламенту України, двічі зміна складу КМУ, відповідно, і керівництва та команди Міністерства охорони здоров'я України, стали причиною суспільного занепокоєння через політичні заяви про відступ від обраного вектора трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я.

Складається враження, що Уряд рухається за інерцією запущених у 2017–2020 рр. змін, критикуючи реформу, але не пропонуючи інших життєздатних ініціатив. Тому основні завдання – забезпечити сталість змін у системі, закріпити вже досягнуті результати та нарощувати темпи реформування відповідно до Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Галузевими викликами реформи є ризики, пов'язані з фінансовою та організаційною неспроможністю певних секторів спеціалізованої медичної

допомоги (наприклад, фтизіатричної, психіатричної), що може призвести до погіршення доступності певних груп населення до якісної медичної допомоги, а також скорочення й оптимізація медичних закладів другого та третього рівнів надання медичної допомоги в умовах їхньої автономізації – до звільнення медичних кадрів. Водночас такі ризики не можуть бути підставами для відтермінування рішень про оптимізацію закладів та зміну формату фінансування, оскільки в теперішній ситуації в більшості випадків (згадані фтизіатрія, психіатрія) пацієнти не мають доступу до якісних послуг.

Фінансові виклики та ризики: видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшуються проте це номінальне зростання, яке пояснюється інфляцією, а не реальним зростанням видатків, оскільки у відсотковому відношенні загальних видатків зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я не демонструють тенденції до зростання, а навіть швидше – зменшення. Тому основним завданням вбачається збільшення рівня фінансування сфери охорони здоров'я, подальший перехід від субсидіального підходу до оплати за послуги, у тому числі і у сфері громадського здоров'я.

Політичні виклики: швидкоплинна зміна керівництва та структури МОЗ створює значні виклики в його спроможності здійснювати реформування у визначених обсягах. Політичні заяви керівництва МОЗ дають хибні сили щодо можливих змін вектору реформування охорони здоров'я, особливо це стосується спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, яка чинить потужний спротив.

Важливо зазначити, що суттєві зміни відбулися лише на рівні первинної медичної допомоги, що майже не вплинуло, на рівень безоплатності медичної допомоги для населення. Адже лєвова частка неофіційних платежів завжди була на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги і переважно в госпітальному секторі.

Тому вкрай важливо зберегти законодавчі передумови життєво важливих змін у вітчизняній системі охорони здоров'я шляхом подальшої реалізації

положень Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [5].

Заяви колишнього міністра М. В. Степанова про необґрунтованість деяких тарифів НСЗУ дали можливість закладам, які не були спроможні укласти контракт з НСЗУ, з певних причин вимагати фінансування поза новою системою, що врешті призвело до «подвійного» фінансування деяких ЗОЗ. Така ситуація демотивує керівництво ЗОЗ, які доклали значних зусиль, щоб вчасно підготуватися до реформи. Відповідно, до кінця 2020 р. частина ЗОЗ продовжували отримувати фінансування «за стіни та ліжка», хоча за контрактами з НСЗУ.

Безумовно, таку ситуацію потрібно виправити, а всі ЗОЗ мають мати однакові умови для фінансування за новими правилами.

Перегляд тарифів на послуги можливий за умови збільшення фінансування охорони здоров'я.

Узагалі риторика нового керівництва МОЗ (усіх трьох міністрів з вересня 2019 р.) щодо реформи більше стосувалася проблеми лікарів, ніж пацієнтів. Можна констатувати певний відхід від пацієнто-центричної реформи охорони здоров'я, що є загрозливою тенденцією.

Пандемія COVID-19 принесла нове, пріоритетне, сприйняття галузі громадського здоров'я, а також порушила питання про відновлення санітарно-епідеміологічної служби. Водночас проєкт закону про громадське здоров'я прийнято лише в першому читанні, і вже майже рік готується до другого читання.

Виникає гостре питання про функціонування новостворених регіональних центрів громадського здоров'я та їх фінансування, а також роль і функціонал обласних лабораторних центрів МОЗ у майбутній системі. Відповіді на ці надважливі питання мають бути надані вже сьогодні.

Окрім того, існує низка критичних проблем в інших галузях громадського здоров'я, наприклад розвиток служби крові. Наявна система реформування ЗОЗ

не враховує специфіку діяльності центрів крові та не дає відповіді на питання, як будуть постачати кров та компоненти центри крові ЗОЗ та за якою ціною.

Також у напрямку євроінтеграції МОЗ розробило, а КМУ ухвалив у грудні 2019 р. проєкт закону про імплементацію Директиви ЄС № 40 щодо контролю над тютюном. На жаль, через зволікання та внутрішній лобізм законопроєкт так і не зареєстрували для розгляду в Парламенті.

Закупівлі ліків також стали одним з проблемних питань діяльності профільного міністерства через конфлікт з ДП «Медичні закупівлі», створеним спеціально для здійснення централізованих закупівель лікарських засобів.

Наразі заявляється про відсутність конфлікту та неефективну роботу підприємства, а керівництво ДП – про тиск міністра. Така ситуація вже спричинила зриви поставок ліків за контрактами, що ставить під ризик пацієнтів.

Відповідно, потрібно негайно налагодити систему закупівель через ДП «Медичні закупівлі» як профільне підприємство.

Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я – це кардинальна зміна організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів. Завершено перший етап – реформування первинної ланки надання медичної допомоги. Надалі для впровадження реформ у сфері охорони здоров'я потрібно:

- розпочати оцінювання якості надання медичних послуг на первинній ланці та внести відповідні зміни та корегування щодо обсягів надання ПМД за його результатами;
- завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів) для всіх ЗОЗ без винятку;
- відпрацювати механізм маршрутизації пацієнтів;
- створити ефективну систему екстреної медичної допомоги, яка відповідає міжнародним стандартам: розробити та ухвалити «закон про

добраго самаритянина» (допомога людини, яка першою опиняється на місці події до моменту прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Зазвичай, це не є медик. Такий закон необхідний, бо якою б розвиненою не була система екстреної медичної допомоги, бригада не зможе приїхати на місце події швидше, ніж люди, які уже на ньому знаходяться. Дорогоцінні перші хвилини, коли є найбільший шанс врятувати потерпілого, використовуються на повну. Таким законом прибираються бар'єри для надання першої допомоги.), оновити технічне, інформаційне та кадрове забезпечення служби, облаштувати відповідно до міжнародних стандартів диспетчерські та лікарні інтенсивного лікування;

- завершити диджиталізацію галузі – забезпечити повний електронний документообіг у системі охорони здоров'я;

- створити власну систему трансплантації та забезпечити її розвиток в Україні;

- продовжити розбудову та розвиток системи громадського здоров'я, особливо в таких напрямках, як профілактика неінфекційних захворювань, посилення законодавства з контролю над тютюном шляхом імплементації Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну та Директив ЄС 2014/40/ЄС та 2011/64/ЄС, впровадження європейських стандартів та практик у системі крові, а також у системі нагляду за інфекційними захворюваннями, забезпечивши максимальне охоплення населення імунопрофілактикою;

- створити єдину систему біобезпеки та біозахисту, спрямовану на захист здоров'я людини та навколишнього середовища від впливу небезпечних біологічних агентів, зокрема таких, що можуть призвести до надзвичайних ситуацій і загрожувати національній та міжнародній безпеці;

- розпочати розробку проекту Закону України «Про біологічну безпеку»;

- забезпечити розбудову системи оцінювання медичних технологій, що дозволить ухвалювати ефективні стратегічні рішення у сфері охорони здоров'я на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та

інших медичних технологій;

- завершити реформування медичної освіти на всіх рівнях відповідно до європейських стандартів – для медсестринства, лікарів та управлінських кадрів;
- запровадити систему професійного ліцензування для лікарів та забезпечити розвиток лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників;
- забезпечити впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та розпочати повноцінну реформу реабілітації та встановлення інвалідності (МСЕК);
- терміново та невідкладно налагодити ефективну систему закупівлі ліків, у тому числі за міжнародними контрактами, залучивши ДП «Медичні закупівлі» до цього процесу;
- забезпечити прозорі відбіркові конкурси на керівні посади НСЗУ, Центру громадського здоров'я, керівників структурних підрозділів МОЗ, як це передбачено чинним законодавством;
- запровадити загальний підхід «здоров'я у всіх політиках», як це задекларовано в Угоді про асоціацію України з Європейським Союзом.

Розглянувши стан системи охорони здоров'я, її вплив на здоров'я громадян та демографічну ситуацію в державі, Радою Національної безпеки і оборони України було прийнято Рішення «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою» [17] Згідно з цим рішенням КМУ розробили і представили Проект стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року визначивши чіткі механізми для забезпечення рівного доступу громадян України до своєчасної, безпечної та якісної екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони здоров'я, передбачивши, зокрема:

- поетапне включення до тарифів на медичні послуги вартості лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які є необхідними для надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій у закладах

охорони здоров'я будь-якої форми власності, які наразі закуповуються централізовано за рахунок коштів інших програм державного бюджету;

- введення, починаючи з 1 січня 2023 р., індикаторів якості надання первинної медичної допомоги;

- запровадження ключових показників ефективності для керівників закладів охорони здоров'я державної та комунальної форм власності;

- започаткування ефективної системи моніторингу надання медичних послуг за програмою медичних гарантій;

- створення умов для можливості застосування міжрегіональних клінічних маршрутів пацієнта при наданні екстреної медичної допомоги;

- опрацювання питання щодо доцільності об'єднання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в один вид – спеціалізована медична допомога;

- удосконалення електронної системи охорони здоров'я, зокрема за результатами проведення аудиту її впровадження, шляхом розширення роботи цієї системи, створення нових модулів і компонентів з метою її поширення на сферу громадського здоров'я, застосування щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я, донорства крові та її компонентів, контролю якості наданих послуг та уникнення подвійного фінансування з різних джерел наданих населенню послуг, переважно реабілітаційних, забезпечення захисту персональних даних в електронній системі охорони здоров'я;

- підготовку і затвердження до 1 січня 2023 р. в установленому порядку нормативно-правових актів з метою виключення із повноважень центральних та місцевих органів виконавчої влади невластивих їм функцій щодо централізованих закупівель лікарських засобів;

- розвиток національної системи донорства крові та її компонентів;

- забезпечення надання повноцінної реабілітаційної допомоги громадянам з першого дня звернення з травмою чи захворюванням шляхом збільшення мережі закладів, які надають реабілітаційну допомогу у сфері охорони здоров'я;

- опрацювання питання щодо посилення відповідальності за підроблення документів, у тому числі електронних, про вакцинацію (COVID-сертифікати та довідки про проведення щеплень), збут чи використання підроблених документів про вакцинацію, внесення недостовірних відомостей до медичних баз даних;

- забезпечення високого рівня медичної освіти та розвитку кадрового потенціалу, забезпечення підготовки закладами вищої освіти за державним замовленням фахівців за такими напрямками спеціалізацій, як «Бактеріологія», «Вірусологія», «Епідеміологія», «Клінічна лабораторна діагностика», «Лабораторна імунологія», «Мікробіологія і вірусологія»;

- напрацювання ефективних механізмів забезпечення виконання випускниками вищих медичних навчальних закладів, які навчалися за державним (регіональним) замовленням та уклали угоди про відпрацювання не менше трьох років у сільській місцевості або селищах міського типу, зобов'язань за такими угодами;

- забезпечення розвитку фундаментальної та прикладної медичної науки;

- створення передумов для стимулювання і розвитку добровільного медичного страхування, зокрема, шляхом надання податкових пільг для роботодавців та фізичних осіб у разі укладення ними відповідних договорів страхування;

- ужиття всебічних заходів щодо формування практичних рекомендацій, розроблення відповідних правил поведінки працівників сфери охорони здоров'я для забезпечення права пацієнта на гідність під час отримання медичної допомоги та медичного обслуговування, упровадження таких рекомендацій та правил у практику діяльності закладів охорони здоров'я;

- ужиття дієвих заходів щодо контролю за фінансово-бюджетною дисципліною у закладах охорони здоров'я з метою викоренення практики неофіційних платежів населення за медичні послуги, проведення постійного моніторингу ефективного витрачання бюджетних коштів у закладах охорони здоров'я;

- поетапного запровадження 2D-кодування/маркування з нанесенням двовимірному штрих-коду на упаковку лікарських засобів;
- ужиття заходів щодо мінімізації шкідливого впливу самолікування на здоров'я, зокрема, шляхом установлення до 1 січня 2024 р. мораторію щодо наведення у теле-, радіопередачах, засобах масової інформації будь-яких відомостей рекламного характеру про лікарські засоби, медичні вироби, методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації;
- забезпечення реального контролю за дотриманням правил рецептурного відпуску лікарських засобів, уникнення поліпрагмазії шляхом призначень рецептурних лікарських засобів виключно на підставі відповідних медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги;
- ужиття заходів зі стимулювання розвитку вітчизняного виробництва імунобіологічних препаратів (вакцин, анатоксинів, імуноглобулінів, сироваток, бактеріофагів, інших лікарських засобів для специфічної профілактики інфекційних хвороб) для профілактики найбільш поширених в Україні та світі інфекційних хвороб;
- забезпечення підготовки та проведення конкурсу на реалізацію проекту локалізації в Україні виробництва вакцин, зокрема мРНК-вакцин, та інших імунобіологічних препаратів у рамках міжнародного консорціуму, утвореного за участю міжнародних та вітчизняних виробників імунобіологічних препаратів та/або інших лікарських засобів та ін.

Маємо надію, що створення та слідування Стратегічному плану розвитку системи охорони здоров'я населення на період до 2030 р., надасть можливість мінімізувати, або й подолати негативні явища, що присутні в національній системі охорони здоров'я, та дозволить подолати такі вкрай негативні тенденції як-то скорочення народжуваності та високий рівень смертності населення, проблеми репродуктивного здоров'я населення, поширення гострої коронавірусної хвороби COVID-19, висока вірогідність виникнення епідемій унаслідок появи нових інфекційних агентів, тощо.

ВИСНОВКИ

1. Узагальнивши думки провідних фахівців, можна зробити висновок, що система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, що є сукупністю всіх організацій, інститутів та ресурсів, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і спрямована на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій тривалості життя.

Систематизовано п'ять основних моделей публічного управління системою охорони здоров'я та проаналізовано переваги від їх запровадження, а саме:

– ринкова модель: стимулювання розвитку нових медичних технологій; забезпечення інноваційної діяльності медичних працівників; постійне поліпшення якості медичних послуг, що надаються в умовах жорсткої конкуренції представників медичних фірм; поступова ліквідація економічно неефективних технологій та стратегій; мобільність ресурсів;

– модель соціального страхування (система Бісмарка): забезпечує реалізацію принципу солідарного медичного страхування; передбачає наявність доступної медичної допомоги для всього населення країни;

– модель Беверіджа: доступність медичної допомоги для всього населення країни; відносно прості технології фінансування закладів охорони здоров'я; існування відносно простої системи оплати праці в галузі;

– модель Семашка: ефективна у надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); забезпечення переважної більшості верств населення усіма, або основними, видами медичної допомоги; високе співвідношення витрат на охорону здоров'я;

– суспільно-приватна модель: страхувальник не обмежений у виборі медичної установи та лікаря, хоча можливі обмеження щодо схем та засобів його захисту; зменшується навантаження держави на працівників сфери охорону

здоров'я; приватні страховики менше обмежені у фінансових операціях, ніж не бюджетні, або позабюджетні.

2. Показано, що стратегія та основні напрями і терміни проведення реформи охорони здоров'я в пілотних регіонах визначені Законами України і полягають в запровадженні сучасної системи фінансування закладів охорони здоров'я та структурній перебудові системи надання медичної допомоги населенню з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини, реформуванням системи вторинної медичної допомоги з формуванням госпітальних округів та створення сучасної системи екстреної медичної допомоги.

Встановлено, що в пілотних регіонах за час проведення експерименту було здійснено концентрацію бюджетних коштів для надання первинної медичної допомоги на районних рівнях, проведено юридичне розмежування первинної та вторинної медичної допомоги. Визначено, що в регіонах створено Центри первинної допомоги та проводилася робота з введення та укомплектування штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів (до 77,6%), та медичним обладнанням (від 28,0% до 69,5%) та автотранспортом (від 35,0 % до 100%) при достовірних відмінностях за регіонами.

3. Охарактеризовано сучасний стан системи охорони здоров'я України. Досліджено динаміку розвитку медичного обслуговування населення та сучасне положення в Україні. Під час аналізу було виявлено, що витрати Уряду на охорону здоров'я в Україні на 39,3% менші ніж у країнах Європи, таких як Данія, Угорщина, Німеччина та інші, як наслідок, очікувана тривалість життя при народженні в Україні має різницю з країнами Європи за цим показником близько 10 років.

Пілотне відпрацювання реформування вторинної медичної допомоги відповідно до визначених законодавчо підходів не проведено. Досвід, недоліки та ризики пілотного відпрацювання реформи не вивчені та не проаналізовані, результати не підведені та на законодавчому рівні не визначені, що не дало змогу забезпечити наступність в подальших кроках реформування галузі в країні.

Основними причинами такої ситуації є недостатній рівень обґрунтованості законодавчо визначених напрямків реформи охорони здоров'я як в заходах так і в термінах їх проведення, недостатній рівень готовності населення, представників влади і системи охорони здоров'я до проведення реформи при відсутності комплексної стратегії інформаційної політики та низькому рівні залучення науковців до розробки підзаконних актів.

4. Вивчення зарубіжного досвіду функціонування та модернізації систем охорони здоров'я дає можливість запропонувати шляхи реформування вітчизняної медицини. Для покращення функціонування системи охорони здоров'я України доцільно органам державного управління поширювати превентивні заходи у медицині;

- контролювати дотримання прав пацієнтів;
- сприяти розширенню ролі громадськості у визначенні напрямків розвитку системи охорони здоров'я (шляхом анкетування та соціологічних опитувань);
- контролювати та збільшувати обсяги фінансування медицини та ефективне використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів;
- сприяти переходу закладів охорони здоров'я на нові стандарти управлінського та бухгалтерського обліку.

Заходи економічного характеру повинні включати зміну статусу організацій, що надають медичну допомогу; зміну порядку фінансування цих закладів і запровадження договірних взаємовідносин між пацієнтами та фізичними особами, що надають медичні послуги; встановлення єдиних уніфікованих підходів до визначення вартості медичних послуг та єдиних тарифів на них.

Важливим кроком у налагодженні надання медичної допомоги населенню України є запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, яке б гарантувало отримання мінімального рівня медичних послуг застрахованим особам; пропагування та стимулювання розвитку приватного добровільного медичного страхування для забезпечення додаткового рівня, вищого, ніж гарантований обов'язковим медичним

страхуванням. Це допоможе змінити ставлення пацієнтів до свого здоров'я, підкреслить значення профілактики захворювань, сприятиме формуванню конкурентних стосунків між страховими компаніями та закладами охорони здоров'я і дозволить підвищити якість та доступність медичної допомоги.

5. В роботі представлено пропозиції щодо формування управлінської основи державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. Виявлено, що інновації стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації колективної роботи, що вимагає реінжинірингу процесів функціонування медичної установи. Доведено, що застосування управління, орієнтованого на бізнес-процеси в медичній сфері, не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи його розвитку.

Дослідження соціальних аспектів комплексної оцінки ефективності державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я дали змогу виділити ознаки, що характеризують інноваційну специфіку системи охорони здоров'я.

В роботі запропоновано орієнтири інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, що визначають концепт організаційно-функціональної моделі державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. Основою цієї моделі є інтелектуалізація всієї системи та її окремих частин; інноваційні зміни структури на регіональному та локальному рівнях; фінансові ініціативи, спрямовані на забезпечення стійкого фінансування та рентабельності.

6. На основі досвіду розвинених країн світу, визначено перспективні напрями вдосконалення механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України для досягнення соціально-економічного ефекту, а саме:

- інтенсивне зростання попиту на медичні послуги, диверсифікація медичних послуг;
- посилення конкуренції на загальному ринку медичних послуг і його регіоналізація;
- активізація державно-приватного партнерства;

- імплементація законів України у практичну площину медичної галузі;
- трансформація механізмів державного управління;
- синергія взаємодії для гармонізації медичної галузі України як соціально-економічної системи.

7. Константовано, що криза COVID-19, що завдала нищівного удару по економікам практично всіх країн світу, торкнулася і найбільш вразливих точок України, а саме – сфери охорони здоров'я. Тому уряду потрібно знову консолідуватися до коригування макро-фіскальних показників, щойно глобальна економіка почне стабілізуватися, що вірогідно включатиме фіскальну трансформацію. А отже, враховуючи нові реалії, надзвичайно важливим є виваженість реформування існуючої системи управління медичної галузі, тому передбачені нею стратегічні зміни мають здійснюватися поступово. Послідовність та передбачуваність є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту спеціалістів та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної трансформації, а також для розбудови та запровадження інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення, з метою запобігання соціальної напруги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України : від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР: Дата оновлення : 1 січ. 2020 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19.11.1992 р. № 2801. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>.
4. Про Державний бюджет України на 2015 р. : закон України від 28.12.2014 р. № 8019. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80-19#Text>.
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n183>.
6. Про екстрену медичну допомогу : закон України від 05.07.2012 р. № 5081-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>.
7. Про захист прав споживачів : закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
8. Про ліцензування видів господарської діяльності : закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.
9. Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення : указ Президента України від 27.01.2010 р. № 70. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/70/2010#Text>.
10. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>.
11. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам : постанова Кабінету Міністрів України від 23.01.2015 р. № 11. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text>.
12. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення

за програмою медичних гарантій : постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF#Text>.

13. Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками : постанова Кабінету Міністрів України від 12.08.2015 р. № 647. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/647-2015-%D0%BF>.

14. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 391. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>.

15. Про затвердження Порядку державної акредитації закладу охорони здоров'я : постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 р. № 765. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF>.

16. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

17. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30.07.2021 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>.

18. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33. Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України від 11.05.2016 р. № 427. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-16#Text>.

19. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 751 : наказ МОЗ України від 29.12.2016 р. № 1422. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>.

20. Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що

засвідчують тимчасову непрацездатність : наказ МОЗ України від 13.11.2001 р. № 455. URL : https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20011113_455.html.

21. Про затвердження Тимчасового типового переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» для пілотних проектів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : наказ МОЗ України від 08.06.2011 р. № 347. URL : https://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110608_347.html.

22. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». Київ. : НІСД, 2017. С. 388–392.

23. Баєва О. В. Менеджмент охорони здоров'я. Київ. : МАУП, 2009. 560 с.

24. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2014. Вип. 8 (2). С. 12–18.

25. Бусол О. Ю., Погорецький М. А. Удосконалення механізму декларування доходів та видатків осіб, уповноважених на виконання функцій держави та членів їх сімей як один із чинників зниження рівня корупції. *Вісн. Нац. акад. прокуратури України*. 2009. № 2. С. 85–92.

26. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні : програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. Програмний документ щодо охорони здоров'я № 20/01. 2020. URL : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf.

27. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я. *Статистика України*. 2013. № 2. С. 65–67.

28. Воробйов В. В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я. *Держава та регіони. Сер. Держ. упр.* 2011. Вип. 4. С. 10–17.

29. Долот В. Д., Дудка Л. А., Ляховченко В. В. Державне регулювання керованої медичної допомоги. *Економіка та держава*. 2012. № 4. С. 110–112.

30. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: Уроки для України / за ред. В. Г. Черненко, В. М. Рудого. Київ.: Академпрес, 2019. 112 с.

31. Дугієнко Н. О., Кормишова А. І. Принципи медичного страхування в Україні і країнах західної Європи. Сталий розвиток економіки: *Всеукраїнський науково-виробничий журнал*. URL : http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/sre/2011_6/306.pdf.

32. Зима І. Я. Визначення напрямів реформування управління сферою охорони здоров'я на основі опитування експертів. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 1. С. 28–35.

33. Зінченко О. А., Пономаренко Л. Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2018. № 18. С. 123–126.

34. Іванов Ю. Б., Бережна Ю. В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101–106.

35. Лепський В. В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник НТУ «ХПІ»*. 2016. № 2. С. 101–112.

36. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. *Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 5.

37. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL : <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronoju-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/>.

38. Медяник Д. І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*. 2016. № 19. С. 23–29.

39. Мельник-Бантон О. П. Видатки на охорону здоров'я як складова частина бюджетної політики України: перспективи реформування. *Наук. вісн.*

Волинського національного університету імені Лесі Українки. 2013. №4. С. 79–86.

40. МОЗ України : Що було, є і буде. URL : https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf.

41. Нагребецкий А. Реформирование системы здравоохранения Германии – от хорошего к лучшему. *Здоров'я України*. 2007. № 5. С. 16–17.

42. Нагребецкий А. Здравоохранение в Австрии, или что такое современная европейская медицина. *Здоров'я України*. 2008. № 8. С. 10–11.

43. Надута Г. Н. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства : матеріали Всеукраїнської науково практичної конференції (6–7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ, Полтавська область). Кременчук : Вид-во «Християнська зоря», 2004. С. 61–66.

44. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 р.. Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/NT1138>.

45. Носулич Т. М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. *Сталий розвиток економіки*. 2013. № 4. С. 195–201.

46. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ. : Вид во Раєвського, 2016. 168 с.

47. Пасиешвили Л. М. Семейная медицина Нидерландов. *Украинская медицинская газета*. 2006. № 6. С. 12.

48. Пашков В. М. Правове регулювання обігу лікарських засобів. Київ. : МОРІОН, 2004. 160 с.

49. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107–111.

50. Поживілова О. В. Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я. URL : [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11povsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11povsoz.pdf).

51. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1.

52. Характеристика ринку приватної медицини України. URL : <https://www.credit-rating.ua/ua/analytics/analytical-articles/12899/>.

53. Шавшин О. С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства. *Інтернаука*. 2017. № 3. С. 167–171.

54. Шевченко В. А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy : матеріали міжнар. наук-прак. конф., Kielce, Poland, January 27. 2017. Р. 28–31.

55. Шутов М. М. Організаційно-економічний механізм розвитку системи охорони здоров'я у регіоні : автореф. Інститут економіко-правових досліджень НАН України. Донецьк, 2004. 31 с.

56. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині. *Аптека*. 2019. № 20. URL : <http://www.apteka.ua/article/40027>.

57. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2017. № 876. С. 227–235.