

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 Рокутової Анастасії Олегівни

академічної групи 281м-21з-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України»

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

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

Нормоконтролер:	Вишневська О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України».

95 стор., 8 рис., 6 табл., 57 джерел.

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА РЕФОРМА, ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНЕ ПАРТНЕРСТВО, РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері державного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України.

Мета дослідження – полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України, розроблені пропозиції щодо впровадження механізму державно-приватного партнерства, який може стати потужним інструментом оновлення медицини об'єднавши можливості держави з інвестиційними ресурсами приватного сектору.

У першому розділі досліджуються теоретико-правові засади державного управління галуззю охорони здоров'я.

Другий розділ присвячено оцінці сучасного стану реформування та модернізації механізмів державного управління системою охорони здоров'я.

У третьому розділі надано напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України.

Сфера практичного застосування результатів роботи – впровадження механізму державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Directions for improving public administration in health care of Ukraine»

95 pages, 8 figures, 6 tables, 57 sources.

PUBLIC HEALTH MANAGEMENT, HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL REFORM, PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP, INDUSTRY REFORM.

The object of the research is public relations in the sphere of state management of the health care industry.

The subject of the study is directions for improvement of public administration in the sphere of health care of Ukraine.

The purpose of the research is to justify the theoretical and methodological bases of determining the mechanisms of state management that determine systemic changes in the sphere of health care of Ukraine, developed proposals for the implementation of the mechanism of public-private partnership, which can become a powerful tool for the renewal of medicine by combining the state's capabilities with investment resources of the private sector.

The first chapter examines the theoretical and legal foundations of state management of the health care sector.

The second chapter is devoted to the assessment of the current state of reforming and modernization of the mechanisms of state management of the security system health.

In the third section, directions for improving public administration in the field of health care of Ukraine are provided.

The field of practical application of the work results is the implementation of the mechanism of public-private partnership in the sphere of health care of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
1.1. Інституалізація національної системи охорони здоров'я: організаційний аспект.....	9
1.2. Моделі державного управління системою охорони здоров'я в сучасній Україні.....	23
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	38
2.1. Стан впровадження медичної реформи: реалії сьогодення.....	38
2.2. Міжнародні практики державного управління у сфері охорони здоров'я	55
РОЗДІЛ 3	
НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	73
3.1. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України.....	73
3.2. Напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України	82
ВИСНОВКИ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96

ВСТУП

Виняткове значення у житті кожної людини і суспільства, в цілому, має здоров'я. Рівень розвитку медицини є одним із основних індикаторів успішності державної політики у розвинених країнах світу. Власне середня тривалість життя, доступність лікарських засобів і якість медичних послуг визначають наскільки влада відповідально ставиться до своїх обов'язків перед громадянами, а, також, детермінують правильність її руху на шляху до реалізації дієвої політики внутрішнього добробуту країни.

Конституційне право на охорону здоров'я та медичну допомогу є найважливішим правом громадянина України. Тому прямим і найголовнішим обов'язком держави є піклування про здоров'я людини та забезпечення його охорони згідно з проголошеними у Загальній Декларації прав людини, Європейській соціальній хартії, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я України - один із реальних шляхів виведення даної галузі з глибокої масштабної кризи, оновлення не тільки медичної, але й усієї соціальної та гуманітарної сфери. Це зумовлено тим, що показники здоров'я громадян є узагальнюючою характеристикою рівня та якості життя, індексом соціального, культурного й економічного розвитку суспільства в цілому. З реформою охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний і рівень національної безпеки нашої держави.

Сьогодні перед українською системою охорони здоров'я поставлено максимально конкретне завдання: при жорстких ресурсних обмеженнях створити якісно нову систему, спроможну забезпечити доступну та якісну медичну допомогу для всіх громадян. Доцільно чітко визначити конкретні дії й складові, які пов'язані між собою, та специфіку – як зміни в одній частині позначаються на іншій, щоб між ними зберігався не тільки зв'язок, а й стійкість. Тільки при такому комплексному підході можливий керований вплив на об'єкт із передбачуваним, визначеним для досяжності бажаним результатом, реальним

у теперішніх умовах, що потребують особливої технології управління, яка теж базувалася б на системному підході.

В усьому світі дбають про те, аби медицина була на високому рівні, і тому, контроль якості поступово трансформувався в управління нею та систему безперервного її підвищення за допомогою дієвих важелів. В Україні таких не створено, радянські методи «гасіння пожеж» і «побиття винних» ще животіють, але вже не працюють, «погану якість» перетворили на тавро вітчизняної медицини й маскуванню справжніх причин стану справ у ній.

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.

Проте аналіз наукових праць у цій сфері свідчить про те, що охоплені у наукових дослідженнях напрями управління галуззю в умовах медичної реформи потребують подальшого поглиблення, що зумовило вибір теми, мету, основні завдання роботи й підтвердило сучасність і нагальність обраної проблематики.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері державного управління галуззю охорони здоров'я.

Предмет дослідження – напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України.

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад визначення механізмів державного управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України, розроблені пропозиції щодо впровадження механізму державно-приватного партнерства, який може стати потужним інструментом оновлення медицини об'єднавши можливості держави з інвестиційними ресурсами приватного сектору.

Реалізація поставленої мети зумовила розв'язання таких завдань:

- провести аналіз сучасних національних інституцій у системі охорони здоров'я України;
- систематизувати основні моделі державного управління системою охорони здоров'я; та проаналізувати переваги від їх запровадження;
- висвітлити проблемні питання стану реформування галузі охорони здоров'я в умовах сьогодення;
- з'ясувати основні тенденції модернізації систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах;
- визначити та обґрунтувати умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України;
- розкрити перспективні напрями вдосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України.

Для вирішення поставлених завдань використано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів: історичного

і логічного аналізу літературних джерел для дослідження ретроспективи еволюції постановки проблеми й наступності в її розв'язанні у вітчизняній та світовій науковій літературі; функціонально-структурного аналізу, що передбачав вивчення досліджуваної проблеми і дав змогу простежити причинно-наслідкову та історичну зумовленість її виникнення; порівняльного і статистичного аналізу фактів і явищ, їх синтезу для дослідження еволюції системи державного управління, розуміння динаміки розвитку нормативно-правової бази, що регулює діяльність системи охорони здоров'я; системно-історичного при розгляді історичних передумов розвитку системи державного управління охороною здоров'я; програмно-цільових, як бази запропонованих науково-практичних рекомендацій щодо шляхів оптимізації державного управління охороною здоров'я в єдиному медичному просторі України; системного підходу, що дає змогу розглядати керовану і керуючу його підсистеми як цілісний комплекс взаємопов'язаних, об'єднаних спільною метою елементів, з'ясувати властивості системи, її внутрішні та зовнішні зв'язки.

Теоретичну та методологічну основу дослідження склали наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань державного регулювання галузі охорони здоров'я, законодавчі й нормативні акти України. В якості інформаційної бази було використано офіційні матеріали державних органів управління, на основі аналізу яких обґрунтовано структуру і виявлено проблеми системи охорони здоров'я й визначено напрями формування стратегії її розвитку.

Результати дослідження можуть бути використані при прийнятті управлінських рішень з розглянутих напрямків при подальшому розв'язанні проблемних питань щодо реалізації реформ системи охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ГАЛУЗЗЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Інституалізація національної системи охорони здоров'я: організаційний аспект

Виняткове значення у житті кожної людини і суспільства, в цілому, має здоров'я. Рівень розвитку медицини є одним із основних індикаторів успішності державної політики у розвинених країнах світу. Власне середня тривалість життя, доступність лікарських засобів і якість медичних послуг визначають наскільки влада відповідально ставиться до своїх обов'язків перед громадянами, а, також, детермінують правильність її руху на шляху до реалізації дієвої політики внутрішнього добробуту країни. Виходячи з цього, у забезпеченні належного рівня життя особливо важливу роль відіграє система охорони здоров'я. Людське здоров'я, як нам відомо, визнається у світі настільки важливим, що показник його стану найпершим входить до індексу людського розвитку – універсального показника, рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни, з одного боку, а з іншого – чутливого індикатора дієвості системи державного управління. Це є одним із аргументів того, що охорона здоров'я суспільства є однією із важливих державних функцій.

Із набуттям незалежності Україна успадкувала від Радянського Союзу централізовану соціальну систему охорони здоров'я академіка М. Семашка, яка, незважаючи на ієрархічність та централізованість, більше 25 років за інерцією виконувала свої функції. Єдині, науково-обґрунтовані з урахуванням міжнародних стандартів та досвіду принципи організації системи охорони здоров'я (СОЗ), рівний доступ до охорони здоров'я для громадян, єдність профілактики та лікування, боротьба із соціальним підґрунтям захворюваності, публічність, прозорість державного управління цією сферою є надзвичайно актуальними питаннями.

В умовах несистемного реформування децентралізація СОЗ здійснювалася шляхом деконцентрації функціональних і управлінських повноважень на регіональний та субрегіональні (місцеві) рівні. Регіональні та місцеві органи управління, відповідальні за заклади та установи охорони здоров'я, розташовані на їх території, залишаються функціонально підпорядкованими Міністерству охорони здоров'я України (МОЗ), але в управлінському та фінансовому відношенні підзвітні та підконтрольні обласним і місцевим органам влади. Децентралізація через приватизацію значною мірою гальмується положеннями ч. III ст. 49 Конституції України, яка забороняє скорочення існуючої мережі державних і комунальних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) [1].

Стратегічні підходи до розвитку національної системи охорони здоров'я залишаються практично незмінними з радянських часів, не відображають потреби населення в охороні здоров'я та не враховують регіональні особливості надання медичних послуг.

Стимули для раціонального використання ресурсів та контролю за витратами на охорону здоров'я практично відсутні. Підхід до планування, характерний для моделі Семашка, що базувалася на централізованому управлінні медичною системою, державному фінансуванні галузі, безоплатності медичних послуг, багатопрофільності медичних закладів, призводить до непотрібних госпіталізацій та надмірної тривалості перебування хворого в закладі охорони здоров'я. При цьому процес трансформації механізмів планування та розвитку системи охорони здоров'я ускладнюється відсутністю єдиної, зорієнтованої на людину, ефективною та доступною системою інформаційного забезпечення.

Закономірно, що найбільший вплив на систему охорони здоров'я має МОЗ, а також підприємства, установи та організації, що належать до сфери його управління. Також значно впливають на СОЗ Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України. Разом з тим органи місцевого самоврядування, які справляють найменший вплив на цю систему, є власниками найбільшої кількості закладів охорони здоров'я.

Вплив на СОЗ Національної академії медичних наук України є незначним, хоча повноваження та перспективи величезні.

Незважаючи на значну увагу вчених до проблем державного управління охороною здоров'я, питання визначення оптимальної структури національної системи охорони здоров'я та її базових елементів досі залишаються дискусійними і актуальними.

Статті 1 та 5 Конституції України визначають Україну як суверенну, незалежну, демократичну, соціальну, правову державу і республіку. Відповідно до ст. 3 Основного Закону людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Єдиним джерелом влади в Україні є народ, який здійснює владу безпосередньо і через органи державної влади та органи місцевого самоврядування [1].

Управління системою охорони здоров'я України має визначену нормативно-правовими актами інституційну рамку. Відповідно до ст. 75 Конституції України єдиним органом законодавчої влади в Україні є парламент – Верховна Рада України. Головними функціями Верховної Ради є: законодавча; представницька; державотворча, організаційна; функція парламентського контролю; бюджетно-фінансова функція; зовнішньополітична функція.

Закони про охорону здоров'я в Україні приймаються Верховною Радою України. Крім того, законами парламент затверджує загальнодержавні програми економічного, науково-технічного, соціального, національно-культурного розвитку, охорони довкілля.

До повноважень Комітету з питань охорони здоров'я Верховної Ради України віднесено законопроектну роботу: у сферах законодавства про охорону здоров'я, у тому числі про медичну допомогу, лікувальну діяльність, лікарські засоби, фармацію та фармацевтичну діяльність; державної політики у сфері боротьби із соціально небезпечними захворюваннями; сучасних медичних технологій та медичної техніки; медичного страхування; санаторно-курортного оздоровлення; охорони материнства та дитинства, репродуктивного

здоров'я населення, а також виконання відповідних контрольних функцій у цих сферах [11].

Президент України згідно зі ст. 102 Конституції України виступає від імені Української держави, є гарантом державного суверенітету, територіальної цілісності України, додержання Конституції України, прав і свобод людини та громадянина. Функція Президента щодо забезпечення прав і свобод людини і громадянина, яка відображена в ч. II ст. 102 та п. 25-27 ст. 106 Конституції України безпосередньо впливає з принципу найвищої соціальної цінності людини.

Президент підписує закони, прийняті Верховною Радою України, або накладає на них вето з наступним поверненням їх на повторний розгляд Верховною Радою України [1].

Кабінет Міністрів України є вищим органом виконавчої влади, функції якого полягають у забезпеченні виконання Конституції і законів України, актів Президента України. Кабінет Міністрів України очолює Прем'єр-міністр України, призначений Президентом за згодою Верховної Ради. Кабінет Міністрів затверджує Президент за поданням Прем'єр-міністра.

Діяльність Кабінету Міністрів України спрямовується на вирішення питань державного управління у сфері економіки та фінансів, соціальної політики, праці та зайнятості, охорони здоров'я, освіти, науки, культури, спорту, туризму, охорони навколишнього природного середовища, екологічної безпеки, природокористування, правової політики, законності, забезпечення прав і свобод людини та громадянина, запобігання і протидії корупції, вирішення інших завдань внутрішньої і зовнішньої політики, цивільного захисту, національної безпеки та обороноздатності. Кабінет Міністрів України, зокрема, забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів [5].

Судова влада в Україні відповідно до конституційних засад поділу влади здійснюється незалежними та безсторонніми судами, утвореними законом. Відповідно до ч. VI ст. 8 Основ законодавства України про охорону здоров'я судовий захист права на охорону здоров'я здійснюється в порядку, установленому законодавством.

Наразі не існує спеціального правового механізму захисту прав пацієнта в системі охорони здоров'я [2; 10].

Конституція України визначає та гарантує місцеве самоврядування. Зокрема, ст. 140 Основного Закону встановлено, що місцеве самоврядування здійснюється територіальною громадою в порядку, установленому законом, як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи. Органами місцевого самоврядування, що представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ та міст, є районні та обласні ради. До відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад зокрема належать власні (самоврядні) повноваження щодо управління закладами освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, молодіжними підлітковими закладами за місцем проживання, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення [1; 8].

Як було зазначено вище, Україні у спадок від СРСР залишилася державна, централізована система охорони здоров'я з жорстким вертикальним управлінням. Започаткована в 2014 р. децентралізація має на меті передавання значних повноважень та бюджетів від державних органів органам місцевого самоврядування. Органи місцевого самоврядування відіграють у цьому процесі провідну роль.

У системі центральних органів виконавчої влади головним органом з формування та забезпечення реалізації державної фінансової, бюджетної, а також податкової і митної політики (крім адміністрування податків, зборів, митних платежів та реалізації податкової і митної політики), політики у сфері державного фінансового контролю, казначейського обслуговування бюджетних

коштів, бухгалтерського обліку тощо є Міністерство фінансів України. Зазначений орган готує проект державного бюджету, який визначає державне фінансування системи охорони здоров'я на бюджетний рік, та подає його до парламенту на затвердження. Крім того, Міністерство фінансів України встановлює вимоги до державних установ (у тому числі закладів охорони здоров'я) у формуванні та впровадженні бюджетів [15].

МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), забезпечує формування та реалізацію 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, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є [14]:

- 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. 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 [7; 12].

За результатами проведеного аналізу повноважень вищезазначених органів з'ясовано, що до завдань, для виконання яких створювалися відповідні державні органи, не належить забезпечення охорони здоров'я працівників цих органів (крім Державного управління справами), але ці органи мають у своєму складі та фінансують відомчі заклади охорони здоров'я. Упродовж 2015-2017 рр. у системі МОЗ продовжувалася реорганізація мережі лікувально-профілактичних закладів шляхом передавання незначної кількості відомчих лікарняних закладів до комунальної власності, за рахунок чого збільшилося навантаження на місцеві бюджети [54].

Отже, відомчі системи ЗОЗ дублюють функції загальнодержавної системи охорони здоров'я, при цьому зазначені системи фінансуються з державного бюджету. Зокрема, майже на 47% витрат державного бюджету за 2018 р. на охорону здоров'я витрачається на відомчі медичні заклади, що становить понад 12% загальнодержавних витрат на охорону здоров'я.

Державні органи та відомства відповідають за фінансування, кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я та програми охорони здоров'я, що належить до сфери їх управління. Така ситуація свідчить про порушення прав громадян та їхніх законних інтересів у сфері охорони здоров'я, зокрема щодо забезпечення належної якості медичного обслуговування, своєчасності та

доступності медичної допомоги, установлених Конституцією України та основами законодавства України про охорону здоров'я. З огляду на те, що більшість таких відомчих закладів не надають повний пакет медичних послуг, працівники цих органів одночасно користуються послугами загальнодержавних і місцевих ЗОЗ, а лікування громадян, які не працюють у цих органах, здійснюється на платній основі. Фінансування, призначене для відомчих лікувально-профілактичних закладів, доповнюється коштами з місцевих бюджетів. У підсумку МОЗ є відповідальним лише за половину фінансових ресурсів, передбачених видатками Державного бюджету України протягом бюджетного періоду [42].

Верховна Рада України прийняла Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон № 2168), яким принципово змінено систему фінансування СОЗ України [3].

Кабінетом Міністрів України Постановою від 27 грудня 2017 р. «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 [17].

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 [17].

Станом на 01 листопада 2021 р. на сайті НСЗУ опубліковано 5728 договорів, підписаних закладами охорони здоров'я у регіонах України. Потенційно в договірній кампанії може брати участь будь-який медичний заклад,

де надається первинна медична допомога, незалежно від того, які інші види медичних послуг він надає.

Такі новели відбулися завдяки зазначеному Закону № 2168, яким, зокрема, скасовано норму про виключне право надання первинної медичної допомоги центрами первинної медичної допомоги.

У зв'язку з реорганізацією Державної санітарно-епідеміологічної служби України, а згодом з її ліквідацією частину її повноважень було передано новоствореній Державній установі «Центр громадського здоров'я» Міністерства охорони здоров'я України», що є санітарно-профілактичним закладом охорони здоров'я, головним завданням якого є діяльність у галузі громадського здоров'я, а власне здійснення епідемічного нагляду (спостереження), виконання повноважень щодо захисту населення від інфекційних хвороб та неінфекційних захворювань, лабораторної діяльності, біобезпеки, інфекційної безпеки донорської крові та/або її компонентів [18].

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба), що є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику в галузі ветеринарної медицини, сферах безпечності та окремих показників якості харчових продуктів, карантину та захисту рослин, ідентифікації та реєстрації тварин, санітарного законодавства, запобігання та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення, метрологічного нагляду, ринкового нагляду в межах сфери своєї відповідальності, державного контролю за додержанням законодавства про захист прав споживачів і рекламу в цій сфері, державного контролю за додержанням заходів біологічної і генетичної безпеки, здійснення радіаційного контролю за забрудненням сільськогосподарської продукції і продуктів харчування [13].

Держпродспоживслужба також отримала частину повноважень Державної санітарно-епідеміологічної служби, зокрема завдання і функції з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та із здійснення контролю (нагляду) за дотриманням вимог

санітарного законодавства (крім функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників).

Місцеві органи влади включають районні, міські та сільські ради і державні адміністрації.

Більшість медичних послуг надаються населенню на об'єктах, що перебувають у власності органів місцевого самоврядування на регіональному, районному чи муніципальному рівнях. Більшість таких ЗОЗ фінансуються за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам та міжбюджетних трансферів між бюджетами відповідного рівня управління. Проте, зважаючи на недостатнє державне фінансування СОЗ, населенню потрібно сплачувати за амбулаторну та стаціонарну допомогу, фармацевтичну продукцію тощо.

Приватний сектор в українській системі охорони здоров'я невеликий і складається в основному з аптечних закладів, медичних клінік, діагностичних установ та приватно практикуючих лікарів. Приватний сектор фінансується через прямі виплати населення або за рахунок страхових компаній.

Початок несистемного реформування СОЗ привів до активізації громадськості, заснування професійних громадських організацій, метою діяльності яких є насамперед захист прав лікарів і пацієнтів, а також експертна оцінка державної політики у сфері охорони здоров'я, у тому числі об'єктивне бачення ситуації у відповідь на неадекватну інформаційну політику, яку проводить МОЗ та інші урядові організації.

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Основними завданнями Держлікслужби є: реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин

і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу; ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; технічне регулювання у визначених сферах. Також Держлікслужба є відповідальною за ліцензування видів господарської діяльності у сфері обігу лікарських засобів та медичних виробів [12].

Державний експертний центр МОЗ (ДЕЦ) є уповноваженою Міністерством охорони здоров'я України спеціалізованою експертною установою у сфері доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів у межах, що визначені законами України «Про лікарські засоби» і «Про захист населення від інфекційних хвороб». ДЕЦ МОЗ також є головною організацією у сфері здійснення фармаконагляду, стандартизації медичної допомоги та медичного, у тому числі фармацевтичного, обслуговування, включаючи розробку відповідних медико-технологічних документів і проектів нормативних актів. Основними завданнями ДЕЦ МОЗ є: забезпечення ефективності, безпеки та якості лікарських засобів шляхом проведення всебічної та об'єктивної експертизи реєстраційних матеріалів відповідно до вимог національних і міжнародних стандартів із метою захисту ринку України від недоброякісної продукції, підготовка проектів відповідних нормативно-правових актів, подання їх на розгляд та затвердження уповноваженим державним органам у порядку, передбаченому законодавством; здійснення експертизи матеріалів щодо розробки, виготовлення і виробництва, доклінічного вивчення та клінічних випробувань лікарських засобів, а також контролю їх якості або додаткових випробувань.

Зокрема, Державний експертний центр МОЗ є відповідальним за надання Міністерству охорони здоров'я рекомендацій та вмотивованих висновків про можливість державної реєстрації (перереєстрації) лікарських засобів та внесення змін до реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, методологічного забезпечення створення лікарських засобів, включаючи їх доклінічне вивчення

та клінічні випробування; здійснення післяреєстраційного нагляду за лікарськими засобами, у тому числі фармакологічного нагляду, створення та розвитку системи стандартизації в галузі обігу лікарських засобів, медичної допомоги, надання медичних послуг та медичного, у тому числі фармацевтичного обслуговування, створення та розвитку системи раціональної фармакотерапії (у тому числі створення та впровадження формулярної системи), удосконалення механізмів реімбурсації (виплати компенсацій) та ціноутворення на лікарські засоби тощо.

Регулювання фармацевтичного ринку в Україні також має свою інституційну рамку. МОЗ формує та реалізує державну політику 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. Зокрема, є відповідальним за створення та підтримку системи, що забезпечує дотримання вимог щодо обігу лікарських засобів на всіх етапах: розробки, допуск на ринок (реєстрації), ввезення, виробництва, транспортування, реалізації (торгівлі), зберігання, споживання, утилізації тощо.

Основним завданням Держлікслужби є реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, у тому числі медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

ДЕЦ МОЗ є монопольною державною експертною установою, що здійснює експертизу матеріалів доклінічного вивчення, клінічних випробувань та реєстраційних матеріалів щодо державної реєстрації лікарських засобів, здійснення фармаконагляду тощо.

При цьому участь у формуванні державної політики у фармацевтичній сфері беруть усі три елементи регуляторної рамки (МОЗ, Держлікслужба і ДЕЦ МОЗ); контрольні-наглядові та дозвільні функції виконують одночасно дві

інституції (Держлікслужба і ДЕЦ МОЗ); Міністерство охорони здоров'я приймає рішення щодо реєстрації лікарських засобів.

Недержавні замовники медичних послуг представлені страховими компаніями, що є фінансовими установами (юридичними особами), створеними у формі акціонерних, повних, командитних товариств або товариств з додатковою відповідальністю згідно із Законом України «Про господарські товариства» з урахуванням особливостей, передбачених цим Законом, а також ті, що одержали у встановленому порядку ліцензію на здійснення страхової діяльності [8].

Огляд основних елементів системи охорони здоров'я України представлений на рис. 1.1..

Найбільший і закономірний вплив на систему охорони здоров'я України справляє МОЗ і установи, що йому підпорядковані. Також значний ступінь відповідальності належить Президенту України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України.

Верховна Рада України встановлює цілі, основні завдання, пріоритети, бюджет, керівні принципи та нормативну базу для сектору охорони здоров'я та затверджує цільові національні програми охорони здоров'я. Президент України відповідає за забезпечення того, що політика в галузі охорони здоров'я реалізується відповідно до законодавства та Конституції через систему органів виконавчої влади. Кабінет Міністрів України координує розробку та реалізацію національних програм, створює правові, економічні й управлінські механізми підтримки системи охорони здоров'я.

Разом з тим органи місцевого самоврядування, які справляють найменший вплив на систему, є власниками найбільшої кількості закладів охорони здоров'я. Вплив на СОЗ НАМН України досить незначний, що не відповідає статусу та повноваженням зазначеної наукової організації.

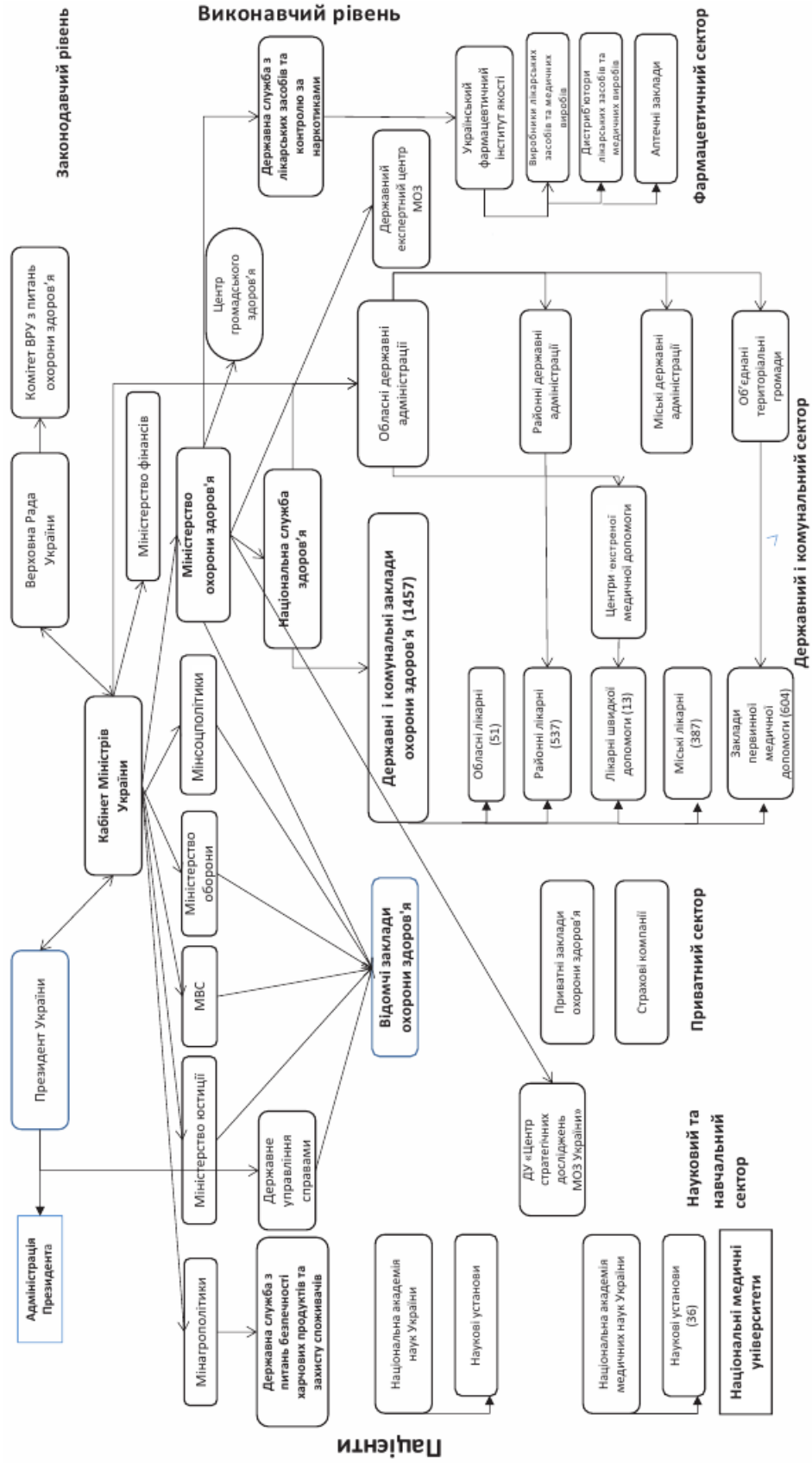


Рис. 1.1. Огляд основних елементів системи охорони здоров'я України

Основними суб'єктами, що здійснюють нормативне, організаційне та адміністративне управління СОЗ, є Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство фінансів України та органи місцевого самоврядування.

СОЗ України має значну інституційну спроможність, але за відсутності стратегічних програмних документів, що мають базуватися на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, та відповідних політичних рішень, реформування системи охорони здоров'я України приречене на несистемність, повільність та непопулярність.

Отже, питання визначення оптимальної структури національної СОЗ та її базових елементів досі залишаються дискусійними.

1.2. Моделі державного управління системою охорони здоров'я в сучасній Україні

Формування моделі управління охороною здоров'я відбувається відповідно до соціально-економічної політики, що проводиться в державі. Усі існуючі моделі відрізняються хоча б по одному з нижчезазначених показників, що є ознаками за критеріями організації управління охороною здоров'я:

- об'єм державних гарантій;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (постачальник) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та постачальником медичних послуг;
- державне управління охороною здоров'я;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Незважаючи на різноманіття конкретних форм організації системи охорони здоров'я, специфіку економічних відносин у цій галузі, можна виокремити кілька параметрів, що відображають її головні економічні характеристики:

- відношення власності;
- способи фінансування (отримання ресурсів);
- механізми стимулювання медичних працівників (виробників медичних послуг) і населення (споживачів послуг).

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні. Наявність у тій або іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами, проте при всіх відмінностях у системах охорони здоров'я різних країн економічні моделі формуються за визначенням ролі та функції держави в цих процесах.

Виходячи з міжнародного досвіду організації охорони здоров'я, можна виділити три основні економічні моделі галузі охорони здоров'я:

- платна медицина, сформована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування;
- державна медицина, що фінансується з державного бюджету;
- система охорони здоров'я, що ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування [51].

Спосіб фінансування галузі охорони здоров'я зумовлює й систему організації охорони здоров'я. Проте в кожній країні модель фінансування охорони здоров'я складалася протягом багатьох років і залежала від багатьох

чинників. Насамперед це досвід розвитку систем охорони здоров'я та історичні особливості розвитку країни [41].

Саме тому практично в кожній країні система фінансування галузі не існує в «чистому» вигляді, є мобільною, тобто розвивається й змінюється. У країнах з розвинутим медичним обслуговуванням незалежно від системи організації системи охорони здоров'я існує жорсткий контроль за видатками на галузь, який формується за такими принципами:

- замороження фінансування галузі на досягнутому рівні, тобто нульове зростання витрат;
- стабілізація витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні до національного доходу або до валового внутрішнього продукту;
- загальний темп зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;
- темпи приросту обсягу витрат мають від'ємний знак;
- загальні витрати на охорону здоров'я підвищуються в обумовлених межах;
- обсяги витрат на охорону здоров'я пов'язуються з обсягом надходження податків або внесків до страхових фондів.

Принципи регулювання видатків на охорону здоров'я постійно модифікуються та удосконалюються в усіх країнах. Основні існуючі моделі організації охорони здоров'я представлені на рис. 1.2. [19].

Незалежно від моделі фінансування та організації для країн з розвинутою системою охорони здоров'я характерні такі ознаки:

1. Фінансування з трьох основних джерел: відрахування з доходів підприємців, відрахування з державного бюджету та страхові внески населення.
2. Фінансування медичної допомоги робітникам, службовцям та членам їхніх родин здійснюється виключно за рахунок підприємства.
3. Вільний вибір застрахованими особами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, що визначає розвиток конкурентних відносин та

сприяє підвищенню якості медичної допомоги та збільшенню уваги до кожного пацієнта.

4. Розвинута система добровільного медичного страхування. Країни з розвинутою системою охорони здоров'я спрямовують свою діяльність в організації охорони здоров'я в таких напрямках: забезпечення адекватності медичної допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до таких послуг; захист доходів пацієнта; макроекономічна ефективність; мікроекономічна дієвість; свобода вибору для споживача медичних послуг; автономія для постачальника медичних послуг.

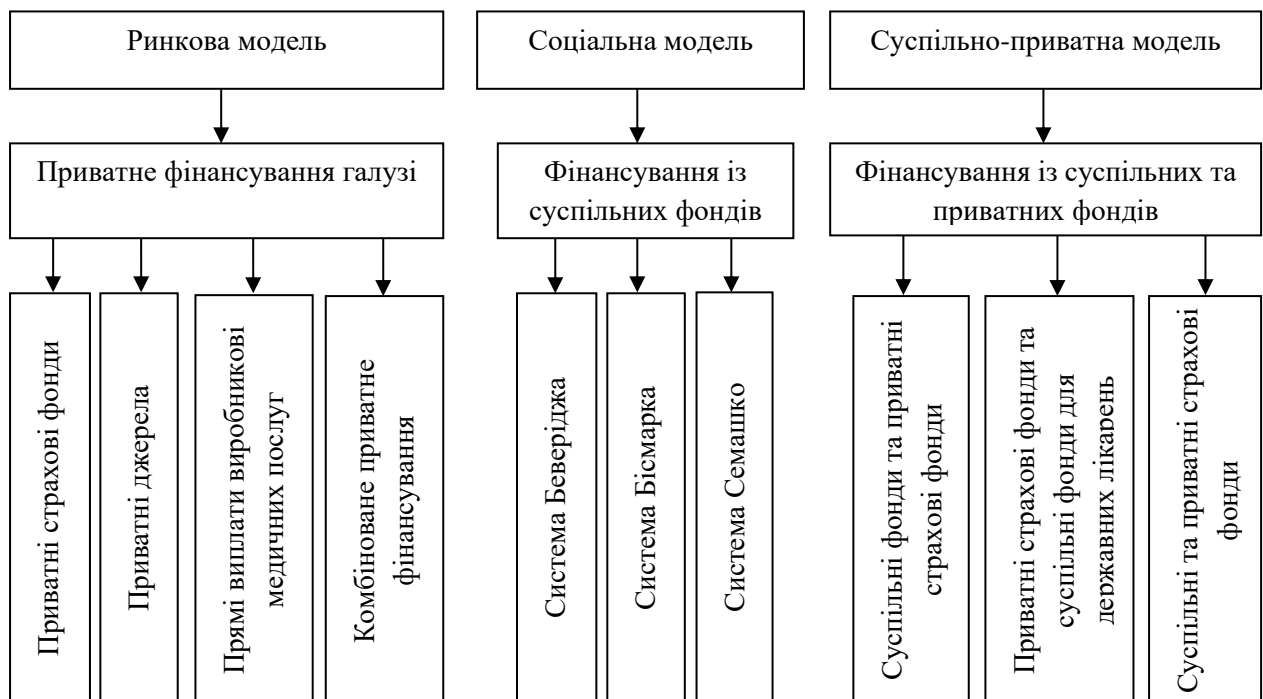


Рис. 1.2. Моделі організації та фінансування галузі охорони здоров'я

Усі перелічені на рис. 1.2. моделі охорони здоров'я побудовані або на солідарній ідеології, або лібертарній. Останні роки характерні пошуком золоті середини між обома ідеологіями. Кожна з них має свої переваги.

В основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найбільш важливих медичних послуг, особливо в критичних для пацієнта станах. При цьому витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти надходять через податкову систему та загальний бюджет.

Соціально малозабезпечені пацієнти звільняються від оплати за медичну допомогу, проте мають вільний доступ тільки до обґрунтовано необхідної, мінімальної медичної допомоги. Впроваджується принцип суспільної солідарності, коли багатий платить за бідного, а здоровий – за хворого.

Лібертарна ідеологія розглядає медицину як будь-який інший товар. Людина, яка має більше коштів, може отримати більший перелік медичних послуг і одержати більш якісну медичну допомогу. Ця ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахований отримує ту якість та перелік медичних послуг, який лімітується розміром його страхового полісу.

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає приватне фінансування галузі. При її реалізації не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги формується ринком, який саморегулюється. Малозабезпечені верстви населення мають обмежений доступ до медичної допомоги. Роль держави обмежується: законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг; окремими програмами, що фінансуються з державного бюджету. За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

- приватні страхові фонди охорони здоров'я;
- внески з приватних джерел;
- прямі виплати виробникові медичних послуг;
- комбінації цих трьох джерел фінансування [19].

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча й забезпечується через роботодавців шляхом добровільного медичного страхування. Як правило, країни поряд з ринковою моделлю використовують і інші. Або при запровадженні ринкової моделі організації охорони здоров'я застосовують комбіноване приватне та суспільне фінансування.

В табл. 1.2 наведено аналіз джерел фінансування охорони здоров'я у різних країнах світу [21].

Таблиця 1.2

Джерела фінансування охорони здоров'я у різних країнах світу

Країна	Приватне фінансування,%	Суспільне фінансування,%
США	56	44
Австрія	34	66
Німеччина	27,5	72,5
Японія	26,2	73,8
Франція	26	74

Типовим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг США. Галузь охорони здоров'я в цій країні представлено переважно системою приватних медичних закладів та комерційним медичним страхуванням, при впровадженні якого лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти – їх покупцями. Такий ринок найбільш наближений до вільного ринку й має всі його переваги та недоліки.

Переваги ринкової моделі охорони здоров'я:

- стимуляція розвитку нових медичних технологій; забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників;
- постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією;
- жорстка вибірка економічно неефективних технологій та стратегій;
- мобільність ресурсів.

Недоліки ринкової моделі охорони здоров'я:

- нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення;
- високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг;
- високі громадські витрати на охорону здоров'я;
- неможливість здійснення державного контролю за визначенням розвитку пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;

- можливість недобросовісної конкуренції між постачальниками медичних послуг;
- посилення впливу реклами та «моди»;
- не динамічність на національному рівні.

Ринкова модель організації охорони здоров'я, з одного боку, одна з найякісніших, з іншого – одна з найбільш високо затратних. В умовах ринкової моделі організації охорони здоров'я пацієнт постійно змушений приймати рішення: в який ринок (фінансовий чи страховий) вкласти свої збереження. Таким чином, з економічної точки зору ринкова модель неефективна, що потребує перевитрат коштів.

Система охорони здоров'я, яка ґрунтується на ринкових засадах не надає соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги, тобто не має такої властивості, як доступність для всіх верств населення.

Соціальна модель охорони здоров'я. Особливістю соціальної моделі є система фінансування, що ґрунтується на зборі коштів у суспільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі канали: податки у суспільні фонди; внески в суспільні фонди медичного страхування; змішана система фінансування.

Суспільний фонд охорони здоров'я формується залежно від розмірів доходів. У ряді випадків оподаткування може не залежати від розміру доходів. Система фінансування із суспільних фондів може бути змішаною, що реалізується за рахунок податків та страхових внесків. За рахунок податків здійснюється фінансування охорони здоров'я в Ірландії, Великобританії, Швеції, Фінляндії, Канаді, Іспанії. На суспільному страхуванні ґрунтується система фінансування охорони здоров'я в Бельгії, Франції, Німеччині, Японії, Люксембурзі, Нідерландах. Збір коштів у суспільний фонд може здійснюватись на базі:

- загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
- регіональної (провінційної) системи оподаткування;
- системі податків місцевого значення;

– комбінації трьох названих систем оподаткування.

До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать такі загальновизнані системи організації охорони здоров'я:

1. Система Бісмарка (модель соціального страхування);
2. Система Беверіджа (універсалістська);
3. Система Семашко.

Система Бісмарка (модель соціального страхування). Система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в національному масштабі в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Історично це була перша державна система охорони здоров'я. Вона слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенціальних військовослужбовців. Споконвічно створені фонди соцстраху сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виокремились лікарняні каси. Систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю. За системою Бісмарка лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Держава законодавчим шляхом зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники. За системою Бісмарка страхові компанії та структури, які є суб'єктами ринку медичних послуг, зобов'язані всі зібрані кошти використовувати тільки на оплату медичної допомоги. Характерною рисою системи Бісмарка є існування незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, їх діяльність строго регламентує держава. За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії. Вона фінансується за допомогою відрахувань із заробітної плати й інших державних фондів [39].

Переваги системи Бісмарка:

- принцип солідарної оплати медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги для всього населенні країни.

Недоліки системи Бісмарка:

- великий адміністративний апарат;
- складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами;
- високі витрати на утримання страхової інфраструктури.

Система Беверіджа (універсалістська). Система Беверіджа (універсалістська) – система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища. Система була запропонована англійським економістом Беверіджем. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою. Наприклад, на дітей. На відміну від системи Бісмарка, в системі організації охорони здоров'я Беверіджа лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Оплата праці медичного працівника залежить від обсягу наданих медичних послуг та кваліфікації лікаря та медичних сестер. При організації системи охорони здоров'я за системою Беверіджа пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування. Система Беверіджа запроваджена в Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії.

Переваги системи Беверіджа:

- доступність медичної допомоги для всього населення країни;
- відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів;

- відносна проста система оплати праці в галузі [51].

Недоліки системи Беверіджа:

- відсутність ринкових стимулів економічної ефективності;
- слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг;
- необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.

Система Семашко. Система характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Модель заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. В цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Нормативно-адміністративна форма організації системи охорони здоров'я усуває недоліки ринкової системи. Система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні та місцеві органи управління охороною здоров'я. Така система характерна для країн з плановою економікою.

Переваги системи Семашко:

- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії);
- забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги;

- високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.

Недоліки системи Семашко:

- низькі показники розвитку медичної допомоги;
- відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги;
- низький рівень заробітної платні медичних працівників.

Моделі Беверіджа та Семашко відносять до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансування галузі. До основних привілеїв таких систем відносяться:

1. Макроефективність. Уніфікована та інтегрована державна система порівняно дешева, являє собою ефективне використання ресурсів, користується популярністю серед переважної більшості населення, полегшує розробку та виокремлення пріоритетів.

2. Мікроефективність. Внаслідок уніфікованої структури та відсутності оплати за медичні послуги спостерігається велика дієздатність до заміщення медичних професій, використання командного підходу за забезпечення вибору між медичним обслуговуванням в умовах стаціонару та на дому.

3. Механізм фінансування. Бюджетне фінансування дозволяє позбавитись проблем страхових ринків.

4. Забезпечення принципу соціальної справедливості.

5. Економія ресурсів. Забезпечується організацією оплати персоналу, тому що відсутність оплати за окрему медичну послугу не стимулює призначення зайвих діагностичних та лікувальних процедур. Заробітна плата фіксована. Жорсткий порядок формування бюджету та контроль за призначеннями лікаря.

Суспільно-приватна модель охорони здоров'я. Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони здоров'я реалізується за трьома основними варіантами.

1. Фінансування галузі охорони здоров'я із суспільних фондів та з приватних страхових фондів. Прикладом такого фінансування може бути система охорони здоров'я Нідерландів [48].

2. Фінансування галузі охорони здоров'я з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення. Наприклад, у США соціальне фінансування медичної допомоги бідним та особам похилого віку проводиться через системи Медикейт та Медикер.

3. Фінансування медичного обслуговування населення із суспільних та приватних страхових фондів. Наприклад, у Канаді лікування пацієнта здійснюється на рахунок суспільного страхування, а придбання ліків – за рецептами амбулаторних клінік та послуги дантистів – на рахунок приватного страхування.

Страхова медицина – система товарно-ринкових відносин у галузі охорони здоров'я. Медичне страхування – система організаційних та фінансових заходів щодо забезпечення діяльності страхової медицини. Мета страхової медицини та медичного страхування – забезпечення громадянам соціальних гарантій та прав на отримання медичної допомоги за рахунок накопичення коштів при виникненні страхового випадку або для фінансування профілактичних заходів.

Завдання медичного страхування:

- посередницька діяльність в організації та фінансуванні медичної допомоги населенню;
- контроль за якістю та обсягом медичної допомоги населенню;
- розрахунок за надання медичної допомоги через страхові фонди.

Впровадження страхової медицини в багатьох країнах мало ряд позитивних наслідків: гармонійне доповнення державної системи фінансування галузі охорони здоров'я; контроль якості та обсягу медичної допомоги застрахованого населення; реалізація права пацієнта на вибір лікувального закладу та лікаря; впровадження ефективних форм управління галуззю охорони здоров'я та окремими медичними закладами; мотивація праці медичних працівників. За даними ВООЗ, понад 30 країн Організації економічного

співробітництва і розвитку використовують різноманітні системи страхової медицини, за якими компенсується майже 74% витрат на медичну допомогу [20].

Системи медичного страхування розрізняються за принципами управління, організації, характером фінансування, переліком медичних послуг.

Існують такі моделі медичного страхування:

- обов'язкове медичне страхування для окремих категорій громадян;
- загальне обов'язкове медичне страхування (континентальна модель);
- загальне державне медико-соціальне страхування (пряма модель);
- державна монополія на медичне страхування.

Державна (бюджетна) система медичного страхування фінансується за рахунок податкових надходжень до державного бюджету. Впроваджена в Англії, Італії, Данії, Ірландії.

Соціальна система медичного страхування. Особливістю соціальної системи медичного страхування є участь населення у витратах на медичну допомогу. Певні види або обсяг медичної допомоги населення сплачує самостійно незалежно від коштів, внесених на страхування. Другою особливістю соціального страхування є соціальна солідарність: здоровий платить за хворого, молодий – за людину похилого віку, заможній – за бідного. Особи з низькими прибутками та соціально незахищені верстви населення внесків не сплачують. Соціальна система медичного страхування впроваджена у Франції, Бельгії, Австрії, Японії, Німеччині, Нідерландах та інших країнах.

Отже, до недавнього часу, система охорони здоров'я в Україні була представлена вищезазначеною моделлю, яка зазнала певних змін і помітно занепала під час ринкової трансформації економіки України. Реформування такої системи вимагає її ретельного аналізу та чіткого бачення нової концепції, яка, з одного боку, базуватиметься на сильних сторонах попередньої системи, а з іншого – враховуватиме міжнародний досвід реформування систем охорони здоров'я, заснованого на реальних економічних, політичних та цивілізаційних змінах у світі.

З 2014 р., в Україні відбувається активна трансформація системи охорони здоров'я та перехід на нову модель публічного управління нею, засновану на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Галузева реформа передбачає перетворення всіх елементів системи: фінансових, організаційних, матеріально-технічних, регуляторних, трудових тощо. Лише у 2016 р., уряд України застосував комплексний підхід до реформи охорони здоров'я, першочерговим кроком до реалізації якого було затвердження Кабінетом Міністрів України Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, що, тим самим, розпочало системні зміни у галузі охорони здоров'я.

Концепцією передбачався перехід до фінансування медицини на основі страхового принципу шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Виплати для лікування хворого не прив'язуються до розміру індивідуальних внесків. Концепцією пропонується запровадження моделі державного солідарного медичного страхування. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом», що передбачає заміну фінансування інфраструктури розвитку медичних закладів та інших надавачів послуг.

Серія медичних реформ була розпочата у 2018 р. в Україні. Вона передбачає побудову моделі охорони здоров'я, що стає все більш зрозумілою та реальною, передбачає спрямування всіх галузей медицини на розвиток сучасного рівня якісного обслуговування населення, відповідно до усталених європейських підходів. Основна мета реформи – надати громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та переорієнтувати систему охорони здоров'я на вимоги пацієнта. Основними змінами, які відбуваються під час трансформації галузі охорони здоров'я та, які передбачаються у результаті проведення даної реформи, є:

- реалізація державного гарантованого пакету медичної допомоги;
- розвиток мережі кардіоцентрів;
- створення системи Єдиного національного замовника медичних послуг;
- введення принципу «гроші йдуть за пацієнтом»;
- автономізація робочих процесів медичних працівників;

- створення договірної моделі фінансування охорони здоров'я;
- впровадження системи e_Health;
- формування прозорої та ефективної процедури закупівлі медикаментів.

Тому, виходячи з вищесказаного, слід зазначити, що у демократичній державі, як правило, формується децентралізована модель публічного управління системою охорони здоров'я з широким делегування повноважень вищих органів влади нижчим. Під моделлю публічного управління системою охорони здоров'я ми розуміємо невід'ємну частину системи управління, яка здійснює безпосередній вплив на формування та розвиток тих факторів, від яких залежить результат діяльності об'єкта управління. Складний механізм публічного управління системою охорони здоров'я включає систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів.

Аналіз теоретичних та практичних аспектів реформування публічного управління системою охорони здоров'я в Україні, у період незалежності показав, що до 2015 р., в Україні діяла радянська модель охорони здоров'я на основі фінансування бюджетів закладів охорони здоров'я та інфраструктури їх системи. З кінця 2014 р. і дотепер, відбувся перехід до нової моделі публічного управління системою охорони здоров'я, яка передбачає реалізацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, контрактну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування, автономізацію медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Стан впровадження медичної реформи: реалії сьогодення

У сучасній правовій системі питання охорони, захисту, порядку здійснення права на життя, здоров'я та права на особисту безпеку присвячено норми конституційного, адміністративного, цивільного, кримінального та інших галузей права України.

З'ясуємо те, що вже вдалося зробити в медицині в правовому полі: ухвалено Закон про автономізацію медичних установ. Головне в цьому законі: вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості.

Створення, в свою чергу, Національної Служби Здоров'я України (НСЗУ) за прикладом Британської National Health Service – оператора, який прийматиме основні рішення на локальному рівні – контрактуватиме закупівлю медичних послуг та підписуватиме договори з медичними закладами і лікарями, що займаються підприємницькою діяльністю [47]. Національна служба здоров'я створювалась для реалізації зміни принципу фінансування системи охорони здоров'я та підзвітна відразу Кабінету Міністрів. Умовно кажучи, це окреме міністерство. Саме у такій структурі є ціла низка переваг. Наприклад, медичні протоколи затверджує не Національна служба здоров'я, а МОЗ. Це дає можливість службі виступати у ролі незалежної контролюючої структури. Вона замовляє медичні послуги у лікарень, у тому числі й приватних, до яких не має жодного відношення. Лікарню обирає пацієнт – служба здоров'я лише оплачує лікування і контролює його вартість та якість. Це окрема урядова структура. За минулої системи МОЗ якраз замовляло медичні послуги для населення саме у себе. Приміром, МОЗ віддає гроші у вигляді медичної субвенції міській раді, а

та віддає їх лікувальному закладу, що належить місту, але підпорядковується Міністерству охорони здоров'я. У якості наданих послуг при цьому ніхто не зацікавлений. Натомість Національній службі здоров'я не належить жоден з медичних закладів [17].

Важливим елементом у впровадженні медичної реформи є і дієва система контролю якості при наданні медичних послуг. Ліцензування – процес, яким уряд надає дозвіл на здійснення професійної діяльності практикуючому лікарю або медичній організації (зазвичай після перевірки дотримання мінімальних обов'язкових стандартів). В Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, то акредитація медичних закладів покликана забезпечити безперервне підвищення якості й націлена на досягнення оптимальних стандартів.

Національний орган з акредитування через незалежне зовнішнє оцінювання публічно підтверджує досягнення акредитаційних стандартів тим чи іншим закладом. У Великій Британії цим займається United Kingdom Accreditation Forum (UKAF) – волонтерська мережа організацій NHS, підзвітна уряду; у Франції – HAS, орган влади у сфері охорони здоров'я (незалежна некомерційна публічна наукова організація); у США – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO; національна некомерційна організація). Оскільки, в Україні акредитація здійснюється не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, а Міністерством охорони здоров'я України, котре перевіряє підпорядковані йому ж заклади, це створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичної допомоги в охороні здоров'я [56].

Комплексне реформування охорони здоров'я, яке спрямоване на створення системи надання медичних послуг, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити рівний доступ населення до якісної медичної допомоги, та забезпечення

фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені» – залишаються одними з пріоритетних напрямів у політиці Уряду України.

Восени 2019 р. в програмі діяльності Кабінету Міністрів України (далі – КМУ) було задекларовано досягнення трьох ключових цілей: «Ціль 2.1. Люди менше хворіють; Ціль 2.2. Люди, які захворіли, швидше одужують; Ціль 2.3. Люди довше живуть» – з відповідними показниками ефективності.

Однак на початку березня 2020 р. Уряд Олексія Гончарука пішов у відставку, відповідно, оцінювати цю програму вже немає сенсу.

До червня 2020 р. новий Уряд працював без затвердженої програми. Нова програма, затверджена постановою КМУ від 12 червня 2020 р. № 4712, у сфері охорони здоров'я складається з трьох частин: першочергові заходи, спрямовані на подолання пандемії COVID-19, заходи з реформування системи охорони здоров'я та забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги громадян із хронічними неінфекційними захворюваннями (непов'язаними з COVID-19) [16].

Серед короткострокових пріоритетів – підготовка мережі закладів охорони здоров'я до роботи в особливих умовах, забезпечення необхідним медичним обладнанням, лікарськими засобами та матеріалами, створення додаткових місць надання медичної допомоги та відновлення функціонування системи протиепідемічного захисту.

Серед стратегічних пріоритетів заявлені такі очікувані результати та показники:

- забезпечення надання населенню гарантованого державою переліку медичних послуг;
- запровадження ведення медичної документації в електронному вигляді;
- підвищення якості практичної підготовки лікарів-інтернів та як результат – підвищення якості надання медичної допомоги населенню;
- підвищення якості освіти медичних працівників у системі безперервного професійного розвитку;

- врегулювання системи атестації середнього медичного персоналу та впровадження безперервного медичного розвитку;
- запровадження системи індикаторів якості медичної допомоги;
- відновлення системи протиепідемічного захисту та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;
- зменшення рівня смертності;
- підвищення якості медичних послуг, які надаються населенню;
- функціонування доступної та спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я для надання якісних медичних послуг;
- розширення доступу пацієнтів, що користуються програмою «Доступні ліки», до нових лікарських засобів та забезпечення доступу пацієнтів до якісних та безпечних лікарських засобів.

Політику реформування охорони здоров'я за період вересень 2019 по вересень 2020 років варто оцінювати з погляду досягнення виконання стратегічних завдань реформи – розвитку та підвищення якості обслуговування первинної ланки та запуску реформування вторинної ланки медичної допомоги, яке мало розпочатися з 1 квітня 2020 р.. Також реформу неможливо оцінити без урахування пандемії COVID-19, яка внесла значні об'єктивні корективи в політичні пріоритети, а також маніпулювання фактором COVID-19 та публічними фінансами в політичних інтересах напередодні місцевих виборів.

Розглянемо наявний прогрес у реформуванні системи охорони здоров'я України.

Первинна медична допомога. Механізми фінансування медичних закладів та лікарів, що надають первинну медичну допомогу (далі – ПМД) за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» розгорнуті в повному обсязі. Видатки державного бюджету на ПМД зросли: з 10,6% від витрат на охорону здоров'я у 2017 р. до 14,6% у 2019 р., та на 15,8 млрд. грн. збільшено у 2020 р., у зв'язку з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками. На 2021 р. видатки на охорону здоров'я становлять 160 млрд. грн. – це на 30 млрд. більше ніж 2020-го року і майже на 65 млрд.

більше ніж у 2019 р.. Тому за два роки фінансування медицини зросло більше ніж на 60% [38].

13 квітня 2020 р. Верховна Рада України на позачерговому пленарному засіданні прийняла Закон про внесення змін Держбюджету на 2020 р., яким сформовано Фонд боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками. Обсяг фонду становить 64,7 млрд. грн. Передбачено, що рішення про виділення коштів із фонду (у разі потреби з відкриттям нових бюджетних програм, включаючи трансферти місцевим бюджетам) прийматимуться Урядом за погодженням з Комітетом Верховної Ради України з питань бюджету. Визначено напрямки використання коштів Фонду боротьби з COVID-19 та його наслідками, зокрема і у сфері охорони здоров'я це:

- заходи, спрямовані на запобігання виникненню та поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, зокрема, на закупівлю товарів, робіт і послуг, необхідних для здійснення зазначених заходів, включаючи закупівлю медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

- додаткові доплати до заробітної плати медичним та іншим працівникам, які безпосередньо зайняті на роботах з ліквідації гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, а також доплати до заробітної плати окремим категоріям працівників, які забезпечують життєдіяльність населення, на період здійснення заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, визначений у рішенні Кабінету Міністрів України про встановлення карантину, до завершення здійснення зазначених заходів;

- надання грошової допомоги громадянам, зокрема, особам похилого віку, у зв'язку із негативними наслідками поширення на

території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2;

- надання одноразової грошової допомоги членам сімей медичних та інших працівників закладів охорони здоров'я, які загинули (померли) від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, що пов'язано з виконанням робіт з ліквідації такої хвороби, у порядку та розмірах, визначених Кабінетом Міністрів України;

- надання трансферту Пенсійному фонду України;

- надання фінансової допомоги на поворотній або безповоротній основі Фонду соціального страхування України і Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття;

- поповнення резервного фонду державного бюджету;

- відновлення видатків державного бюджету (включаючи трансферти місцевим бюджетам) та надання кредитів з державного бюджету за бюджетними програмами, скорочених у зв'язку із створенням фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками.

Видатки Міністерства охорони здоров'я у збільшено на 15,4 млрд. грн. із 115,9 млрд. грн. до 131,3 млрд. грн., водночас скорочено видатки на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових та науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти на 0,19 млрд. грн.; скорочено видатки на загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти на 0,26 млрд. грн.

Видатки на Національну службу здоров'я збільшино із 72,3 млрд. грн. до 87,8 млрд. грн. – на 15,8 млрд. грн. збільшено видатки на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення.

Водночас фінансове забезпечення сфери охорони здоров'я знаходиться у досить критичному стані. Про це свідчать розрахунки фактичної потреби в коштах на охорону здоров'я у 2020 р..

Первинна медична допомога. Постановою Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 р. № 65 визначено розмір капітаційної ставки до 600 грн. (у 2019 р. – 370 грн.) з одночасним зменшенням у 1,5 рази вікових коефіцієнтів. Отже, капітаційні ставки у 2020 р. з врахуванням вікових коефіцієнтів для всіх вікових груп залишилися без змін, наприклад, для вікової групи 18-39 років у 2018-2020 роках він становить 370 грн. [38].

Слід врахувати, що розмір капітаційної ставки не врахував збільшення мінімальної заробітної плати на 550 грн. (2018 – 3 723 грн., 2019 – 4 173 грн., 2020 – 4 723 грн.). Більше того, у 2020 р. застосовувалися понижувальні коефіцієнти при перевищенні ліміту кількості пацієнтів у лікаря на 10% (у 2019 р. до цієї кількості декларацій понижувальні коефіцієнти не застосовувалися).

МОЗ України подає розрахунок державних фінансових гарантій для надання первинної медичної допомоги 29,5 млн. осіб, які підписали декларацію з лікарем. За даними Держкомстату (демографічні дані станом 1 січня 2019 р.) населення України становить 41,9 млн. осіб.

З урахуванням коефіцієнта інфляції та кількості населення, на яку здійснює розрахунок Міністерство фінансів – 35 млн. 477,7 тис. осіб, потреба в коштах на ПМД складає 27,3 млрд. грн.

Відшкодування вартості інсулінів. Постановою Кабінету Міністрів України № 65 від 2020 р. внесено зміни до постанови від 27 листопада 2019 р. № 1119 у частині відшкодування вартості інсулінів в рамках програми медичних гарантій з 1 жовтня до 31 грудня 2020 р.. Рівень забезпеченості коштами медичної субвенції для лікування хворих на цукровий діабет препаратами інсулінів на I квартал 2020 р. орієнтовно становила лише 45% від потреби. Додаткова потреба на 2020 р. становила не менше як 1 млрд. грн. Уряд 25 березня 2020 р. прийняв постанову, якою передбачено виділення коштів на інсулін в обсязі 651 млн. грн., тому потенційний дефіцит склав 349 млн. грн., який було покрито з місцевих бюджетів.

Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога. Програма медичних гарантій затверджена постановою Уряду від 5 лютого 2020 р. № 65, зокрема, для [38]:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Фінансування Програми державних гарантій медичного обслуговування населення передбачалося на 2020 р. в розмірі 72,1 млрд. грн.

Перехід медичних закладів на роботу за договорами з НСЗУ з 1 квітня 2020 р. ускладнився надзвичайною ситуацією з коронавірусної хвороби COVID-19, в якій опинилася країна. Також надзвичайно серйозна проблема виникла від початку другого етапу реформи, а саме – зупинка планових хірургічних втручань, планових госпіталізації хворих, зменшення амбулаторних відвідувань. Це призвело до зменшення кількості пролікованих випадків та амбулаторно наданих послуг, наслідком чого стало критичне зменшення фінансування закладів охорони здоров'я з боку НСЗУ.

Забезпечення вторинної та третинної медичної допомоги за аналізом потреб у 2020 р. становить орієнтовно 85,6 млрд. грн. (оціночно взято за основу розрахунок дефіцит коштів у 2019 р. та показника індексу інфляції). Додаткова потреба на вторинну та третинну медичну допомогу складає 14,1 млрд. грн. Додаткова потреба у державному бюджеті для фінансування Програми державних гарантій медичного обслуговування населення складає: 25,8 млрд. грн.

У 2022 р. видатки на охорону здоров'я в Україні планується збільшити до 224 млрд. грн., збільшується частка фінансування сфери охорони здоров'я

через програму медичних гарантій з 58% у 2019 р. до понад 70% у 2022 р.. У Мінфіні очікують, що найближчим часом цей показник продовжить зростати [25].

У проекті бюджету 2022 закладено фінансування таких пріоритетних напрямів системи охорони здоров'я:

- програма медичних гарантій – 157,5 млрд. грн.;
- надання високоспеціалізованої медичної допомоги та централізована закупівля ліків – 19,1 млрд. грн.;
- розвиток системи громадського здоров'я, зокрема закупівля вакцин від COVID-19, – 6 млрд. грн.;
- придбання спеціалізованого медичного обладнання – 2,7 млрд. грн.;
- підтримка регіональних закладів охорони здоров'я – 2,4 млрд. грн..

Також буде продовжено розвитку трансплантації в Україні, що дозволяє зменшити кількість пацієнтів, які направляються на лікування за кордоном [25].

Як показують дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я, існує пряма залежність між рівнем витрат на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення та середньою тривалістю життя. Той факт, що Україна за рівнем смертності в 2017 р. посіла 5 місце, а за тривалістю життя – 150 місце у світовому рейтингу [57], є безумовним свідченням недостатнього фінансового забезпечення вітчизняної медичної системи.

Донедавна система охорони здоров'я України фінансувалася за бюджетною моделлю, яка беззаперечно є високоефективною за умови достатнього фінансового забезпечення.

Зокрема, аналіз статистичної інформації показує, що реальні видатки на охорону здоров'я в Україні за 2016–2021 рр. збільшилися з 71 млрд. грн. До 83,2 млрд. грн., або на 17,25%, як показано у табл. 2.1 [24].

Також на 20,2% зросли витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення, проте частково таке зростання викликане скороченням чисельності населення країни (на 2,3% протягом аналізованого періоду).

Таблиця 2.1

Показники фінансування охорони здоров'я України у 2015–2020 рр.

Показник	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 прогноз	2021/ 2016	2021/ 2022
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (у цінах 2015 р., грн.)	1657	1553	1850	1897	1959	1988	1848	20,2	-8,4
Видатки на охорону здоров'я (у цінах 2015 р., млрд. грн.)	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	77,0	17,2	-8,7
Видатки на охорону здоров'я (у % до ВВП країни)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	-16,6	0
Видатки на охорону здоров'я (% у консолідованих видатках)	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2		-11,5	
Чисельність населення (млн. ос.)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8		-2,3	

Також на 20,2% зросли витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення, проте частково таке зростання викликане скороченням чисельності населення країни (на 2,3% протягом аналізованого періоду). Майже на 17% знизилася питома вага витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП країни, а частка витрат консолідованого бюджету на охорону здоров'я скоротилася з 10,4% у 2016 р. до 9,2% у 2021 р.. Це показує, що обсяги бюджетного фінансування медичної галузі України хоч і зростають, але повільнішими темпами, аніж зростає вітчизняна економіка.

Заплановані у Державному бюджеті України на 2022 р. витрати для Міністерства охорони здоров'я України включають фінансування апарату Міністерства (35,2 млрд. грн.), Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (116,2 млн. грн.), а також Національної служби здоров'я України (НСЗУ) (123,8 млрд. грн.).

На рис. 2.1. [27] відображено розподіл видатків Національної служби здоров'я України за основними статтями витрат. Зокрема, основну частину фінансових ресурсів Національної служби здоров'я України (123,5 млрд. грн.) спрямовано на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка працює з 1 квітня 2020 р. Передбачено витрати на централізовану закупівлю лікарських засобів (10,3 млрд. грн.), на підготовку медичних кадрів (7,1 млрд. грн.), на громадське здоров'я і боротьбу з епідеміями

(2,6 млрд. грн.), на вакцинацію від COVID-19 (2,6 млрд. грн.), на екстрену медичну допомогу (2,0 млрд. грн.).

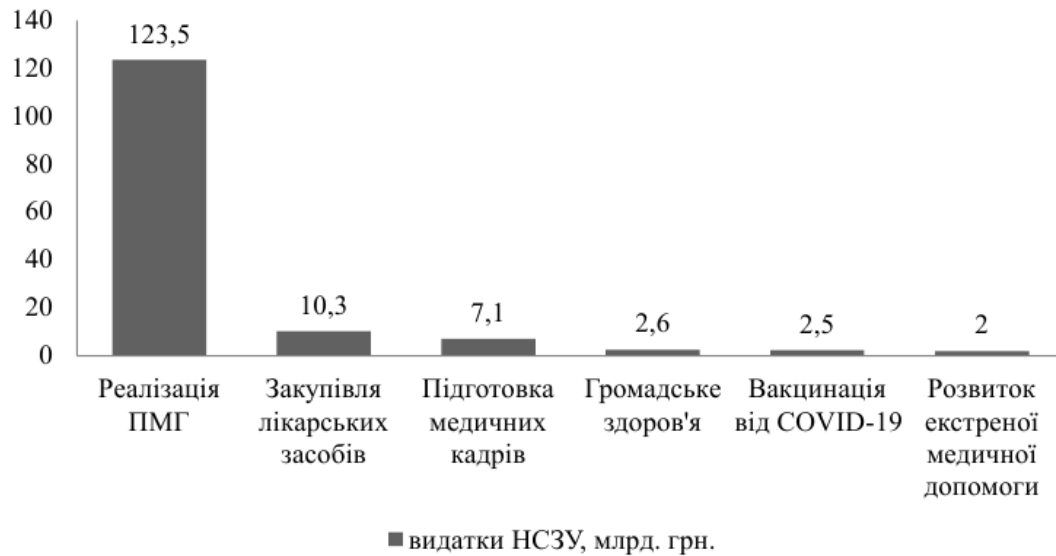


Рис. 2.1. Основні статті фінансування охорони здоров'я у 2021 р.

Аналіз структури видатків державного бюджету України свідчить про те, що фінансування економічної інфраструктури (будівництво доріг), освіти, безпеки і судової влади, соціального захисту та оборони, на жаль, сьогодні є більш пріоритетними, ніж витрати на охорону здоров'я, дані приведені у табл. 2.2 [24; 35].

Таблиця 2.2

Консолідовані видатки державного бюджету України у 2015–2020 рр.

Стаття бюджету	Відатки у % до ВВП						Відатки у % до Зведеного бюджету					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020 план	2015	2016	2017	2018	2019	2020 план
1. Загальнодержавні функції, в т.ч.: обслуговування боргу	5,9	5,6	5,6	5,4	5,1	5,1	17,3	16,1	15,7	15,3	14,8	15,5
2. Оборона	2,6	2,5	2,5	2,7	2,7	2,6	7,7	7,1	7,0	7,8	7,8	8,0
3. Безпека та судова влада	2,8	3,0	3,0	3,3	3,6	3,3	8,1	8,6	8,4	9,4	10,5	10,1
4. Економічна діяльність	2,8	2,8	3,4	4,0	3,9	4,1	8,3	7,9	9,7	11,3	11,2	12,5
5. Охорона довкілля	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
6. ЖКГ	0,8	0,7	0,9	0,9	0,9	0,7	2,3	2,1	2,6	2,4	2,5	2,1
7. Охорона здоров'я	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2
8. Духовний та фізичний розвиток	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	2,4	2,0	2,3	2,3	2,3	2,5
9. Освіта	5,7	5,4	6,0	5,9	6,0	5,9	16,8	15,5	16,8	16,8	17,4	17,8
10. Соціальний захист	8,9	10,8	9,6	8,7	8,1	7,1	25,9	30,9	27,0	24,7	23,4	21,4
Усього	34,2	35,0	35,4	35,1	34,5	32,9	100	100	100	100	100	100

Питома вага фінансових витрат на охорону здоров'я в нашій країні майже на 5% нижча, ніж у країн ОЕСР.

Важливим показником фінансування медицини є величина бюджетних витрат на охорону у розрахунку на душу населення. Динаміка даного показника у 2015–2020 рр. була доволі нестабільною, як наведено у табл. 2.3 [52].

Таблиця 2.3

Державні витрати на охорону здоров'я в розрахунку на душу населення в Україні у 2015–2020 рр.

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення (у цінах 2018 р.), грн.	2744	2598	2369	2644	2732	2641
Витрати на охорону здоров'я у розрахунку на душу населення (у цінах 2018 р.), дол. США	101	96	87	97	100	97

Так, через бюджетну кризу й перерозподіл бюджетних видатків на користь фінансування соціального захисту населення, відбулося скорочення витрат на охорону здоров'я з 2744 грн. (101 дол. США) у 2015 р. до 2369 грн. (87 дол. США) у 2017 р. Подальше зростання витрат на охорону здоров'я у 2019 р. Досягло рівня 2732 грн. або 100 дол. США в розрахунку на одну особу, проте у 2020 р., на жаль, знову можемо спостерігати негативну динаміку видатків на фінансування медицини. На практиці фактичне державне недофінансування медицини компенсується за рахунок особистих коштів громадян, які здебільшого йдуть на придбання лікарських засобів.

У нинішніх умовах розвитку системи охорони здоров'я України, ускладнених коронавірусною хворобою (COVID-19), важливим є пошук шляхів збільшення джерел фінансування медичної галузі. Рівень фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я є значно нижчим, ніж у країнах Європи, а у поєднанні зі стабільним скороченням бюджетних видатків та недостатнім ресурсним забезпеченням медицини, дана проблема щороку набуває більшої актуальності й гостроти. У період макроекономічної нестабільності

мобілізація додаткових ресурсів для охорони здоров'я є викликом як у політичному, так і в економічному аспектах.

З позиції Всесвітньої організації охорони здоров'я проблема збільшення фінансування системи охорони здоров'я переросла у цілу концепцію під назвою «Ідея розширення бюджетного простору», яка розглядається у трьох вимірах [53]:

1. Пошук можливостей збільшення величини державних видатків у межах існуючого фіскального простору (за рахунок нових надходжень, нових запозичень), що залежать від основних макроекономічних показників держави. Як свідчать результати дослідження ВООЗ та Центру глобального розвитку, зростання загальної величини бюджетних видатків є ключовим джерелом збільшення обсягів фінансування медицини, що особливо актуально для країн з низьким і середнім рівнем доходів, зокрема й України.

2. Зростання питомої ваги бюджетних витрат на охорону здоров'я шляхом перерозподілу витрат між іншими секторами економіки. Зміна пріоритетів бюджетного фінансування на користь системи охорони здоров'я є не надто популярною у країнах з низьким та середнім рівнем доходів, оскільки це потребує певної політичної волі, а також відповідної політики й позиції Міністерства охорони здоров'я.

3. Удосконалення планування бюджету, запровадження ефективніших методів управління державними фінансами, забезпечення надійності, гнучкості і своєчасності видатків на охорону здоров'я є одним із факторів розширення бюджетного простору медичної галузі, що у свою чергу вимагає ґрунтовного планування та належного виконання бюджетів охорони здоров'я зі сторони Міністерства охорони здоров'я.

Разом з тим варто зауважити, що навіть при умові збільшення обсягів фінансування медичної галузі, вкладання коштів у неефективну систему не дасть очікуваних результатів.

Важливо підвищувати ефективність медичної діяльності, досягати вищого рівня якості медичних послуг при збереженні того ж рівня ресурсів і фінансових

витрат. Іншими словами слід навчитися купляти більший об'єм якісніших послуг, витрачаючи ті ж кошти, що й раніше. Саме тому будь-яке реформування фінансового забезпечення вітчизняної медицини не принесе жодного ефекту, якщо паралельно не відбудуватиметься реформування та оптимізація системи охорони здоров'я.

З огляду на це одним із найбільш ефективних методів фінансування медичної галузі є метод оплати наданих медичних послуг, який власне і впроваджується зараз в умовах медичної реформи особливо на рівні первинної медицини. Використання принципу «гроші йдуть за пацієнтом» дозволить уникнути непродуктивних витрат в окремих секторах сфери охорони здоров'я й спрямувати кошти саме туди, де вони найбільш потрібні і принесуть реальну користь.

Також варто звернути увагу на популяризацію й поступове впровадження в Україні добровільного медичного страхування, яке б розширило доступ фінансово забезпечених громадян до високоякісного медичного обслуговування й знизило тиск на державний бюджет. Окрім цього у найближчій перспективі необхідно створити відповідне нормативно-правове поле, яке б розширило автономію медичних закладів у сфері надання платних медичних послуг.

Отже, як показує проведений аналіз, протягом останніх років система охорони здоров'я України, на жаль, не отримала бажаного державного фінансування, якого вона так гостро потребує, особливо в умовах пандемії COVID-19. Навпаки, фінансове забезпечення медичної галузі скоротилося порівняно з обсягами інвестування в економічну інфраструктуру, освіту, соціальний захист та безпеку. Навіть в умовах реформування системи охорони здоров'я уряд нашої країни не приділяє достатньої уваги зростанню пріоритетності медичної галузі, що певною мірою зумовлено проблемами політичного вибору.

В найближчій перспективі Україні варто звернути увагу на можливість наближення функціональної структури загальних бюджетних видатків до середнього рівня європейських країн, збільшивши питому вагу витрат на

охорону здоров'я. Також важливо працювати у напрямку розвитку страхової медицини, адже як показує світовий досвід, такий формат фінансових відносин у медицині є чи не найбільш ефективним в реаліях сьогодення.

На кінець жовтня 2021 р. Національна служба здоров'я України уклала договори про надання ПМД із 2030 провайдерами послуг, що на 10% більше порівняно з кінцем 2020 р.. Зросла частка провайдерів приватної форми власності: 241 приватних закладів охорони здоров'я (15% зростання) уклали угоди з НСЗУ про надання ПМД.

Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їхню якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Однак важливим наразі є оцінювання якості надання ПМД, охоплення послугами ПМД населення а також можливий перегляд переліку гарантованого пакета ПМД, оскільки такі послуги, як первинна профілактика та короткі інтервенції, консультування з питань здорового способу життя, часто ігноруються сімейними лікарями.

Трансформація вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Як зазначалося вище, 2020 р. є переломним у реалізації другого етапу реформування системи охорони здоров'я. Для реалізації програми медичних гарантій, яка з 1 квітня 2020 р. включає первинну, амбулаторно-поліклінічну, стаціонарну, екстрену, паліативну медичні допомоги, медичну реабілітацію та програму реімбурсації лікарських засобів («Доступні ліки»).

Окрім цього, затверджено перелік опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 р.. Уперше формування переліку закупівель на 2020 р. відбувалося за допомогою методики оцінювання медичних технологій (health technology assessment), яка дозволяє здійснювати державні закупівлі на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та інших медичних технологій.

Програма «Доступні ліки». Станом на кінець 2020 р. за цією державною програмою працювали 1192 аптечні заклади, що на 50% більше, ніж на початку

2020 р.. Загальний приріст пацієнтів, які скористалися програмою «Доступні ліки», становить майже 60% (з 1,49 млн. у жовтні 2019 р. до 2,35 млн. пацієнтів у вересні 2020 р.) (програма розрахована на пацієнтів, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу та бронхіальну астму. Уже виписано 11,19 млн. електронних рецептів, з них погашено 9,39 млн. (84,38%). Найбільша кількість виписаних рецептів – для лікування серцево-судинних захворювань (майже 8,940 млн.), далі – цукровий діабет (понад 1,860 млн.) та бронхіальна астма (понад 332 тис.). До списку ліків включено 254 лікарські засоби, 78 з яких можна отримати безоплатно, інші з доплатою.

e-Health. Продовжується запровадження системи «eHealth». Серед закладів та провайдерів ПМД, які уклали договір з НСЗУ, зріс рівень комп'ютеризації до 92%. З вересня 2019 р. більше ніж 50 закладів первинної ланки приєдналися до тестування електронних медичних записів за класифікацією ІСРС-2. Одним з пріоритетів Уряду є запровадження ведення медичної документації в електронному вигляді.

Екстрена медична допомога. КМУ затвердив план заходів з реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги. Розбудовується інформаційно-аналітична система «Централь 103», до якої підключено вже 23 області України. Програмне забезпечення центральних оперативно-диспетчерських служб дає можливість бачити найближчу вільну машину за GPS.

Трансплантація. Закладено фундамент розбудови трансплантології в Україні, зокрема законодавчо врегульовано проведення трансплантації: внесено зміни до деяких законодавчих актів, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині. Окрім цього, ухвалено низку нормативних документів, а також затверджено тарифи на проведення трансплантації органів та кісткового мозку в Україні, які значно спростять проведення трансплантації в Україні.

У сфері медичної освіти запроваджено поріг для вступу на медичні спеціальності, ухвалено постанову КМУ про єдиний державний кваліфікаційний

іспит для медиків. Триває робота з підвищення якості освіти за спеціальністю «громадське здоров'я», зокрема розробляється єдиний державний кваліфікаційний іспит для здобувачів ступеня за цією спеціальністю.

Громадське здоров'я. З метою подальшого розвитку системи громадського здоров'я, узгодження законодавства України зі світовими та європейськими стандартами у сфері протидії інфекційним та неінфекційним захворюванням у листопаді 2019 р. ухвалено низку нормативно-правових документів, зокрема:

- стратегію та план заходів щодо забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 р.. Заходи мають підвищити рівень біологічної безпеки та біологічного захисту в Україні. Пріоритетом стане узгодження українського законодавства з нормами міжнародного права (передусім ЄС) у сфері біобезпеки та біозахисту;

- стратегію та план заходів щодо розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб. Заходи мають підвищити прихильність населення до вакцинації, посилити ефективність системи нагляду за інфекційними захворюваннями та сприяти збільшенню показників охоплення щепленнями.

- державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р., яка сприятиме подоланню епідемій ВІЛ / СНІДу, туберкульозу та вірусних гепатитів В та С.

- план заходів щодо зниження рівня опромінення населення радоном та продуктами його розпаду, мінімізації довгострокових ризиків від поширення радону в житлових і нежитлових будівлях, на робочих місцях на 2020–2024 рр..

Разом з уже наявними стратегіями розвитку системи громадського здоров'я, боротьби з неінфекційними захворюваннями, антимікробної резистентності та розвитку системи крові ці документи створюють безпрецедентні зобов'язання та рамки для реформування та розвитку громадського здоров'я.

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.

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 на період 2015–2020 рр., та Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р..

18 січня 2022 року в МОЗ України відбулося засідання міжсекторальної робочої групи, проекту нової Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року.

2.2. Міжнародні практики державного управління у сфері охорони здоров'я

З метою найповнішої оцінки необхідних змін механізмів державного управління у системі охорони здоров'я треба розглянути сучасні науково-практичні методи аналізу цих змін, яких зазнають або зазнали інші сфери охорони здоров'я, як у закордонних державах, так і на пострадянському просторі. Уряди багатьох країн європейського регіону ВООЗ здійснюють постійний аналіз своїх систем охорони здоров'я з оцінкою прийнятності сучасних підходів до фінансування організації та надання медичної допомоги. Між тим, модернізація системи охорони здоров'я вже за своїм змістом є як нормотворчим, економічним, так й організаційним видом діяльності. Заходи щодо перетворення системи охорони здоров'я оцінюють не тільки за короткостроковою економією державних бюджетних коштів, але й за їх

здатністю поліпшити здоров'я всього населення. Ці нормативні підходи однаково важливі як для реформування системи охорони здоров'я України, так і для закордонних країн.

Процеси трансформаційних змін національних систем охорони здоров'я у європейських країнах, здебільшого стосуються організаційного, нормативного, економічного аспектів діяльності. Здійснювана переоцінка наявних механізмів управління національними системами охорони здоров'я стосується переважно питань фінансування, економічного регулювання, нормативного ставлення до питань якості надаваних послуг та інших аспектів діяльності. Усе це задля досягання найкращої ефективності та результативності в боротьбі за громадське здоров'я, з дотриманням етичних імперативів. Різні країни це здійснюють по-різному. При цьому спільним є врахування демографічних, соціально-економічних, національних традицій, медико-організаційних, територіальних та інших особливостей. Це дозволяє, вивчаючи досвід різних країн світу, певні сучасні моделі медичних систем, обґрунтовувати та запроваджувати в українську національну систему охорони здоров'я організаційно-управлінські, нормативно-правові засади і критерії оцінки діяльності [50, с. 49].

Наявний досвід європейських країн констатує, що цей процес наполягає не на фрагментарних, а системних змінах, які зачіпають основу побудови і взаємозв'язків між суб'єктами галузі охорони здоров'я. Для фактичного впровадження реформ необхідні бажання змін у галузі або політична воля держави, осмислення та сприяння суспільства, чітка впевненість у майбутній моделі системи охорони здоров'я, наявність професійної команди, яка вміє реалізувати намічені дії.

Міжнародне дослідження у галузі витрат на охорону здоров'я» показало, що вони здебільшого мають широкий характер та поширюються через державні кордони. На це впливають дві великі групи факторів. Перша група пов'язана із впливом різних політичних, ідеологічних, соціальних, історичних, культурних та економічних факторів, які визначають необхідність системних змін медичної системи. Вони діють ззовні, мають вплив на структуру галузі, у рамках якої

виробляється політика управління охороною здоров'я. Причому, у багатьох випадках реформування охорони здоров'я є не ізольованим явищем, а складовою частиною більш широких структурних зусиль щодо модернізації різних державних програм із соціального забезпечення інших соціальних сфер.

Друга група факторів залежить від сучасних проблем, які стосуються стану громадського здоров'я та сектору охорони здоров'я певної держави. Це можуть бути специфічні загрози (ВІЧ/СНІД, серцево-судинні та онкологічні захворювання та ін.) для здоров'я населення та їх наслідки, які певним чином змінюють модель медичного обслуговування, якого потребує суспільство, загострення труднощів з фінансуванням, різні організаційні структурні проблеми.

Після ретельного аналізу північноєвропейських систем охорони здоров'я науковці дійшли висновку, що в Європі ресурси системи охорони здоров'я формуються різними шляхами. Деякі з цих відмінностей мають історичні корені, інші відображають політичні або фінансові рішення останнього часу. Поєднання всіх цих форм значною мірою залежить від основоположних норм і цінностей суспільства.

Медичне обслуговування, як і інші системи обслуговування населення, відображає глибоко вкорінені соціально-культурні очікування суспільства в цілому. Проте, з точки зору демократичних суспільств, труднощі в системних змінах медичного обслуговування пов'язані з більш складними взаємовідносинами між цінностями суспільства, нормами реалізації цих цінностей та існуванням індивідуумів, які автономні і водночас залежні від них. У цьому сенсі реформування системи охорони здоров'я не може зводитися до суто механічних дій, що полягає в реалізації раціонального плану по більш ефективному використанню ресурсів. Мова йде про питання дослідження та використання механізмів державного управління, ніж просто про скорочення витрат.

Систему відносин в охороні здоров'я слід поділити на чотири групи: цінності для держави та населення, розуміння соціальних явищ, розподіл

ресурсів і методи регулювання. Зв'язки між цими факторами утворюють символічну структуру, що дозволяє головним дійовим особам тлумачити події, які відбуваються в світі і наділяти їх своїм власним змістом. Треба зазначити, що деякі дослідники вважають ключовим показником нормо-утворювальних цінностей суспільства саму природу охорони здоров'я [43]. Формулювання цієї тези уможлиблює наукову концепцію, що в деяких суспільствах воно розглядається переважно як соціальне або колективне благо, яким можуть користуватися всі громадяни під час отримання необхідних медичних або профілактичних послуг. Громадська солідарність доповнює такий підхід. Вона припускає, що молоді свідомо відшкодовують витрати на медичне обслуговування людей похилого віку, багаті – бідних і здорові – хворих, щоб забезпечити отримання всіма членами суспільства необхідних медичних послуг. В інших суспільствах, які сповідують радикальну ринкову філософію 80-х років, медичне обслуговування все частіше розглядається як товар, який можна купити і продати на відкритому ринку. При цьому підході головний акцент робиться на технічну ефективність та динамізм ринкових стимулів, що можна ввести в механізм медичного обслуговування, і на внесок, який, за задумом, можуть внести ці стимули в справу заборони зростання майбутніх витрат [30].

Хоча концепція медичного обслуговування, як товару, обговорювалася в деяких високих політичних колах європейських держав, вона не була прийнята за основу для розроблення політики в жодній країні. Система охорони здоров'я складається з елементів, які взаємодіють між собою таким чином, що їх сукупність являє собою щось більше, ніж їх сума. Взаємодія елементів впливає на досягнення цілей охорони здоров'я, хоча в різних країнах пріоритети можуть бути різними, по суті, більшість цих цілей схожі. Медична сфера взаємодіє із середовищем, у якому вона існує. Тому в ході аналізу діяльності охорони здоров'я треба одночасно здійснювати аналіз оточення. Загальна схема аналізу системи охорони здоров'я з її середовищем представлена на рис. 2.2. [30].

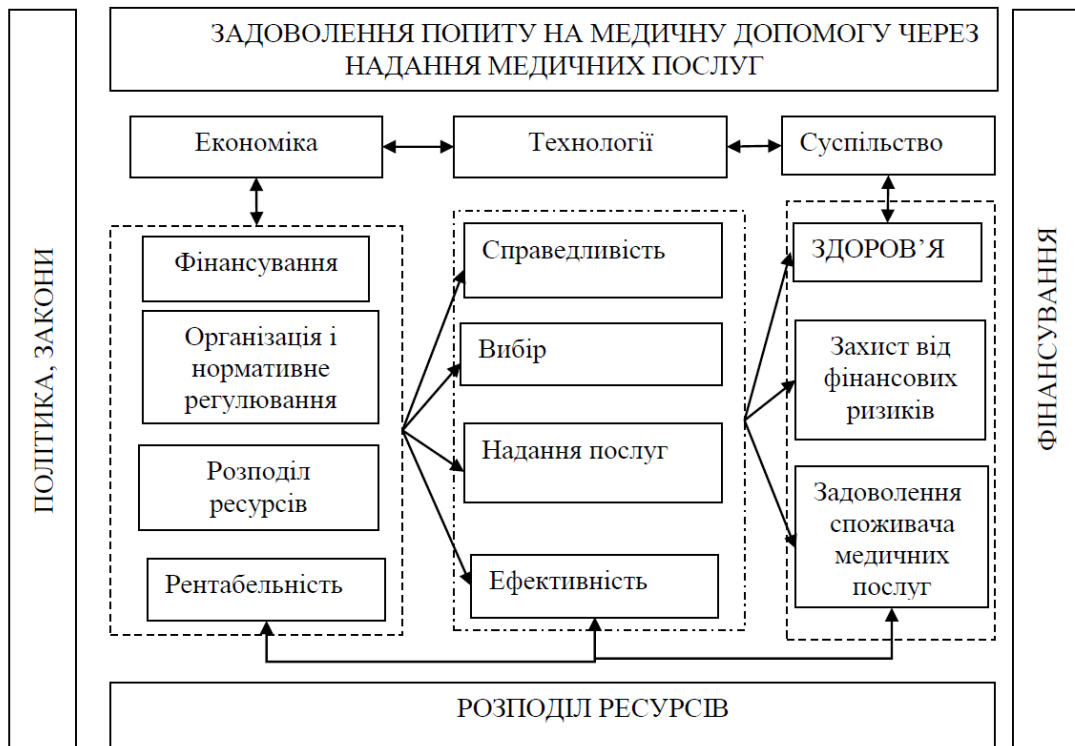


Рис. 2.2. Загальна схема аналізу системи охорони здоров'я з її середовищем

На рисунку наведено загальну схему аналізу системи охорони здоров'я з її оточенням, при цьому зазначено механізм чотирьох важелів, які дають змогу керувати медичною допомогою: «управління та організація», які визначають політичне та нормативне середовище, функції керівництва, а також організаційну структуру для покупців, постачальників медичних послуг і ринкових регуляторів; «фінансування», яке визначає способи збору й об'єднання ресурсів; «розподіл ресурсів і система оплати медичних послуг», засіб визначення розподілу зібраних коштів або інших ресурсів (кадрів, капіталовкладень або обладнання та ін.), а також механізми та засоби сплати для постачальника медичних послуг; «постачання послуг» – тут маємо на увазі саме зміст надаваних послуг, а не структури, за якими або за допомогою яких вони надаються [50, с. 5].

Оскільки кожна країна та її охорона здоров'я має свою історію, яка впливає на розвиток самої системи, аналіз середовища враховує і політичну складову. Таким чином, слід знайти потенціал системи та ті ризики, небезпеки, на які вона може наштовхуватись на своєму шляху зараз та в майбутньому. У розвинутих

країнах склалася практика, коли обсяг на певну модель покладається відповідальність за основний об'єм споживання ресурсів охорони здоров'я для надання медичних послуг. У країнах із середнім рівнем доходу системи охорони здоров'я поєднуються декілька типів моделей. Проте, кожна з держав вносить системні зміни у розвиток своєї медичної системи.

Незважаючи на різні системні зміни в організації сфери охорони здоров'я населення, виділяємо деякі параметри, що відображають ідентичність розвитку, властиву різним країнам. З-поміж них відокремлюємо: відносини власності; способи отримання ресурсів (фінансування); механізми стимулювання виробників медичних послуг та споживачів (населення); форми й методи контролю обсягу і якості медичної допомоги [29, с. 234]. Треба зауважити, що найбільш поширеним є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я, причому переважно в них є: державна (національна) система, страхова медицина; приватна (ринкова) система, як показано на рис. 2.3. [37, с. 184].

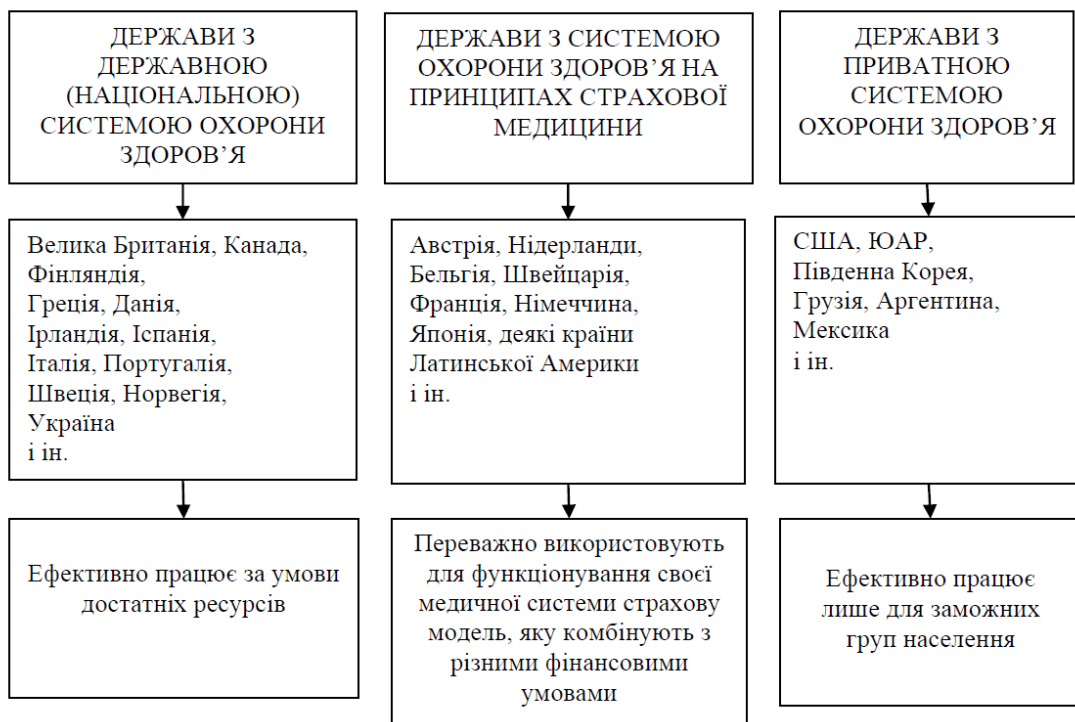


Рис. 2.3. Класифікація держав і їх систем охорони здоров'я

З огляду на це, вважаємо за доцільне зосередити увагу на тих системах, де поєднуються держава та бізнес. У нашому розумінні подібні моделі можуть

слугувати прикладом механізмів управління для розвитку системних змін медичної системи України. Кожна із зазначених систем, поширюваних у певних державах, передбачає певне вдосконалення або реформування охорони здоров'я, відповідно виділяємо такі напрямки:

- зменшення адміністративних витрат на систему управління медичною системою;
- децентралізація;
- зниження ціни на медичні послуги;
- задоволення запитів споживачів (поліпшення якості);
- соціальна спрямованість (доступність).

Насамперед на особливу увагу заслуговують поняття доступності та якості медичної допомоги. У системі міжнародного менеджменту якості відповідно до вимог стандартів ISO 9001: 2015/ДСТУ ISO 9001:2015, якість медичної допомоги визначається як, сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню розвитку медичної науки і технології. Щорічні дослідження ВООЗ з оцінки стану здоров'я населення, породжують нові актуальні проблеми перед державами світу, які треба вирішувати. До них можна зарахувати: поява нових захворювань та швидке поширення їх унаслідок зростання мобільності, старіння населення, проблеми фінансування в умовах обмежених ресурсів і зростання вартості послуг, підвищені вимоги до доступності та якості медичної допомоги. Проте, є й позитивні сторони: збільшення середньої тривалості життя, подолання інфекційних захворювань, поява генної медицини, створення нових поколінь ліків, розвиток сучасних медичних технологій, високий професіоналізм медичних працівників. Щодо темпів зростання витрат на системи охорони здоров'я різних країн, то вони випереджають темпи ВВП цих держав [31].

Сьогодні безперечним, на думку багатьох експертів, є те, що для збереження значних і стійких темпів розвитку СОЗ, досягнення стратегічних цілей країни неможливе без зацікавленого партнерства держави з приватним сектором. Програми, які орієнтуються на використання бюджетних коштів, не

дозволяють міністерствам і відомствам здійснювати масштабні, стратегічні проекти. Водночас зростання ваги, усе більше значення соціальної інфраструктури, відповідальності держави за її розвиток за умов недостатності фінансових можливостей зумовлюють необхідність оновлення і вдосконалення інвестиційного інструментарію з метою підвищення ефективності витрат і більш повного задоволення потреб суспільства. Перспективним у цьому напрямку є об'єднання приватних ресурсів і дій держави на основі принципів партнерства. Світові експерти акцентують увагу на тому, що всі країни нашоюхуються на необхідність скорочення та стримування зростання витрат на охорону здоров'я за допомогою перерозподілу фінансових ресурсів за рахунок інших статей бюджету, підвищення податків та внесків у рамках системи соціального страхування, регулювання попиту на медичні послуги та регулювання пропозицій. Жодна країна у світі не може фінансувати охорону здоров'я тільки за допомогою бюджетних коштів, необхідні приватні інвестиції. В інтересах нашої держави підвищувати якість надання медичних послуг і допомоги. Ці умови створюють для бізнесу можливість не тільки отримати дивіденди від інвестицій, але й узяти участь у реалізації соціально значущих проектів. Комерційний інтерес буде формуватися за рахунок конкуренції компаній у сфері охорони здоров'я, скорочення ними витрат, поліпшення якості медичного обслуговування.

Як свідчать дослідження механізмів державного управління системними змінами у медичній сфері, переваги обох видів власності, державної і приватної, можна використати, при цьому уникнувши великих соціальних змін, тільки на основі державно-приватного партнерства. У зв'язку із цим, стратегію мобілізації ресурсів для фінансування національних систем охорони здоров'я для їх економічного та соціального розвитку треба зосереджувати на диверсифікації наявних джерел та набуття державноприватних послуг (ДПП) для реалізації проектів, програм з розвитку медичної сфери. Накопичений сьогодні арсенал форм і методів державно-приватного партнерства дозволяє за умов збереження

найважливіших національних об'єктів державної власності передавати частину правочинів власнику приватного сектору.

Треба зазначити, що проведений аналіз доступних міжнародних наукових джерел доводить, що ДПП стає все більш популярним у Європі. Але на практиці державно-приватні партнерства менш ідеальні. Партнери напружуються на труднощі спільного прийняття рішень та організації і мають тенденцію повернення до традиційних форм, шляхом введення контрактів, концесій та розподілу обов'язків між партнерами [55, с. 44].

Необхідність державно-приватних партнерств у країнах постала на тлі браку ресурсів державного сектора, а також виниклих питань управління для ефективного забезпечення суспільного блага населенню. Подібні міркування сприяли розвитку низки механізмів взаємодії, які об'єднують різні організації. Одні з повноваженнями на надання громадського здоров'я, інші – мають змогу забезпечити усі необхідні ресурси, інформацію, експертизи тощо. До першої категорії входять уряди та міжурядові установи, до другої – приватний сектор. Хоча таке партнерство створює потужний механізм для вирішення складних проблем, використовуючи сильні сторони різних партнерів, вони також комплектують важливі етичні та технологічні проблеми.

Складний транснаціональний характер деяких з цих партнерських угод вимагає, щоб вони керувалися набором глобальних принципів і норм. Участь міжнародних агенцій гарантує, що вони повинні бути встановлені за принципами комплексної політики та операційної структури галузі в межах організаційних повноважень, і залучення законодавчого дозволу країни, у рамках якого повинні бути розроблені механізми та алгоритми табл. 2.4 [55].

Партнерства в медичній галузі можуть бути спрямовані на різні цілі, категорії, які підсумовано в табл. 2.4. Ці форми враховують такі механізми управління, у великих транснаціональних проектах: соціально-правовий, інформаційно-організаційний, організаційно-економічний, мотиваційний.

Таблиця 2.4

Транснаціональні форми партнерств у медичній галузі

№	Форми партнерств	Форма партнерства
1	Розроблення медичного продукту або послуги	Глобальний альянс з розроблення протитуберкульозних препаратів (Global Alliance for TB Drug Development (GATBDD)), Міжнародна ініціатива з вакцинації СНІД (International Aids Vaccine Initiative (IAVI)), лікарські засоби для венеричних захворювань малярії (Medicines for Malaria Venture (MMV)) і ініціативи щодо вакцинації малярії (Malaria Vaccine Initiative (MVI))
2	Покращення доступу до медичних послуг	Глобальна ініціатива з ліквідації поліомієліту (Global Polio Eradication Initiative (GPEI)), Глобальний альянс із ліквідації прокази (Global Alliance to Eliminate Leprosy (GAEL)), Глобальний альянс з ліквідації лімфатичного філаріозу (Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis (GAELF))
3	Глобальні координаційні механізми	Глобальний альянс із покращення харчування (Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)), Мікроелементарна ініціатива (Micronutrient Initiative (MI)), Глобальний альянс із вакцинації (Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN))
4	Посилення медичних послуг	Альянс з політики та системних досліджень в галузі охорони здоров'я (Alliance for Health Policy and Systems Research (AI IPSR))
5	Громадська пропаганда та освіта	Альянс з розвитку мікробіології (Alliance for Microbicide Development (AMD))
6	Управління, контроль та забезпечення якості	Міжнародна конференція з узгодження технічних вимог до реєстрації фармацевтичних препаратів для використання людиною (International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH)), Інститут фармацевтичної безпеки (Pharmaceutical Security Institute (PSI)), Ініціативи по боротьбі з підробленими наркотиками (Anti-Counterfeit Drug Initiatives) та ін.

Проте, існує ще багато інших механізмів якими користуються держави світу. Державно-приватні партнерства все більше заохочуються у різні соціально-економічні сфери держав, як частина комплексного розвитку. Необхідність сприяти таким заходам підтверджується чітким розумінням того, що державні сектори не в змозі надавати сповна суспільні блага громадянам самостійно, ефективно та справедливо через відсутність ресурсів та проблем управління. У зв'язку з цим постає необхідність розроблення різних механізмів взаємодії, які об'єднують взаємодію організацій, які мають повноваження пропонувати суспільну користь, з одного боку, і ті, які могли б сприяти цьому. У рамках сектору охорони здоров'я партнерства між державним та приватним секторами також є предметом інтенсивного обговорення.

Найкращі приклади ДПП медичної сфери у Європі були запропоновані ще у 2002 р., на 109-му засіданні Виконавчої ради ВООЗ, саме вони засвідчили наявний потенціал для створення потужного механізму для вирішення складних

питань у галузі. Також було проілюстровано не тільки потенційних партнерів з використанням їх сильних сторін, але й певні труднощі в механізмах управління. Це пов'язано з тим, що такі заходи об'єднують різних гравців, з різними, а іноді суперечливими інтересами та завданнями. Міжнародні експерти зосередили більше уваги на партнерствах між державним та приватним секторами, які спрямовані на вирішення широкого кола питань забезпечення стійких результатів охорони здоров'я, а не на щоденній взаємодії, яка виникає тоді, коли уряд купує медичний сервіс від приватного постачальника, або коли він залишає усі питання надання медичних послуг приватному сектору.

Вартим уваги є той факт, що в офіційній Заяві на 109-му засіданні Виконавчої ради ВООЗ було визначено такі поняття, як партнерські відносини та партнерство. Під партнерськими відносинами мають на увазі об'єднання державних і приватних підприємств будь-якого обсягу, об'єднання державних і громадських організацій, благодійних фондів та ін., також поєднання всіх цих структур у асоціації. Щодо їх взаємодії, то у цьому документі воно стосується довготермінових, цілеспрямованих й формальних відносин. Широке обговорення в колах експертів зазнав підхід до визначення партнерства. Певна частина вважала, що існують певні передумови для створення таких об'єднань у країнах, але треба більш чітко окреслити форми партнерств, відокремивши їх від приватизації, яка передбачає постійну передачу контролю на права власності. Необхідно також розрізняти партнерські та договірні відносини, особливо між державним сектором та приватними організаціями. Хоча такі заходи можуть використовуватися для досягнення стратегічних цілей, і за своєю суттю відрізняються від партнерських відносин.

У базі даних Ініціативи з державно-приватного партнерства охорони здоров'я Глобального форуму з досліджень у медичній галузі перераховано 91 міжнародний механізм, який може бути названий державно-приватним партнерством. З-поміж них 76 призначено для профілактики та боротьби з інфекційними захворюваннями, зокрема СНІДом, туберкульозом та малярією;

чотири зосереджені на питаннях репродуктивного здоров'я, три – на недоліках харчування, інші зосереджуються на політиці управління в охороні здоров'я, наукових дослідженнях, використанні інформаційних технологій та ін..

Низка вчених запропонували декілька підходів для концептуалізації державно-приватних партнерств у країнах. Вони ґрунтуються на різних механізмах державно-управлінського впливу та формах економічної діяльності. За нашими роздумами, міжнародна практика державно-приватного партнерства, яку слід запровадити в Україні у сфері охорони здоров'я, демонструє різні моделі, які сформувалися залежно від економічних та соціальних умов. Однією з найбільш розвинутих можна вважати «британську модель» ДПП, яка постала на початку 90-х рр. минулого століття. У 1992 р. консервативний уряд прем'єр-міністра Д. Мейджора оголосив про так звану «приватну фінансову ініціативу» (Private Finance Initiative – PFI), яка являла собою модернізовану концепцію управління державною власністю. Суть PFI полягала в тому, щоб у рамках договорів та угод про державно-приватне партнерство передати приватному сектору функції фінансування (будівництва, реконструкції, експлуатації, управління тощо) об'єктів соціально-культурної та виробничої інфраструктури, що перебувають у державній власності. При цьому держава лише замовляла, але не оплачувала бізнес-зміст тих чи інших капіталомістких об'єктів.

Після закінчення робіт об'єкт брався в довгострокову оренду за умови, що підрядник продовжував його експлуатацію. Таким чином, інвестиції поверталися підряднику за рахунок орендних платежів. По закінченні терміну оренди об'єкт передавався замовнику за символічною вартістю або безкоштовно. Ця ініціатива спричинила істотну трансформацію в інституційному середовищі, а також у взаєминах державного і приватного бізнесу. Як форма господарювання, партнерство набуло значного поширення у Великобританії і визначається як ключовий елемент стратегії уряду щодо забезпечення сучасного, високоякісного комунального обслуговування та підвищення конкурентоспроможності країни.

Державно-приватне партнерство має широкий діапазон бізнес-структур і форм: від «приватної фінансової ініціативи до спільних підприємств і концесій, аутсорсингу, продажу частини акцій, що належать державі підприємствам, що здійснюють комерційну діяльність». Увага Об'єднаного Королівства все більше зосереджується на наданні послуг у невиробничій сфері, зокрема школам, лікарням, центрам зайнятості та ін. У цьому випадку державний сектор виступає покупцем послуг для населення. Сьогодні підписано близько 900 проектів ДПП, більшість з них реалізуються в соціальному середовищі. Це є пріоритетним напрямом уряду, який намагається вирішити серйозні проблеми в медицині, освіті, житловокапітальному будівництві тощо.

Громадськість Великої Британії позитивно сприймає відносини між державою і бізнесом у соціальних проектах. Так, 96% об'єктів ДПП в Об'єднаному Королівстві оцінюються за якістю функціонування на «відмінно», «добре» і «задовільно». У доповіді казначейства Великої Британії в листопаді 2013 р. зазначалося: «Уряд залишається суворо орієнтованим на отримання позитивного ефекту від участі приватного сектору й оцінює обсяг угод за проектами ДПП у 21,3 млрд. ф. ст. вже в найближчі роки». Для підтримки проектів кредитними ресурсами в умовах кризи (2 млрд. ф. ст.) і виконання їх в повному обсязі і у встановлені терміни контрактних умов у структурі казначейства, в березні 2009 р. було створено спеціальний кредитний підрозділ (Credit Unit). Загальну координацію робіт з ДПП здійснюють Partnerships UK (організація, контрольована казначейством) та галузеві центри ДПП в галузевих міністерствах і регіонах [26, с. 110].

Станом на 01.01.2014 р. у Великобританії реалізовувалося понад 540 державних контрактів з приватним сектором, загальним обсягом інвестицій – 50 млрд. ф. ст. Серед об'єктів суспільної власності в режимі ДПП перебувають 77 лікарняних комплексів, 94 освітні проекти, які включають понад 800 шкіл, 43 транспортних об'єкти, понад 300 установ у сфері інших суспільних послуг (індустрія відпочинку та розваг, культура, житло, утилізація побутових відходів,

оборона). Тривалість контракту зазвичай становить 25-30 років. До 2030 р. очікується інвестування в такого роду проекти ще більш ніж 90 млрд. ф. ст. (у цінах 2010 р.). У цілому частка проектів ДПП у загальному обсязі інвестицій досягає 15% .

Отже, позитивний досвід Великої Британії в розвитку державноприватного партнерства може бути орієнтиром для України у використанні механізмів партнерства в соціальній сфері та інфраструктурі.

В інших країнах ЄС спостерігаються, в основному, подібні процеси розвитку ДПП, але менш інтенсивні і позначені національними особливостями. Наприклад, у Франції і громадська думка, і влада з часткою скептицизму ставляться до участі приватних компаній у наданні громадських послуг, хоча традиції партнерства були започатковані ще на початку XIX ст., коли були видані перші концесії приватним компаніям.

У 2004 р. у Франції був прийнятий закон про державно-приватне партнерство. Цей закон був розроблений з урахуванням загальногосподарської діяльності приватного сектору, він легітимізував допуск бізнесу в такий сектор як будівництво громадських, спортивних споруд та шкіл. Міністерство фінансів створило спеціальну групу фахівців для вирішення завдань планування – *Mission d'appui à la réalisation des contrats de partenariat public-privé (MAPPP)*.

Названий комітет виконує три основні функції: забезпечує установи ДПП необхідною для роботи інформацією; підтримує і допомагає в підготовці до підписання договорів про партнерство; здійснює оцінку обов'язкового виконання умов контракту. Він аналізує основні механізми ДПП, схеми, форми, інформацію, після чого вносить пропозиції щодо подальшого розвитку нормативно-правової бази державно приватного партнерства. Важливе місце відводиться рекламі проектів. Особлива увага приділяється системами забезпечення якості, таких як TQM (Total Quality Management), SQMS (Scottish Quality Management System), ISO (International Standardization) та ін.

Піковим у розвитку систем якості став початок XXI століття. При цьому більшість місцевих органів влади, використовуючи елементи критеріїв оцінки якості робіт, стали контролювати витрати на виконання спільних з бізнесом проектів. Варто відзначити незалежність муніципальних структур Франції, що не дозволяє національним органам влади втручатися в цей контрольний процес.

У 2003 р. у Франції почала здійснюватися амбітна програма будівництва та відновлення лікарень. На неї було виділено 1,4 млрд. євро, а загальний обсяг інвестицій протягом п'яти років складав 6 млрд. євро. Це дозволило охороні здоров'я країни посісти перше місце у світі серед організацій надання медичної допомоги населенню в 2011–2013 рр.. Сьогодні у Франції впроваджується 50 проектів ДПП коштом 8 млрд. євро. Основною формою взаємодії є концесії. Особливістю партнерства у Франції можна вважати збереження балансу між великими і малими державними проектами, які реалізують місцеві органи влади.

В інших країнах Європи існують свої методологічні підходи та дефініції державно-приватного партнерства. Наприклад, у Німеччині під ДПП розуміється «співпраця державного та приватного секторів з метою реалізації конкретного проекту або надання населенню послуг соціального характеру, обов'язок надання яких покладається на державний сектор» [49, с. 14]. У цьому визначенні П. Бруссер і С. Райзберг відзначають, що ДПП може мати різні форми, але в основі кожного успішного проекту лежить концепція, яка полягає в тому, що за рахунок залучення досвіду приватного сектора і перерозподілу ризику щодо сторони, яка здатна більш ефективно справлятися з таким ризиком, можна підвищити загальну рентабельність проекту» [23, с. 5].

Створення в країні у 90-х роках агентств щодо об'єднання державних і приватних партнерів дозволило значно розвинути рекультивацію і відновлення занедбаних земель для агропромислового комплексу. Яскравим прикладом ефективної реалізації проектів у рамках ДПП Німеччини є медична допомога. У країні протягом останніх десяти років серед лікувально-профілактичних установ

зі змішаною формою власності партнерство зросло вп'ятеро і становить 20% всіх медичних організацій. У результаті цього державні витрати на медицину зменшилися вдвічі. Однак, висока вартість медичних послуг не дозволяє говорити про ефективність розвитку ДПП.

Досвід Італії у сфері державно-приватного партнерства демонструє вагомі переваги такої форми управління. У країні активно застосовують механізми впровадження і реалізації державно-приватного партнерства, його правові й економічні аспекти, концесійні механізми. Державно-приватне партнерство – це одне з найбільших перспективних й ефективних інструментів місцевого і регіонального економічного і соціального розвитку [36]. Концесії – досить універсальний спосіб вирішення економічних проблем в Італії. Вони є найбільш розвиненою прогресивною формою партнерства країни, органів місцевого самоврядування та приватного сектора на сучасному етапі. Основними сферами застосування державно-приватного партнерства в Італії є лікарні, транспорт, житлово-комунальна галузь.

У багатьох європейських країнах кількість проектів ДПП щорічно збільшується. Така картина особливо характерна для країн Східної та Південної Європи, які пізніше приєдналися до ЄС. У цих країнах інфраструктура перебуває в набагато гіршому стані, ніж у державах Західної і Північної Європи, що стримує економічний розвиток партнерства. Причинами уваги урядів країн ЄС до ДПП стали насамперед лібералізація економіки і вимога розширення конкуренції на рівні муніципальних послуг, необхідність скорочення бюджетних витрат, недостатня якість державної інфраструктури і послуг, передача повноважень з державного і національного рівнів на місцевий, а також допуск іноземних компаній на національні ринки громадських послуг.

Проекти у сфері охорони здоров'я, складають 20% від загального числа проектів ДПП у світі [45, с. 9]. Згідно з аналізом, проведеним Європейським інвестиційним банком, розвиток ДПП в країнах Європи йде різними темпами табл. 2.5 [23].

Таблиця 2.5

Кількість державно-приватних партнерств у Європі

	Кількість проектів, % від загальної кількості в Європі	Інвестиції, % від загального обсягу інвестицій в Європі
Велика Британія	76,2	57,7
Іспанія	8,6	12,8
Португалія	2,3	5,8
Франція	2,8	3,9
Греція	0,6	3,9
Італія	2,1	3,7
Німеччина	2,4	2,9
Угорщина	0,8	2,7
Інші країни	4,2	6,6
Європа	100	100

Як свідчить наведений аналіз, уряди Великої Британії, Франції, Німеччини, Іспанії, Італії, Канади, Австралії, країн Центральної та Східної Європи стали більше уваги приділяти договорам з приватним сектором про надання послуг у невиробничій сфері: охорона здоров'я, освіта, підвищення кваліфікації робочої сили, підтримка соціально вразливих груп населення, подолання надмірного соціального поділу суспільства. Галузі соціального забезпечення, у першу чергу, охорона здоров'я та освіта, постійно перебувають у центрі уваги більшості держав. Подолання негативних тенденцій (низька якість послуг, зниження доступності соціальних послуг, скорочення їх кількості та ін.) закладено в програмних документах соціально-економічного розвитку [23, с. 34].

Потенційний інтерес бізнесу до участі в соціальних проектах та наданні послуг викликаний стійким масовим попитом населення. Проаналізувавши роботи вчених та експертів, зробимо деякі висновки:

– глобальні цілі охорони здоров'я можуть бути досягнуті шляхом партнерства;

– якщо державно-приватні партнерства не ретельно розроблені, існує небезпека, що вони можуть переорієнтувати місію державного сектору, втручатися в організаційні пріоритети та послабити їх здатність підтримувати норми та правила, і, отже, це може суперечити фундаментальній концепції справедливості в галузі охорони здоров'я;

– твердження деяких експертів, що залучення до партнерських відносин дає можливість державному сектору відмовитися від своїх обов'язків, неправильне, тому що це в певному сенсі може призвести до виведення галузі за соціальні мережі безпеки. Невиконання зобов'язань щодо підтримки ролі держави в таких партнерських відносинах може призвести до неприйняттого ставлення населення, що заважає інтересам найбільш уразливих груп;

– конфлікт інтересів: багато партнерських відносин ініційовані на тій підставі, що вони виконують соціальне зобов'язання. Проте основний мотив, який веде їх до державного сектору, вимагає, щоб це передбачало фінансову окупність у довгостроковій перспективі. У таких випадках різниця між приватними спонсорами та благодійними пожертвуваннями з довгостроковими цільовими цілями суспільного здоров'я повинна бути чітко відокремлена;

– занепокоєння з переорієнтації національної політики в галузі охорони здоров'я обумовлено тим, що таке партнерство переорієнтує національну й міжнародну політику та пріоритети в галузі охорони здоров'я;

– можливість фрагментації системи охорони здоров'я: партнерства, як правило, встановлюють короткострокові цілі щоб мати змогу досягти певного швидкого результату. Тому, якщо вони створені в країнах зі слабкою системою охорони здоров'я, вони розбивають цю систему шляхом створення незалежних програм та мають потенціал для зменшення впливу національної політики в медичній галузі, яка зосереджується на забезпеченні справедливого догляду; якщо є орієнтації на результат – тоді проекти існують у форматі який сприяє поліпшенню якості та ефективності здоров'я населення;

– рівні внесення партнерів в загальні цілі та завдання охорони здоров'я є спільним завданням для досягнення стратегічних цілей, хоча це може означати, що ДПП сприяє досягненню спільної мети – поліпшення якості здоров'я населення.

Однак в силу характеристик державного і приватного секторів можна стверджувати, що державно-приватні механізми працюють тільки тоді, коли уряди і міжурядові організації можуть взаємодіяти з приватним сектором, щоб задіяти всі можливі ресурси.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

3.1. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України

Сьогодні система охорони здоров'я має безліч недоліків до яких відноситься зниження ступеня задоволеності населення доступністю і якістю медичних послуг, це в більшості обумовлено наявними інфраструктурними обмеженнями. Як один з варіантів рішення, на основі міжнародного досвіду, може стати формування державно-приватних партнерств, з його різноманітними формами, підходами та поєднанням їх між собою.

Дослідження та аналізування світової практики реалізації проектів ДПП доводить що, саме унікальність моделей та їх застосування, особливо у системі охорони здоров'я, дає медичним організаціям нові форми та рівні фінансування, децентралізації і автономії управління, а наприкінці підвищує тенденцій економічного розвитку країни.

Розвиток державно-приватного партнерства в охороні здоров'я, може йти насамперед у первинні ланки надання медичної допомоги, а також і у високотехнологічній медичній допомозі. Первинна ланка не вимагає великих витрат, тому можна очікувати якщо найближчим часом сформується ДПП у медицині, то до 15% закладів будуть іншої форми власності.

В регіонах, як і раніше, спостерігається дефіцит багатьох видів високотехнологічної медичної допомоги, наприклад, центрів гемодіалізу, променевої терапії та онкології, централізованих лабораторій для дорогих досліджень, так що розвиток саме цих напрямків можна доручити приватному бізнесу. Тому в умовах вдосконалення нормативної бази у цій сфері можна очікувати активізацію застосування механізмів державно-приватного партнерства у практиці охорони здоров'я.

За даними проведеного аналізу державно-приватне партнерство в Україні представлено, як правило, лише інвестиційними договорами на будівництво, реконструкцію або модернізацію точкових соціально-значущих об'єктів. Проектів державно-приватного партнерства за формами, змістом, структурою договорів, механізмів гарантій з боку держави, методів регулювання в охороні здоров'я дуже мало, чим і відрізняється медична система від аналогічних договорів в інших галузях.

Державно-приватне партнерство – взаємовигідне і рівноправне співробітництво держави з приватним юридичним або фізичним особам у реалізації соціально значущих проектів, що здійснюється шляхом укладання і виконання угод, у тому числі концесійних. Схематично це наведено на рис. 3.1. [28].

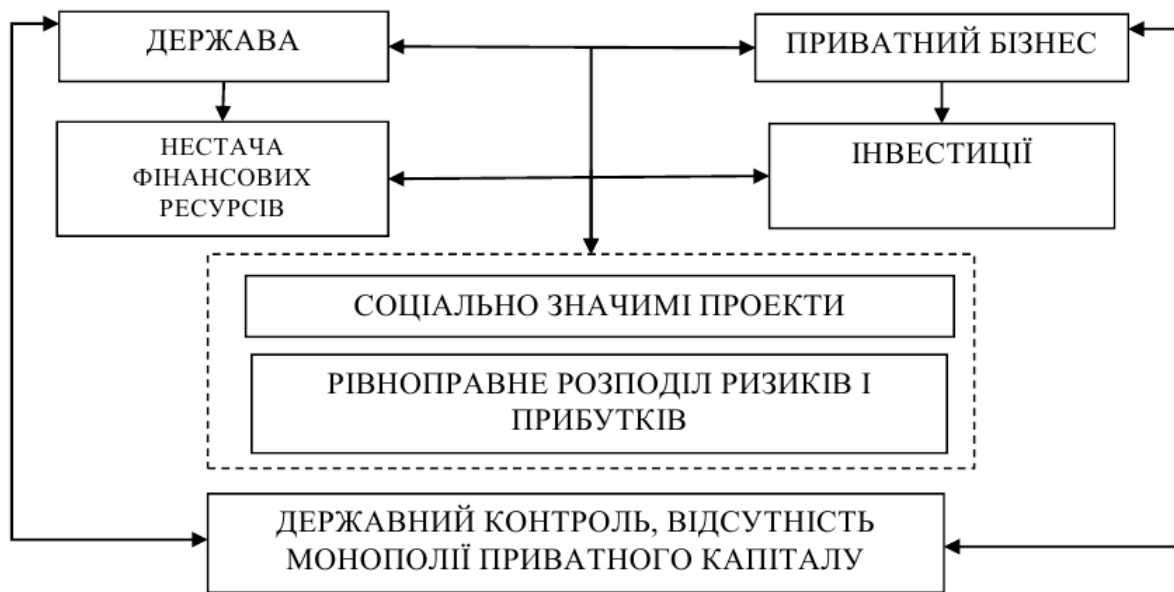


Рис. 3.1. Соціально-економічні підходи до формування концепції державно-приватного партнерства

Для розвитку форм ДПП в охороні здоров'я важливо уявляти, хто може виступати в якості інвестора. Як правило, великим потенціалом для участі в партнерстві володіють фінансово-промислові групи, у складі яких є діючий медичний напрям, які зарекомендували себе на ринку рис 3.2. [28].

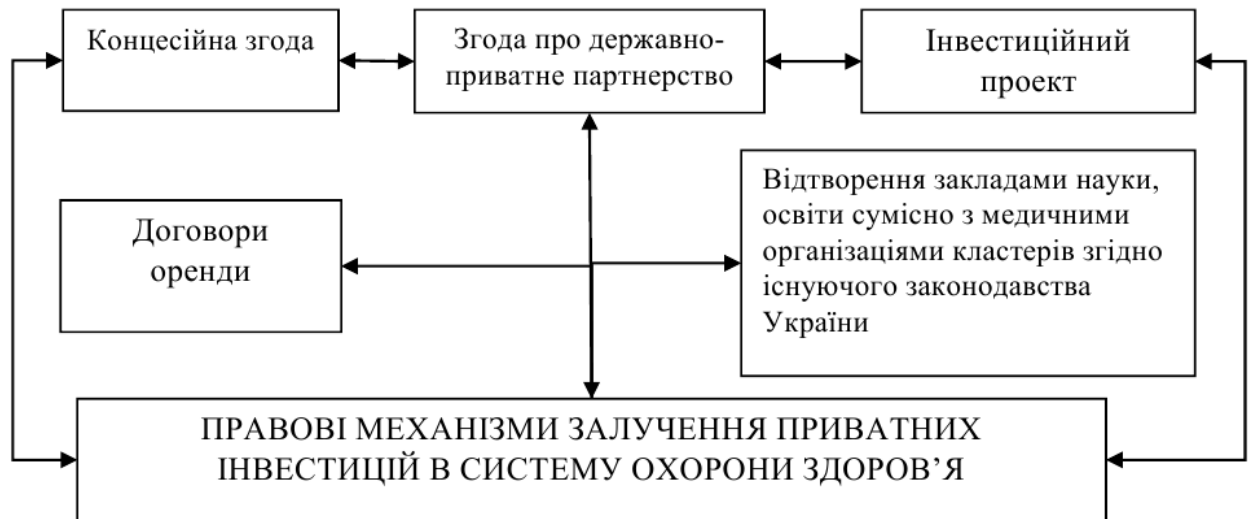


Рис. 3.2. Правові механізми залучення приватного інвестування в систему охорони здоров'я

У таких потенційних партнерів є декілька переваг:

- медичне минуле і сьогодення та бажання розвиватися в цьому напрямку;
- фінансовий інститут та інші активи, здатні як згенерувати фінансову основу проекту, так і отримати певний синергетичний ефект від взаємодії;
- репутація, яка в першу чергу буде турбувати публічного партнера.

Саме відсутність репутації зараз буде для багатьох потенційних інвесторів перешкодою в здійсненні проектів державно-приватного партнерства.

Теоретично, ДПП надає переваги та вигоди всім учасникам партнерства державі, бізнесу і суспільству - одному з головних споживачів «продукту» партнерства. Суспільство отримує максимальну якість медичні послуги при збереженні фізичних обсягів. До них відносять:

- зменшення, а іноді зовсім позбавлення тягара інвестиційних і експлуатаційних витрат плюс збереження обсягів соціального контракту з населенням;
- приватний партнер зменшуючи ризики, отримує гарантований потік клієнтів на свої послуги з можливістю розвитку і комерціалізації нових потужностей.

Ці переваги наявні, проте для розвитку ДПП в охороні здоров'я в нашій країні необхідно опрацювати велику кількість питань. Серед найважливіших – оцінка ефективності даних проектів.

При прийнятті рішення про реалізації державно-приватного партнерства необхідно здійснити розрахунок загальних витрат і доходів держави за весь період життєвого циклу проекту, обмежити максимально допустимий обсяг щорічних виплат за ДПП-проектами, розробити незалежну від бюджетного процесу процедуру перевірки доцільності витрачання бюджетних ресурсів у проектах партнерств.

Для прозорості функціонування проектів в бюджетних документах і звітах необхідно буде розкривати інформацію про майбутні платежі і надходження держави, пов'язаних з наданням послуг в рамках угод партнерств; суми та умови фінансування та іншої підтримки ДПП; обсяги державних гарантій за проектами і тощо.

Підводячи підсумки, слід зазначити, що державно-приватне партнерство може стати найважливішою складовою функціонування системи охорони здоров'я в нашій країні і в найближчій перспективі – одним з системних механізмів реформування національної охорони здоров'я.

У вигляді особливої актуальності даної форми взаємодії держави і бізнесу необхідно сформулювати повноцінне партнерство держави і бізнесу, де взаємодія механізмів державного управління які об'єднанні у концесійне партнерство, буде виступати як ефективний механізм інтеграції державних і приватних ресурсів та їх джерел. Для цього було розроблено модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством, яку показано на рис. 3.3..

Першочергове завдання це визначення юридичного та економічного статусу нової детермінанти медичних установ та забезпечення їх фінансуванням, виходячи, як мінімум, із реальних витрат на виробництво медичних послуг.

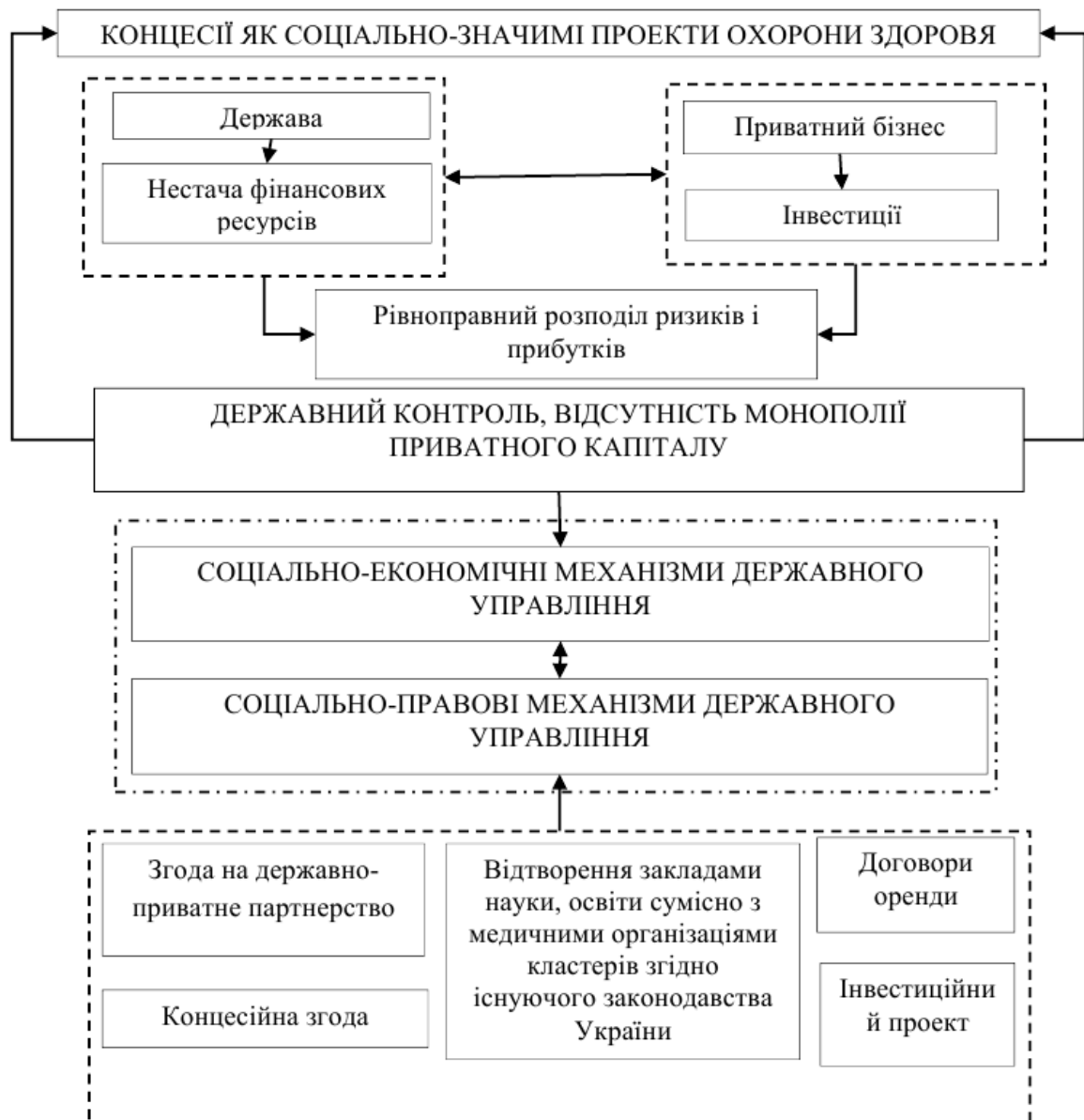


Рис. 3.3. Модель взаємодії механізмів державного управління концесійним партнерством

Фінансування, на рівні реальних витрат, забезпечить фінансову стійкість медичних установ країни, дозволить їм перейти від вирішення проблем виживання до проблем підвищення якості надання медичних послуг.

З економічної точки зору, лікувальні установи самостійно здійснюють індивідуальне відтворення, тобто організують виробництво, для чого наймають робочу силу, купують сировину й матеріали, напівфабрикати у інших підприємств, сплачують за це готівкою або беруть у кредит, користуючись безготівковим обігом, свої товари/послуги продають або тимчасово залишають

у себе. Такі фірми, як самостійні господарські одиниці володіють правами юридичної особи. Тобто, мають право вільного розпорядження майном, входити у договірні відносини із іншими підприємствами. Вони мають вільний рахунок у банку, де знаходяться кошти, які використовуються для розрахунків з іншими організаціями, на придбання медикаментів, виплати зарплати працівникам тощо. Також, готівка заноситься на банківський рахунок своїх підприємств (лікувальних закладів) або інкасується, її використовують для сплати боргів або тримають як резерв для придбання нових закупівель.

Характерні особливості медичної фірми це:

- по-перше, майнова відокремленість. Лікувальна фірма може володіти власним майном, а також може орендувати або на інших договірних засадах використовувати різні ресурсні елементи: землю, капітал та ін.;
- по-друге, вона має завершений відтворювальний цикл: мобілізує ресурси, перетворює їх й отримує готовий продукт (товар/послугу), реалізує його, а отримані кошти знову використовує для придбання ресурсів;
- по-третє, має самостійні економічні інтереси. Звичайно ж, інтереси найманих працівників й підприємців не можуть у всьому збігатися. Але, разом із тим, всіх дійових осіб фірми зазвичай об'єднує наявність вагомого загального інтересу – швидше виробити продукцію, дорожче її продати й отримати грошовий дохід.

На етапі трансформаційного періоду українська економіка зіткнулася із необхідністю формування умов для інноваційного розвитку медичних фірм, як галузей приватної виробничої сфери. Впровадження зазначених заходів у практичну діяльність вимагає розробки ринково-орієнтованих підходів до дослідження можливостей державно-приватного партнерства, як стратегічного критерію підвищення ефективності підприємницької діяльності.

Роздержавлення медичної власності, основа сучасних ринкових перетворень господарювання у сфері медичній послуг, зумовило утворення якісно нових проблем, ключова з яких – проблема вибору виду підприємницької практики.

Найбільш поширеною в країнах Європи, за останні роки, стала форма партнерств за моделлю DBFO. Головною особливістю є те, що приватний партнер самостійно фінансує, реконструює або будує певний об'єкт, а після здачі його до експлуатації відповідає за технічний стан. Це стосується будь-якого інфраструктурного об'єкту, чи то лікарня, житло для медичного персоналу, паркова тощо. Він може ще й надавати інші послуги, а саме: адміністрування, харчування, охорона, транспортні послуги та ін. Держава в цьому випадку відшкодовує бізнесу фіксовану платню, яка достатня щоб відшкодувати його витрати та отримати прибуток. Така робота у концесії або трасту формується та оплачується за принципом *no service no fee* (контракт). Тут усі ризики лікувальної діяльності не пов'язані з інвестором.

У таких країнах, як Канада, Португалія, Німеччина та Італія найбільш поширеною є модель DBFM – «дизайн – будівництво – фінансування – утримання». Особливість таких контрактно-концесійних угод, це надання приватним партнером нелікувальних додаткових послуг – безпека, дезінфікування, зв'язок та ін.

Ми вже звертали увагу, що Канада, Велика Британія, Ірландія за устроєм медичної системи відносяться до моделі Беверіджа, де державна охорона здоров'я має доповнення з інших джерел, а саме страхування, кошти роботодавців, власні внески населення. Такі моделі дозволяють знайти компромісні рішення, коли виникає питання при обговоренні спектра та обсягів державних гарантій у сфері охорони здоров'я.

Наприклад, у Канаді діє урядова програма *Alternative Financing Partnership system (AFP)*, згідно з якою консорціум *Healthcare Infrastructure Company of Canada consortium* спроектує, побудує, профінансує і буде керувати клінікою на 608 ліжок - *William Osier Health Centre* у Брамptonі (Онтаріо). Контракт, оформлений на 25 років, був обраний як пілотний проект програми AFP. У його реалізації бере участь британська компанія *Carillion*, яка буде відповідальна за забезпечення немедичних послуг і розділить фінансові ризики [32].

Заслужує на увагу, ще й такий приклад гібридних проектів який був започатковано у Польщі та Чехії. У 2007–2013 рр. польській проект програм «Фінансова перспектива 2007–2013 рр.» використовував класичні моделі ДПП (DBFO, DBO), де ризики зв'язані з проектуванням, будівництвом, фінансуванням та експлуатацією передавалися приватній особі, було укладено 7 проектів. З них два проекти було у охороні здоров'я, а саме будівництво районної лікарні у Живець (2011 р.) та лікарні матері та дитини у Познані (2013 р.).

Згідно зі Статтею 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» та Закону України «Про концесію» охорона здоров'я є однією з галузей економіки, в якій можлива реалізація державно-приватного партнерства, спільна діяльність, концесійне партнерство та розподіл продукції [4; 6].

Законодавством передбачено здійснення проектів у формі спільної діяльності, концесії, передача об'єктів державної власності приватному партнеру на умовах договору о партнерстві. Джерелами фінансування можуть бути бюджети міст та державні, а також кошти приватного партнера, запозичені кошти або інші джерела, не заборонені законодавством. Там же, є певні умови за якими після закінчення терміну договору з передачі об'єктів державної власності приватному партнеру і їх використання, вони повертаються державі.

Але, окремим питанням є розподіл створюваної та виробленої продукції як специфічним видом ДПП-проектів. Якщо це стосується видобутку корисних копалин, переробки і утилізації твердих відходів тощо, то це має регулювання в спеціальному законодавстві, при цьому спеціального регулювання поки що не має по відношенню створення медичних послуг.

Отже, підсумуємо, з позиції закону дозвіл на здійснення ДПП у системі охорони здоров'я є спільна діяльність та створення концесій.

В рамках співробітництва між Програмою розвитку державно-приватного партнерства АМР США (P3DP USAID) та ГО «Ініціативи у громадській охороні здоров'я» у 2013 р. було підготовлено техніко-економічне обґрунтування першого в Україні пілотного проекту дійсно державно-приватного партнерства на базі комунального закладу «Міська клінічна лікарні № 3» (далі КЗМЛ № 3)

м. Запоріжжя. Суть проекту – здійснення співробітництва між органом місцевого самоврядування м. Запоріжжя та приватним партнером, що буде обраний в результаті конкурсу, шляхом підвищення якості та доступності існуючих медичних послуг. Приватний партнер отримує право здійснювати спільну діяльність без об'єднання вкладів протягом 25 років. КЗМЛ № 3 залишається у власності міста.

Приватний партнер бере на себе обов'язки по інвестуванню у реконструкцію та переоснащення КЗМЛ № 3. В свою чергу, приватний партнер надаватиме медичні та сервісні послуги, що доповнить вже існуючі в КЗМЛ № 3. Контроль за реалізацією заходів, передбачених проектом, здійснюватиме виконавчий орган Запорізької міської ради. На жаль, через політичну ситуацію і у зв'язку із зміною влади у м. Запоріжжі проект не був реалізованим до кінця, наразі міською радою планується проведення конкурсу для пошуку приватного партнера.

Основними проблемами, які заважають розвитку ДПП, залишаються:

– небажання органів влади ділитися ресурсами, тобто передавати частину матеріальних коштів з бюджету в розпорядження некомерційних організацій, не звертаючи уваги на очевидні економічні, організаційні та політичні переваги соціального замовлення (залучення додаткових ресурсів, мінімізацію адміністративних, накладних витрат, витрат на зарплату тощо);

– кваліфікаційна невідповідність багатьох некомерційних організацій до спільного з владою виконання серйозних завдань в межах соціальних проектів, відсутність у них досвіду роботи в умовах державного казначейського супроводу витрат бюджетних грошей та ін. [34].

Вихід із цієї ситуації у роздержавленні охорони здоров'я через перетворення державних підприємств в різноманітні товариства, тобто корпоратизації та трансформації державної власності в змішану зі зміною суб'єкта права власності.

Мова йде про перерозподіл повноважень між державою і лікувальними організаціями в галузі, яка не може бути приватизована, але для якої держава не

має коштів на розвиток. При цьому важливими умовами ефективності ДПП є ступінь участі медичного персоналу в реалізації проекту і збереження за державою істотною мірою господарської активності та окремих правомочностей власника. В іншому випадку реалізація механізмів ДПП може призвести до часткової чи повної приватизації бізнесом об'єктів партнерства. Приватний сектор зацікавлений в тому, щоб вкладати інвестиції та отримувати гарантований прибуток, залучаючи в спільні проекти сучасні технології, ноу-хау, ефективний менеджмент. Держава ж при цьому отримує додаткове фінансування спільних проектів і вирішує не тільки інфраструктурні проблеми, забезпечивши ефективне використання бюджетних коштів, але й досягає соціальної стабільності.

Підіб'ємо підсумок, не дивлячись на різноманіття форм діяльності лікувальних установ, у тому числі й підприємницьких, кожна з них буде мати свої позитивні сторони і негативні. Тим не менш, кожна із них має право на існування. Так, як вони у сукупності приносять користь для поліпшення якості надання медичних послуг.

3.2. Напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я України

Держава сьогодні потребує впровадження політики охорони здоров'я з урахуванням національного контексту узгодженого з політикою охорони здоров'я ООН і Європейського Союзу через гармонізацію цілей і індикаторів для системи охорони здоров'я, встановлених цими організаціями, з системою планування змін та моніторингу в охороні здоров'я.

Урядом України за підтримки міжнародної спільноти ніби активно здійснюється реформування національної системи охорони здоров'я, однак, на жаль, оцінити ефективність реформування практично неможливо через повне розбалансування законодавства у сфері охорони здоров'я, відсутність чітко визначеної системи охорони здоров'я та її цілей, а також індикаторів досягнення

результату, які б кореспондувались з індикаторами встановленими ООН, ВООЗ та іншими міжнародними організаціями для системи охорони здоров'я.

За відсутності таких чітких і зрозумілих як українцям, так і міжнародній спільноті орієнтирів державного управління охорони здоров'я неможливо розраховувати на невинність та послідовність змін, а також їх адекватну підтримку з боку європейських та інших міжнародних структур [46].

Розуміючи необхідність заповнення законодавчих прогалів та створення комплексної законодавчої бази у сфері охорони здоров'я, Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я було запропоновано розглядати ряд законопроектів як основу законодавства для побудови в Україні сучасної національної системи охорони здоров'я. А саме:

– Законопроект № 2409а «Про засади державної політики охорони здоров'я» (доктринальний закон, де розкрито бачення перспективної моделі охорони здоров'я в Україні на основі національного контексту і констатації ВООЗ та ЄС – інструмент євроінтеграції);

– Законопроект № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» (створення умов для формування в Україні ефективної системи медичного обслуговування із чітким визначенням рівня державних гарантій у сфері охорони здоров'я на основі прозорого визначення вартісних характеристик медичної допомоги та застосування багатоджерельного фінансування, контактування закладів охорони здоров'я різних форм власності та фізичних осіб-підприємців, що здійснюють медичну практику та координації їх діяльності);

– Законопроект № 2162_д «Про лікарські засоби» (надає повний комплекс правового регулювання фармацевтичного обслуговування: імплементація європейських принципів та стандартів у питаннях надання дозволів на введення лікарських засобів на ринок України та їх обіг, безкоштовний доступ громадян до необхідних медикаментів належної якості, фінансова доступність та контроль за рекламою медикаментів);

– Законопроект № 8250 «Про лікарське самоврядування» (врегулює питання запровадження і функціонування в Україні професійного самоврядування лікарів відповідно до європейської практики регулювання вільних професій);

– Законопроект № 4981 «Про загальнообов’язкове державне соціальне медичне страхування» (інструмент підвищення доступності і якості медичного обслуговування шляхом підвищення рівня фінансування галузі за рахунок впровадження додаткового гарантованого джерела фінансування);

– Законопроект № 5134_1 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо оптимізації системи центральних органів виконавчої влади та їх діяльності у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення» (відновлення зруйнованої попередніми «реформами» системи забезпечення санепідблагополуччя та біобезпеки країни);

– Законопроект № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я (щодо управління змінами в охороні здоров’я)» (визначає мету і цілі державної політики охорони здоров’я, основний інструментарій управління змінами в охороні здоров’я).

Плюралізм законодавчих ініціатив, з одного боку, вражає та надає надію, а з іншого боку, зазначений нами перелік законопроектів ще раз говорить нам про те, що система охорони здоров’я в Україні повністю розбалансована, а впроваджувана сьогодні медична реформа через не цілеспрямованість, не системність та неузгодженість змін породжує ще більший хаос і поглиблює, на жаль, такі основні проблеми:

- колапс правового регулювання у сфері охорони здоров’я;
- нерозуміння того, що ми маємо, що відбувається сьогодні і, що принесе реформа завтра та, як результат, несприйняття медичної реформи населенням та медичними працівниками;
- велика вартість медичних послуг та неможливість оплачувати послуги;
- низька якість медичних послуг;

- швидка втрата кадрового потенціалу галузі у кількісному вимірі та недосконалість інструментів, підвищення кваліфікації тощо;
- проблема доступу до медичної допомоги передусім у сільській місцевості;
- брак фінансових ресурсів на розвиток медицини і всієї сфери охорони здоров'я.

Враховуючи все вищезазначене, необхідно якнайшвидше об'єднати сили медичної і правової науки, науки державно-управлінських справ, експертного середовища, громадських активістів навколо правильно вибудованої структури національної системи охорони здоров'я України, яка включатиме в себе розподіл на ключові напрямки та поетапний план-графік дій щодо реформування системи охорони здоров'я.

Так, сьогодні всі науковці, що працюють у сфері медико-фармацевтичного права, приходять до висновку, що задля створення балансу необхідна систематизація усього масиву законодавства. Саме тому доцільно на рівні державно-управлінських процесів, усе законодавство у сфері охорони здоров'я концептуально розподілити на три великі кластери в залежності від групи правовідносин, що регулюються:

1. Законодавство в сфері охорони здоров'я, що гарантує та захищає права людини. У межах зазначеного кластеру необхідно:

- за підтримки народних депутатів України всі стратегічні законопроекти в сфері охорони здоров'я, що гарантують та захищають права людини мають бути доопрацьовані та прийняті, а на базі розробленої Концепції вдосконалення національної системи охорони здоров'я України необхідно розпочати роботу над фундаментальним документом – законопроектом «Про національну стратегію охорони здоров'я», розробка і внесення якого витікає з законопроекту № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)». Такий Законопроект «Про національну стратегію охорони здоров'я» був би

всеосяжним, і повністю передбачив би комплекс змін в сфері охорони здоров'я, що гарантує та захищає права людини;

– законопроект № 2409а «Про засади державної політики охорони здоров'я» пропонуємо замінити законопроектом № 9377 «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо управління змінами в охороні здоров'я)» та законопроектом «Про Національну стратегію охорони здоров'я». Вважаємо, що саме в такому вигляді законопроект стане інструментом управління змінами через обов'язковість стратегування, планування і підзвітність у питаннях розвитку охорони здоров'я. Вищезазначене – це стійка передумова для забезпечення наступності державної політики охорони здоров'я, її стійкості до суб'єктивних впливів і популізму через запровадження єдиного, універсального, комплексного підходу, який базується на гуманітарних цінностях та принципах.

2. Законодавство в сфері охорони здоров'я щодо надання послуг. У межах другого кластеру пропонуємо:

– у законопроект № 7065 «Про організацію медичного обслуговування населення в Україні» треба повернути положення про спів оплату послуг (такий крок призведе до детінізації економіки охорони здоров'я та відкриє правове поле для обов'язкового і добровільного медичного страхування, які були, на жаль, втрачені через двобій з МОЗ і його законопроектом № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», за яким сьогодні здійснюється реформа;

– закріплення прав людини у сфері охорони здоров'я на рівні Конституції, нормативно-правова база щодо функціонування національної системи охорони здоров'я – основа для впорядкування суспільних відносин.

Саме тому законопроекти, направлені на зміну насамперед фінансування системи охорони здоров'я потребують узгодження зі ст. 49 Конституції України, у іншому ж разі, будь-які зміни у системі охорони здоров'я будуть під загрозою визнання їх такими, що «не відповідають Конституції України». Саме тому необхідно звернутись до Конституційного Суду України задля тлумачення ст. 49

Конституції України в контексті ст. 95 щодо міри безоплатності надання медичної допомоги.

3. Законодавство в сфері охорони здоров'я, що регулює інші супутні процеси (виробництво медичних, фармацевтичних та інших, пов'язаних з медициною товарів). До третього кластеру варто віднести Законопроект № 2162_д «Про лікарські засоби» та інші.

Отже, ухвалення та прийняття згаданих законопроектів – це лише перший крок державного управління до реформування медичної галузі. Загалом Україні необхідно обрати свій оптимальний варіант моделі системи охорони здоров'я для того, щоб досягнути результатів на рівні європейських країн. Для забезпечення повної реалізації такої реформи потрібна велика та копітка робота, одним із завдань якої є створення трьох потужних постулатів для розвитку законодавства у сфері охорони здоров'я, сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Така модель повинна бути чітко врегульована досконалими та ефективними законодавчими та нормативно-правовими актами, які регламентуватимуть комплексне перетворення системи охорони здоров'я в Україні.

У статуті головного міжнародного координаційного органу з охорони здоров'я, яким є ВООЗ, зазначається, що володіння досяжним найвищим рівнем здоров'я є одним із невід'ємних прав будь якої людини незалежно від раси, релігії, політичних переконань, економічного та соціального становища. Уряди є відповідальними за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність потребує проведення відповідних заходів соціального.

У визначенні ВООЗ в одну низку з традиційними критеріями здоров'я – фізичним (соматичним) і душевним (психічним) – поставлено також і спосіб життя, якого людина дотримується через соціальні та економічні обставини. У спосіб життя включають чотири категорії: економічну – рівень життя, соціальну – якість життя, соціально психологічну – стиль життя й соціально економічну – уклад життя.

Відповідно до вищевикладеного визначення ВООЗ, проблему охорони здоров'я в Україні слід розглядати як соціальну, тобто таку, що стосується всього суспільства, а не лише медичної галузі. Здоров'я громадян – це дзеркало суспільства, і за охорону здоров'я повинні відповідати всі, починаючи з найвищих органів влади і закінчуючи особисто кожним громадянином.

Таким чином, охорона здоров'я – це система соціальної безпеки держави, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян. З одного боку, це відповідальність щодо запобігання розвитку захворювань і зміцнення здоров'я, формування здорового способу життя. З іншого боку, це система, метою якої є надання кваліфікованої медичної допомоги на основі визнаних світових традицій та сучасних тенденцій, з використанням останніх досягнень науки і техніки. Фактично в цьому полягає основна сутність функціонування системи, оскільки взяти на себе функції надання медичної допомоги та ліквідації хвороб як таких не можуть ні держава, ні громадяни, ні будь яка інша соціальна система або галузь економіки.

Як бачимо, основу державного регулювання у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України через закріплення конституційних і законодавчих засад, визначення її мети, завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів та обсягів бюджетного фінансування, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я, тоді як державне управління здійснюється на рівні виконавчої влади (зокрема, у сфері охорони здоров'я – це Міністерство охорони здоров'я, державні служби та ін.). У свою чергу, публічне адміністрування відбувається на рівні закладів охорони здоров'я, медичних установ тощо.

Форми державного управління у сфері охорони здоров'я пропонується поділити на дві основні групи – зовнішні та внутрішні, адже в цих формах відбивається зміст діяльності органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування з питань забезпечення охорони здоров'я.

Зовнішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я спрямовані на взаємодію з державними органами, для забезпечення виконання покладених на суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я завдань і функцій. Наприклад, Національна служба здоров'я України під час виконання покладених на неї завдань взаємодіє в установленому порядку з іншими державними органами, допоміжними органами та службами, утвореними Президентом України, тимчасовими консультативними, дорадчими та іншими допоміжними органами, утвореними Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, громадськими спілками, профспілками й організаціями роботодавців, відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій, а також із підприємствами, установами й організаціями.

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я пов'язані з організацією внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподілом службових обов'язків, керівництвом підрозділами нижчого рівня, проведенням нарад) і матеріально-технічними операціями, які забезпечують функціонування суб'єкта публічної адміністрації (діловодством, матеріально-технічним забезпеченням).

Виходячи із ситуації, що склалась у 2020 р., можемо говорити, що відбувається зміна механізмів управління у сфері охорони здоров'я і основними засадами реформування державного управління у сфері охорони здоров'я у вказаному ключі мають бути децентралізація. Остання повинна зводиться до надання регіонам більших можливостей адміністративно-фінансового характеру у сфері охорони здоров'я, й автономізації лікарень, субсидіарності, партнерських відносин між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Під впливом євроінтеграційних процесів з'являються нові форми державного управління та контролю за здійсненням реформи охорони здоров'я. Для повноцінного оновлення форм державного управління необхідно вирішити

найбільші проблеми, які постають у сфері охорони здоров'я: невідповідність прийняття законодавчих актів та існування здебільшого застарілих технологій і практик до впровадження оновленої системи надання медичних послуг громадянам через прозору систему контролю. Слід налагодити злагоджену співпрацю медичної професійної спільноти, громадськості та державних органів, аби уникнути затягування реформи у сфері охорони здоров'я.

Отже, з проведеного нами дослідження вбачається, що державне управління сферою охорони здоров'я є рушійною силою для соціальної складової держави, є її основною складовою, оскільки вирішує найважливіше питання – питання збереження життя та здоров'я людини.

Так, галузь охорони здоров'я є ключовим елементом соціальної сфери та представляє особливий інтерес для забезпечення економічної безпеки країни як визначальний чинник якості життя та людського капіталу. Держава має визнати науково обгрунтовану концепцію сталого розвитку національної сфери охорони здоров'я як пріоритетної, на рівні з розвитком економічної, політичної та воєнної потужності України. Йдеться про активізацію державного сприяння економічному динамічному розвитку всіх господарчих суб'єктів галузі та створення сприятливого конкурентного середовища у галузі охорони здоров'я. Проте ключовим заходом щодо поліпшення якості національної системи охорони здоров'я є збільшення обсягів фінансування цієї сфери.

Отже, стан державного управління системою охорони здоров'я можна поліпшити лише на основі комплексного підходу, у тому числі шляхом розв'язання екологічних, економічних, фінансових та політичних проблем, притаманних Україні. На нашу думку, практична реалізація запропонованих механізмів державного управління діяльності сприятиме, з одного боку, розвитку соціальної політики в Україні, а з іншого – дозволить більш ефективно долати загрози, які виникають у сфері гарантування соціальної безпеки українського суспільства.

ВИСНОВКИ

Отримані у процесі дослідження результати свідчать про досягнення окресленої мети, виконання поставлених завдань та дають підстави для формулювання низки загальних висновків і рекомендацій, що мають теоретичне та практичне значення.

1. Проведено аналіз структури національної системи охорони здоров'я для визначення її базових елементів, що підлягають реформуванню. На основі нормативних документів з'ясовано особливості функціонування національних інституцій системи охорони здоров'я, досліджено їх взаємозв'язки та ступінь впливу на систему в цілому. Встановлено, що основними суб'єктами, що здійснюють нормативне, організаційне та адміністративне управління СОЗ, є Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство фінансів України та органи місцевого самоврядування.

Верховна Рада України встановлює цілі, основні завдання, пріоритети, бюджет, керівні принципи та нормативну базу для сектору охорони здоров'я та затверджує цільові національні програми охорони здоров'я. Президент України відповідає за забезпечення того, що політика в галузі охорони здоров'я реалізується відповідно до законодавства та Конституції через систему органів виконавчої влади. Кабінет Міністрів України координує розробку та реалізацію національних програм, створює правові, економічні й управлінські механізми підтримки системи охорони здоров'я.

Разом з тим органи місцевого самоврядування, які справляють найменший вплив на систему, є власниками найбільшої кількості закладів охорони здоров'я. Вплив на СОЗ НАМН України досить незначний, що не відповідає статусу та повноваженням зазначеної наукової організації.

2. Систематизовано моделі публічного управління системою охорони здоров'я в Україні. Доведено, що важливими елементами державної політики є моделі її формування щодо перетворення політичних цілей на урядові програми

та практичні дії для досягнення бажаних результатів процесу управління. 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.

3. На основі аналізу нормативно-правової бази щодо реформування сфери охорони здоров'я країни узагальнено проблеми, що гальмують або уповільнюють реалізацію Національної стратегії реформування медичної системи України. Зроблено висновок, що актуальність дослідження проблеми державних механізмів управління посилюється необхідністю подолання низки суперечностей у сфері охорони здоров'я, а управління сферою охорони здоров'я в Україні потребує системних змін, які повно не визначені ані в рамках медичної

реформи, ані у теоретичних розробках вітчизняних науковців з державного управління.

З'ясовано механізми державного управління, які стримують розвиток приватного ринку медичних послуг в Україні: відсутність системи лікарського самоврядування, спрямованого на захист прав пацієнтів і професійних прав лікарів, невизначеність його нормативно-правової бази; відсутність гарантій відшкодування ризиків для інвесторів; невідповідність принципів фінансування галузі охорони здоров'я вимогам ринкової економіки і потребам ринку медичних послуг; відсутність ринку страхової медицини та обов'язкового медичного страхування громадян; непрозорість вітчизняного ринку медичних послуг, наявність монопольних позицій окремих медичних закладів; низька якість надання медичної послуги; непрозорість структури і способів ведення бізнесу; незавершеність процесу розробки законодавчо-правової бази надання платних медичних послуг.

4. Визначено тенденції модернізації сучасних систем охорони здоров'я у зарубіжних країнах (забезпечення для населення доступності медичної допомоги і її вчасного отримання; врахування урядами економічних можливостей країн і збільшення реальних обсягів фінансування медичної сфери; динамічний розвиток приватного сектору і страхової медицини, а також передумови формування та розвитку міжнародної практики державно- приватної взаємодії у сфері охорони здоров'я (історичні, демографічні, соціально-економічні, національно-культурні).

Проаналізовано функціональні характеристики зарубіжних систем охорони здоров'я і оцінено їх можливості щодо упровадження у національну систему. Спільним у зарубіжних системах охорони здоров'я є врахування демографічних, соціально-економічних, національних традицій, медико-організаційних, територіальних та інших особливостей. Встановлено, що при визначенні стратегій розвитку національних систем охорони здоров'я враховують показники Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо ефективності системи:

тривалість життя населення, витрати на охорону здоров'я у % ВВП, а також щорічні зміни у цих показниках.

Охарактеризовано зарубіжні системи охорони здоров'я і моделі надання медичних послуг: споживчо-орієнтована (домінування приватної системи, високий рівень конкуренції та комерціалізації медичної сфери, високе позабюджетне фінансування медичних послуг та домінування у їх структурі платного сегменту, фінансова автономія медичних закладів) та солідарно-корпоративна (державне гарантування мінімального пакету медичних послуг, унормований механізм ціноутворення, державні стандарти якості медичних послуг, баланс між державним регулюванням сфери і ринковими механізмами функціонування і фінансування, децентралізація системи управління). Зроблено висновок про неможливість повного перенесення ефективної зарубіжної моделі у систему охорони здоров'я України. Доцільним є використання прогресивних ідей, які детермінують якісні системні зміни у національній сфері охорони здоров'я.

5. Визначено та обґрунтовано умови розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я: поширення конкуренції між медичними закладами та секторами; розширення переліку медичних послуг; поширення співпраці між державним та приватним партнерами.

З'ясовано, сучасний розвиток сфери охорони здоров'я України не використовує у повному обсязі потенціалу державно-приватних партнерств. На основі узагальнення концептуальних положень про державно-приватне партнерство доведено, що найбільш зручною формою здійснення проектів ДПП є концесія, спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування - кошти державного та місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

На основі визначених переваг і проаналізованих недоліків було розроблено модель механізмів концесійної співпраці державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Доведено, що трансформування медичної галузі неможливо без існуючих інституційних перетворень, спрямованих на подальший розвиток базових соціальних, політичних й економічних інститутів українського суспільства. Встановлено, що будь-які чинники трансформаційних змін в механізмах державного управління соціально-економічною системою держави мають різне спрямування.

6. Визначено перспективні напрями державного управління системою охорони здоров'я, реалізацію яких пропонується здійснювати у послідовності, а саме:

- вдосконалення законодавчої бази галузі охорони здоров'я, а також, проведення моніторингу та аналізу результатів реалізації нових законодавчих актів;
- впровадження механізму державно-приватного партнерства у даній галузі;
- проведення ефективної кадрової політики;
- ширше впровадження інноваційних систем забезпечення якості у роботу закладів охорони здоров'я;
- впровадження інноваційних підходів для поліпшення комунікаційних взаємовідносин між пацієнтами та медичними працівниками;
- впровадження дієвого механізму державного нагляду за роботою фахівців у сфері охорони здоров'я для підвищення продуктивності їх праці.
- розвиток ринку страхування;
- використання системи громадського контролю сфери охорони здоров'я.

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-ХІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. 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>.
4. Про державно-приватне партнерство : закон України від 01.07.2010 р. № 2404-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17#Text>.
5. Про Кабінет Міністрів України : закон України від 27.02.2014 р. № 794-VII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18>.
6. Про концесію : закон України від 03.10.2019 р. № 155-ІХ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20#n646>.
7. Про ліцензування видів господарської діяльності : закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.
8. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21.05.1997 р. № 280/97-ВР. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.
9. Про страхування : закон України від 07.03.1996 р. № 85/96-ВР. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>.
10. Про судоустрій і статус суддів : закон України від 02.06.2016 р. № 1402-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1402-19>.
11. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України восьмого скликання : постанова Верховної Ради України від 04.12.2014 р. № 22-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/22-19>.
12. Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України : постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.2015 р. № 609. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/609-2015-%D0%BF>.

13. Про затвердження Положення про Державну службу України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів : постанова Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 р. № 667. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/667-2015-%D0%BF>.

14. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF>.

15. Про затвердження Положення про Міністерство фінансів України : постанова Кабінету Міністрів України від 20.08.2014 р. № 375. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/375-2014-%D0%BF>.

16. Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України : постанова Кабінету Міністрів України від 12.06.2020 р. № 471. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/471-2020-%D0%BF#Text>.

17. 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>.

18. Статут Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» : наказ МОЗ від 20.03.2018 р. № 515. URL : <https://phc.org.ua/pro-centr/ustanovchi-dokumenty>.

19. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.

20. Базилевич В. Д. Страхування : підруч. Київ : Знання-Прес, 2008. 1019 с.

21. Бойко С. Г. Порівняння моделей фінансово-економічної організації охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2016. № 2. С. 40–44.

22. Борщ В. В. Система охорони здоров'я як структурний елемент національної безпеки України. *Національний вісник Ужгородського національного університету*. 2019. Вип. 23. С. 19–22.

23. Бруссер П., Райзберг С. Системы здравоохранения: время перемен. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2004. Т. 6. № 9. С. 58–72.

24. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Програмний документ для підтримки діалогу щодо підготовки бюджету на 2021 рік. URL : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/463872/UKR-Budgetary-space-for-health-ukr.pdf

25. Бюджетні видатки на охорону здоров'я зростуть до 224 млрд грн у 2022 році. URL : https://mof.gov.ua/uk/news/biudzhetni_vidatki_na_okhoronu_zdorovia_zrostut_do_224_mlrld_grn_u_2022_rotsi_-_roman_iermolichiev_pid_chas_strategichnoi_sesii_vooz_u_barseloni-3120.

26. Введение в экономику здравоохранения для стран Восточной Европы и СНГ / под общ. ред. С. Виттер, Т. Энсора. Великобритания. Центр экономики здравоохранения : Университет Йорка, 2002. 274 с.

27. Видатки на охорону здоров'я у 2021 р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. *Щотижневик «Аптека»*. № 1(1272). URL : <https://www.apteka.ua/article/579552>.

28. Вовк С. М. Концесії – делеговані повноваження в охороні здоров'я. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Стратегічний потенціал державного та територіального розвитку» м. Маріуполь, 3-4 жовтня 2017 р.. 418 с.

29. Вовк С. М. Принципи організації інноваційного управління охороною здоров'я на основі державно-приватного партнерства Wspylpraca UE-Ukraina: Trendy gospodarcze. *Ekonomiczne nauki. : Zbiyr prac naukowych: UE-Ukraina: Trendy gospodarcze*». 2014. Str. 39–44

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

31. ВООЗ : вебсайт. URL : <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report/ehr>.

32. Вороненко. Ю. В., Губські К. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал*. 2014. № 1 (2). С. 63 75.

33. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. Вип. 4. С. 166–173.

34. Гриценко Л. Л. Концептуальні засади державно-приватного партнерства. *Вісник СумДУ: Серія «Економіка»*. 2012. № 3. С. 52–59.
35. Державна казначейська служба України. Підрозділ П.2 «Видатки за функціональною класифікацією видатків та кредитування бюджету» розділу П «Видатки». Київ : Державна казначейська служба України. URL : <https://www.treasury.gov.ua/ua/file-storage/richnij-zvit-pro-vikonannyaderzhavnogo-byudzhetuukrayiniza-2019-rik>.
36. Досвід Італії у сфері державно-приватного партнерства: доп. укр. фахівців. URL : <http://euro2012.ukrinform.ua/news/ii/pi7273/>.
37. Думанский Ю. В. Современное состояние систем здравоохранения мира : монография. Донецк : ВИК, 2013. 367 с.
38. Зміни в Держбюджеті-2020: видатки на медицину збільшено на 15,8 млрд грн. URL : <https://www.auc.org.ua/novyna/zminy-v-derzhbyudzheti-2020-vydatky-na-medycynu-zbilsheno-na-158-mlrd-grn>.
39. Каунцингер Б. Реформування системи охорони здоров'я в Німеччині. *Українська медичинська газета*. 2006. № 3. С. 22.
40. Кістол А. А. Соціальна система як об'єкт безпеки. *Управління фінансово_економічною безпекою*. 2015. Вип. 1. С. 75–78.
41. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу. *Вісн. Бердянського унів-ту менеджменту та бізнесу*. 2010. № 3 (11). С. 94–100.
42. МОЗ про те, як працюватиме електронна система охорони здоров'я. URL : <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-pro-te-yak-pracyuvatime-elektronna-sistema-ohoroni-zdorovyua>.
43. Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Европейское региональное бюро ВОЗ : Изд-во «Весь Мир», 2002. 354 с.
44. Нагребецкий А. Здравоохранение в Австрии, или что такое современная европейская медицина. *Здоров'я України*. 2008. № 8. С. 10–11.
45. Населення України: демографічні складові людського розвитку / за ред. О. М. Гладуна. Умань : Вид. «Сочінський», 2015. 180 с.

46. Новікова О. Ф. Стан та перспективи соціальної безпеки в Україні Львівський регіональний інститут державного управління НАДУ; НАН України. *Інститут економіки промисловості*. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2018. 184 с.
47. О международном опыте реформирования системы здравоохранения. URL : <http://bit.ly/2qDMKml>.
48. Пасиешвили Л. М. Семейная медицина Нидерландов. *Украинская медицинская газета*. 2006. № 6. С. 12.
49. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107–111.
50. Саріогло В. Г. Оцінювання соціально-економічних показників: прикладні аспекти застосування непрямих методів : монографія / В. Г. Саріогло. Київ : Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2012. 136 с.
51. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 146 с.
52. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf.
53. Федорова Н. О. Стан фінансування системи медичного страхування в Україні. Держава та регіони. Серія : Державне управління. 2019. № 1(65). С. 110–115.
54. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України ; редкол.: П. С. Мельник та ін.. Київ : Медінформ, 2018. 458 с.
55. Экстер А., Германе А. Системы здравоохранения: Время перемен. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Нидерланды : 2004. Т. 6. № 6. С. 43–49.
56. Health Authorities. URL : <http://bit.ly/2cj10MW>.
57. The World Factbook 2017. URL : <https://www.cia.gov/library/publications/resources/theworld-factbook/geos/up.html>.