

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

Здобувача вищої освіти Посунько Артема Івановича

академічної групи 281м-23-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

за освітньо-професійною програмою 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України»

| Керівники | Прізвище, ініціали | Оцінка за шкалою | | Підпис |
|---------------------------|-----------------------|------------------|---------------|--------|
| | | рейтинговою | інституційною | |
| кваліфікаційної роботи | Шпекторенко І. В. | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|
| Рецензент: | Календа М.Є. | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|

| | | | | |
|------------------------|--------------|--|--|--|
| Нормоконтролер: | Кравцов О.В. | | | |
|------------------------|--------------|--|--|--|

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему: «Медичне страхування в реформуванні системи охорони здоров'я України».

80 стор., 4 табл., 7 рис., 66 джерел.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я.

Предметом дослідження є реформування системи охорони здоров'я України на основі розвитку медичного страхування.

Мета дослідження обґрунтування пропозицій щодо розвитку напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні на основі аналізу та узагальнення закордонного досвіду й моделювання перспектив медичного страхування в медичній сфері.

У розділі 1 розглянуто концептуальні підходи до розвитку систем охорони здоров'я. Розділ 2 присвячено реформам системи охорони здоров'я в Україні. Розділ 3 пропонує напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть бути використані при розробці та коригуванні заходів з реформування системи охорони здоров'я.

Сфера практичного застосування результатів роботи – центральні органи державної виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, політичні інститути.

ABSTRACT

Explanatory note on the qualification work for Master's degree on the topic:
«Health insurance in reforming the health care system of Ukraine».

80 pages, 4 tables, 7 figures, 66 sources.

**HEALTH CARE, SOCIAL INSURANCE, HEALTH CARE REFORM,
HEALTH INSURANCE, STAFFING OF HEALTH CARE MANAGEMENT.**

The object of research is the health care system.

The subject of the study is the reform of the health care system of Ukraine on the basis of the development of health insurance.

The purpose of the study is to substantiate proposals for the development of directions for reforming the healthcare system in Ukraine based on the analysis and synthesis of foreign experience and modelling the prospects for health insurance in the medical sector.

Section 1 discusses conceptual approaches to the development of health care systems. Section 2 is devoted to health care reforms in Ukraine. Section 3 proposes directions for reforming the health care system in Ukraine.

The recommendations and suggestions provided in this paper can be used in the development and adjustment of measures to reform the healthcare system.

The scope of practical application of the results of the work is central state executive authorities, local self-government bodies, and political institutions.

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 5 |
| РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я..... | 8 |
| 1.1. Поняття, види та принципи соціального страхування..... | 8 |
| 1.2. Зарубіжний досвід основ побудови та реформування системи охорони здоров'я | 17 |
| РОЗДІЛ 2. РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ..... | 27 |
| 2.1. Нормативно-правове забезпечення медичних реформ в Україні..... | 27 |
| 2.2. Стан медичного страхування в Україні | 38 |
| РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ | 48 |
| 3.1. Кадрове забезпечення управління охороною здоров'я як напрямок медичної реформи..... | 48 |
| 3.2. Імплементация системи медичного страхування в Україні..... | 62 |
| ВИСНОВКИ | 76 |
| ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 81 |

ВСТУП

Україна, як демократична держава, потребує створення нової концепції державного управління сферою охорони здоров'я та обґрунтування системи управління її елементами, що відповідає суспільним змінам. Політичні й соціально-економічні трансформації в українському суспільстві, утвердження демократичних принципів та розвиток нової концепції управління у сфері охорони здоров'я, вимагають наукового підходу та вдосконалення державного управління шляхом перебудови галузі відповідно до суспільних потреб і міжнародних стандартів.

Основна мета реформування національної системи охорони здоров'я полягає в підвищенні тривалості життя населення України. У процесі модернізації вітчизняної системи охорони здоров'я доцільно впроваджувати моделі, що базуються на таких ключових принципах: відповідальність держави, доступність та якість медичних послуг, зручність їх отримання, забезпечення рівного доступу до медичних послуг і прагнення до максимально ефективного використання наявних ресурсів.

Про необхідність реформування системи охорони здоров'я в Україні почали говорити майже відразу після здобуття незалежності. Однак, за думкою багатьох експертів, з 1991 року система надання медичних послуг населенню, а також організаційні та фінансові механізми функціонування медичних закладів не зазнали суттєвих змін чи вдосконалення. Незважаючи на окремі нововведення в цій сфері, модель охорони здоров'я, створена ще за радянських часів, зберіглася практично без змін. Виклики останніх років, такі як війна на сході та пандемія COVID-19, зробили нагальним проведення реформи системи охорони здоров'я. Соціальна, економічна та моральна відповідальність держави за медичне забезпечення є важливою, адже здоров'я нації є основною умовою розвитку країни та добробуту суспільства. Запровадження обов'язкового медичного страхування,

характерного для країн з розвиненою демократією, може стати фундаментом змін у системі охорони здоров'я.

Дослідженню різних аспектів державного, публічного управління та реформування системи охорони здоров'я проблеми, запровадження загальнообов'язкового медичного соціального страхування займалися України такі вчені: Н. Авраменко, М. Банчук, Л. Баранник, І. Босак, О. Вороніна, Т. Григораш, О. Журавка, Ю. Кириченко, В. Костюк, Т. Кубах, Є. Мордань, Н. Нагайчук, Т. Сальникова, І. Савіна, В. Стеценко, Т. Стецюк, В. Лехан, Т. Курило, В. Рудий та ін. Вони наголошують на необхідності негайного впровадження загальнообов'язкового медичного страхування.

Дослідженням аспектів професійного навчання, професійних компетентностей сучасних медичних працівників займалися: В. Глушаниця, Р. Ісаєнко, Н. Коба, О. Коваленко, В. Короленко, В. Лазоришинець, Л. Мельник, О. Поживілова, О. Ременник. Існує необхідність подальшого розгляду та поглиблення розуміння напрямів здійснення реформування системи охорони здоров'я в Україні на основі розвитку медичного страхування, з метою подальшого впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні.

Метою роботи є обґрунтування пропозицій щодо розвитку напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні на основі аналізу та узагальнення закордонного досвіду й моделювання перспектив медичного страхування в медичній сфері.

Відповідно до мети роботи було вирішено такі завдання:

- з'ясувати поняття, види та принципи соціального страхування;
- описати зарубіжний досвід основ побудови та реформування системи охорони здоров'я;
- дослідити нормативно-правове забезпечення медичних реформ в Україні;
- розглянути стан медичного страхування в Україні;

– проаналізувати сучасне кадрове забезпечення управління охороною здоров'я як напрям медичної реформи в Україні;

– запропонувати та обґрунтувати напрями імплементації системи медичного страхування в Україні.

Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – реформування системи охорони здоров'я України на основі розвитку медичного страхування.

У дослідженні застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Метод наукового пізнання процесів і явищ, пов'язаних з діяльністю органів центральної і місцевої влади, використано для з'ясування теоретичних засад організації системи охорони здоров'я в Україні. Методи системного та нормативно-правового аналізу – для аналізу складових системи медичного страхування й соціального обслуговування населення. Метод порівняльних переваг та стратегічного аналізу – для вивчення сучасного закордонного досвіду реалізації обов'язкового медичного страхування та можливості залучення успішних соціальних практик для адаптації в умовах України.

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення і висновки, пропозиції, отримані в дослідженні, можуть бути використані при розробці та коригуванні заходів з реформування системи охорони здоров'я.

Окремі положення даного дослідження були апробовані на XI Міжнародній науково-технічній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Молодь: наука та інновації», Дніпро, 13-15 листопада 2024 року у вигляді тез на тему: «Сутнісні характеристики професіоналізму медичних менеджерів» (подано до друку, у співавторстві).

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та літератури.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО РОЗВИТКУ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття, види та принципи соціального страхування

Наразі більшість країн світу перебувають у процесі змін або реалізації конкретних реформ у сфері медичного забезпечення, спрямованих на створення оптимальної та ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Спільними чинниками, що впливають на зміст реформ для різних країн, є демографічне старіння населення та зростання вартості медичних послуг.

У контексті реформування української економіки питання медичного забезпечення громадян є одними з найбільш актуальних і обговорюваних. Значущість медичного забезпечення полягає в соціальній, економічній та моральній відповідальності держави перед своїми громадянами, оскільки здоров'я нації є основною передумовою економічного розвитку країни та соціального добробуту суспільства.

Сьогодні в Україні, як і в інших країнах, традиційною системою забезпечення населення медичними послугами є національна охорона здоров'я, відповідно до якої послуги охорони здоров'я оплачуються державою.

Актуальними способами забезпечення громадян медичними послугами – система обов'язкового (ОМС) і добровільного (ДМС) медичного страхування. За умов ринкових відносин медичне страхування є ключовою складовою системи охорони здоров'я, покликаною усувати або пом'якшувати вплив низки непередбачених обставин, які можуть виникати в житті людини та негативно позначатися на її здоров'ї, забезпечуючи повне або часткове відновлення працездатності.

Медичне страхування в Україні має низький попит і є малодоступним для населення. Тому на цьому етапі важливо максимально визначити сутність та напрями розвитку медичного страхування, що сприятиме розширенню кола користувачів цих послуг, зростанню попиту на ринку та його ефективному розвитку.

На сьогодні поняття «медичне страхування» в Україні законодавчо не визначене та є предметом дискусій різних авторів. Законом України «Про страхування» (ст. 4) визначено, що медичне страхування належить до класу 2 страхування як страхування на випадок хвороби [16], хоча не визначено його суті та інструментів й механізмів впровадження.

Страхування ж визначено як «правовідносини щодо захисту страхових інтересів фізичних та юридичних осіб (страховий захист) при страхуванні ризиків, пов'язаних з життям, здоров'ям, працездатністю та пенсійним забезпеченням, з володінням, користуванням і розпорядженням майном, з відшкодуванням страхувальником заподіяної ним шкоди особі або її майну, а також шкоди, заподіяної юридичній особі, у разі настання страхових випадків, визначених договором страхування, за рахунок коштів фондів, що формуються шляхом сплати страхувальниками страхових премій (платежів, внесків), доходів від розміщення коштів таких фондів та інших доходів страховика, отриманих згідно із законодавством» [16].

Таким чином, медичне страхування, яке пов'язане з майновими інтересами захисту життя, здоров'я та працездатності людини, віднесено до особистого страхування. Однак закону, який би регламентував його запровадження та реалізацію, досі не ухвалено. Згідно з ч. 1 ст. 352 Господарського кодексу України, «страхування» – це діяльність спеціально уповноважених державних організацій та суб'єктів господарювання (страховиків), пов'язана з наданням страхових послуг юридичним особам або громадянам (страхувальникам) щодо захисту їхніх майнових інтересів у разі настання визначених законом чи договором страхування подій

(страхових випадків), за рахунок грошових фондів, які формуються шляхом сплати страхувальниками страхових платежів [8].

Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» у ст. 4 «Види загальнообов'язкового державного соціального страхування», залежно від страхового випадку вказує на такі види загальнообов'язкового державного соціального страхування: пенсійне страхування; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності; медичне страхування; страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності; страхування на випадок безробіття; інші види страхування, передбачені законами України [14].

Згідно з цим законом страховиками є цільові страхові фонди з: пенсійного страхування; страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, медичного страхування; страхування на випадок безробіття.

Ст. 1 «Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування та визначення його розміру» у Законі України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» має норму: «Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування – це консолідований страховий внесок на пенсійне страхування, страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням, медичне страхування, страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності, страхування на випадок безробіття, який в обов'язковому порядку сплачується страхувальниками з метою забезпечення реалізації прав застрахованих осіб на отримання страхових виплат (послуг) за соціальним страхуванням» [15].

За медичним страхуванням в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування надаються такі види соціальних послуг та матеріального забезпечення: діагностика та амбулаторне

лікування; стаціонарне лікування; надання готових лікарських засобів та виробів медичного призначення; профілактичні та освітні заходи; забезпечення медичної реабілітації осіб, які перенесли особливо важкі операції або мають хронічні захворювання. Однак в Україні така практика відсутня і не регламентована. У проекті закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», не знаходимо визначення поняття медичного страхування взагалі. Вказано лише, що загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – це вид обов'язкового страхування, спрямований на забезпечення конституційних прав громадян на охорону здоров'я та реалізацію державних гарантій на одержання безоплатної медичної допомоги та медичне страхування і форма фінансового забезпечення витрат населення України [56].

Сутність медичного страхування по-різному розуміється науковцями. На сьогодні явище і процес медичного страхування розглянуто з різних позицій залежно від мети досліджень різними галузями науки. За природою, суттю та формами прояву медичне страхування належить до складних понять і явищ. По-перше, ззовні воно виглядає як рух грошових коштів, який здійснюється під впливом цивільно-правових договірних відносин або обов'язкових відносин під впливом законів, встановлених державою.

Медичне страхування є одним із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку. Так, розглядаючи медичне страхування з позиції особистого страхування, В. Д. Базилевич дає наступне визначення: «Медичне страхування – це форма особового страхування, що гарантує отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів» [2].

З позиції соціального захисту Н. М. Внуковою медичне страхування розглядалось як форма соціального захисту населення щодо охорони здоров'я, пов'язана з компенсацією витрат громадян на медичне

обслуговування [6]. Т. Григораш і Ю. Кириченко визначають медичне страхування як один із видів особистого страхування, що здійснюється на випадок втрати здоров'я людини та забезпечує одержання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів, а також фінансування профілактичних медичних заходів у разі настання страхового випадку [9].

Варто погодитися з тим, що медичне страхування є гарантією надання медичної послуги, воно також повинно забезпечувати профілактичні заходи, однак автори упускають джерела, з яких вказані накопичені кошти будуть формуватися. Т. Стецюк розглядає медичне страхування як систему економічних відносин між учасниками створення грошових фондів, призначених для забезпечення страхового захисту майнових інтересів громадян, пов'язаних із втратою здоров'я [61].

О.О. Вороніна розкриває економічну природу медичного страхування у широкому розумінні, визначаючи мету медичного страхування у наданні громадянами гарантованого права на отримання необхідної медичної допомоги за рахунок накопичених коштів [7]. В більш конкретному розумінні мета медичного страхування зводиться до його основних завдань, які науковець пропонує поділити на соціальні та економічні.

О. Губар обґрунтовує природу і сутність медичного страхування як елементу соціального страхування та важливого виду соціальних гарантій. Автор доводить об'єктивну необхідність медичного страхування як невід'ємного компонента ринкової економіки та засобу реалізації принципів ринку в галузі. Соціальне страхування представлено як система правових, економічних, організаційних відносин захисту майнових інтересів громадян у разі настання страхових випадків, визначених чинним законодавством або договором страхування, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати громадянами та юридичними особами страхових платежів і доходів від розміщення коштів цих фондів, а також державних дотацій [10].

Будучи складовою ринкової економіки, медичне страхування, не може бути виключно соціальним страхуванням. Н. Нагайчук визначає медичне

страхування як «систему економічних відносин між страховиком, страхувальником та іншими суб'єктами страхових відносин, за яких страхувальник сплатою страхової премії забезпечує собі чи іншій особі право на отримання медичної допомоги (послуги) при прояві страхового ризику на об'єкті страхового захисту та/або її оплати, а страховик формує та ефективно розміщує страхові резерви і здійснює фінансування заходів, спрямованих на попередження страхового випадку або зменшення негативних його наслідків та представляє і захищає інтереси застрахованих у відносинах із надавачем медичної допомоги (послуги)» [32].

Отже, узагальнення підходів науковців щодо визначення поняття «медичне страхування», а також визначення, що наведені у законодавчих актах указують на різні варіанти розуміння змісту та характеристик даного поняття, а відповідно і на складність публічного управління та регулювання таким видом соціальних відносин. Різні варіанти визначень поняття «медичне страхування» залежать від проблематики конкретних досліджень і можуть бути згруповані таким чином: медичне страхування – це вид соціального страхування; вид діяльності; галузь економіки; сукупність відносин (суспільних, економічних, майнових, грошових, соціальних, перерозподільних); сукупність правових норм; спосіб відшкодування збитків; процеси формування цільових фондів і використання ресурсів; необхідний елемент соціально-економічної системи.

Що стосується видів медичного страхування, то варто відзначити, існують два основні види такого страхування добровільне і загальнообов'язкове. Такі види медичного страхування мають ряд відмінностей (табл. 1.1).

Запровадження цих видів медичного страхування потребує дотримання певного набору принципів. Кожен вид може мати свій специфічний набір принципів, як і під час реформування системи охорони здоров'я та впровадження обов'язкового медичного страхування (рис. 1.1). Водночас деякі з цих принципів є спільними для обох видів, наприклад,

державна гарантія захисту прав застрахованих осіб, створення умов для забезпечення доступності та якості медичної допомоги.

Очевидно, що можуть бути й інші принципи та методи впровадження і функціонування системи медичного страхування в країні. В обов'язковому медичному страхуванні застосовуються два основні методи.

Таблиця 1.1

Відмінності між добровільним і загальнообов'язковим медичним страхуванням

| Ознаки | Обов'язкове медичне страхування | Добровільне медичне страхування |
|--|--|--|
| Відношення до системи соціального страхування | Складова частина системи соціального страхування | Доповнення до системи соціального страхування |
| Законодавча база | Декларується й регламентується законами й постановами Уряду | Ґрунтується на добровільній згоді сторін, що беруть участь у страхуванні, – страхувальника та страховика |
| Джерело фінансування | Обов'язкові платежі нарахувань на зарплату (внески роботодавців та працюючого населення) | Добровільні внески громадян й юридичних осіб з отриманого ними доходу або прибутку |
| Участь громадян внесенням особистих заощаджень | Неможливо | Можливо |
| Страховальники | Держава (органи місцевої виконавчої влади), роботодавці | Юридичні і фізичні особи |
| Застраховані | Усі громадяни | Обмежене число громадян, пов'язане з бажанням брати участь у цій формі страхування |
| Страховики | Некомерційні страхові організації – територіальні фонди загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, страхові організації | Страхові організації різних форм власності |
| Обсяг медичної допомоги й послуг | Гарантований і рівний для всіх, певний обсяг медичних послуг, установлений державою | Додатковий обсяг медичних послуг, що розширює можливості медичної допомоги по обсязі і якості |
| Строки страхування | Безстрокове | Обмежене договором страхування |

У Німеччині та Нідерландах діє принцип надання послуг. Це означає, що пацієнт обслуговується безкоштовно, як у країнах із державною системою охорони здоров'я. Він лише повинен пред'явити посвідчення про страхування.

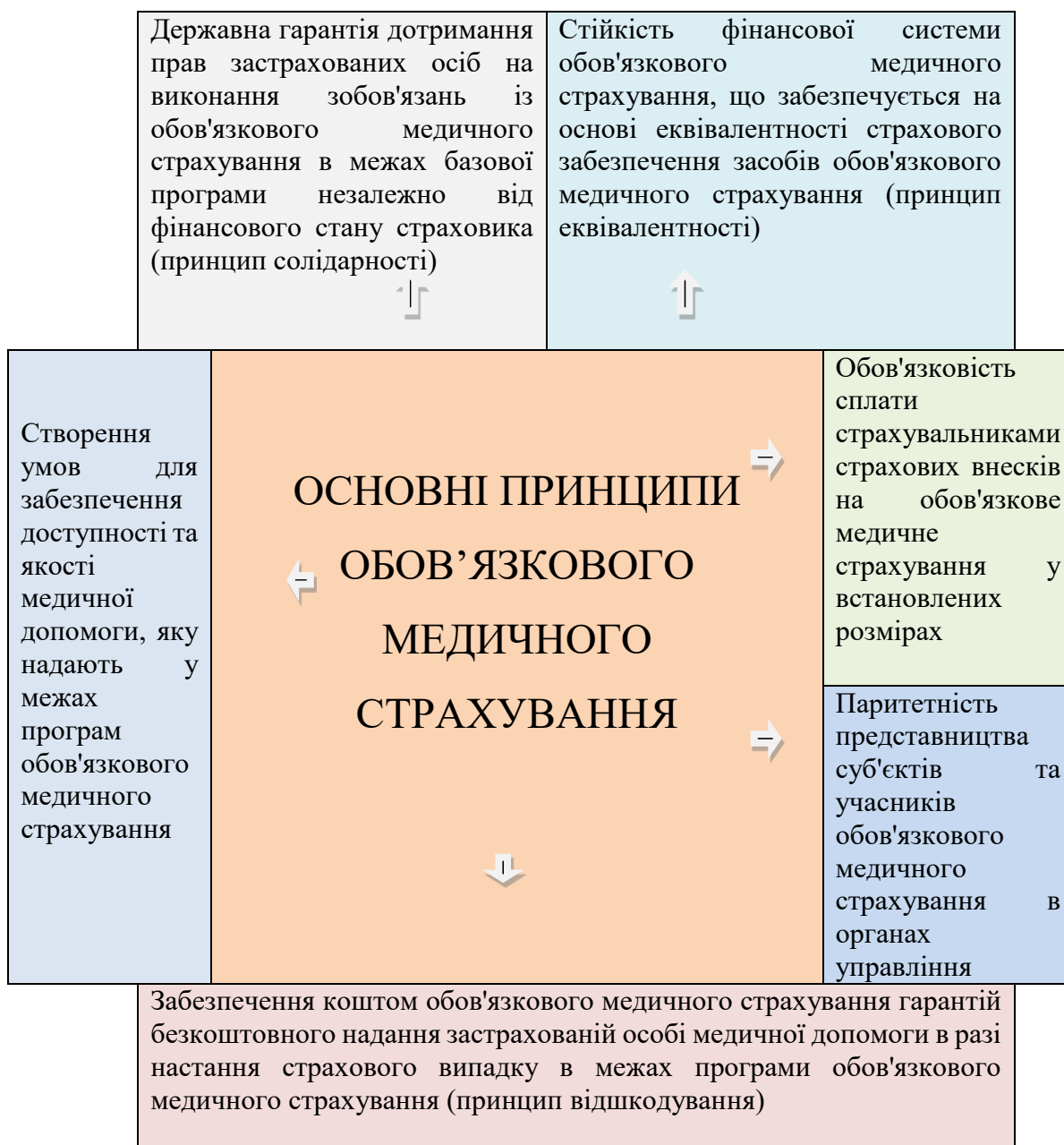


Рис. 1.1. Основні принципи обов'язкового медичного страхування

У Бельгії, Франції та Люксембурзі застосовують інший принцип – відшкодування витрат. У цих країнах застрахований пацієнт спочатку

самостійно оплачують медичні послуги, а потім йому компенсують витрати повністю або частково згідно з тарифами, встановленими лікарняними касами, з урахуванням визначеного рівня власної участі [63].

У США медичне страхування тісно пов'язане з трудовою діяльністю. На охорону здоров'я в країні витрачається близько 11% ВВП – більше, ніж у будь-якій іншій країні. Однак понад 15% американців не мають жодного фінансового захисту від значних медичних витрат через відсутність страхових медичних полісів [59, с. 3-4].

Для американської моделі медичного страхування характерні:

- збирання коштів у централізованому страховому фонді;
- розподіл фінансів із фонду відповідно до законодавчо визначеної методики (система охоплює понад 20% громадян);
- добровільне групове страхування в організаціях та на підприємствах, яке включає близько 60% населення [63, с. 3].

Канада має такі риси національної системи медичного страхування [63, с. 4]: обов'язковість медичного страхування; понад 90% всіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25% всіх затрат на охорону здоров'я; добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

У Японії застосовується бальна система оплати медичних послуг, де кожна консультація, обстеження або операція оцінюється в балах. Страхування характеризується такими особливостями:

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;
- медичне страхування охоплює всіх працівників підприємств з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також їхні родини;
- нарахування страхових внесків здійснюється на основі стандартного щомісячного заробітку. [63, с. 4].

Отже, розвинені системи охорони здоров'я відзначаються наявністю медичного страхування, яке включає як добровільне, так і обов'язкове страхування, що базується на їх поєднанні, і реалізується відповідно до низки принципів.

1.2. Зарубіжний досвід основ побудови та реформування системи охорони здоров'я

Охорону здоров'я доцільно розглядати як галузь або сферу діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Система органів влади, медичних закладів різної форми власності та відносини що виникають при організації надання медичних послуг населенню можна вважати системою охорони здоров'я.

Держава формує політику охорони здоров'я та забезпечує її реалізацію. Державна політика в сфері охорони здоров'я спрямована на реалізацію положень Конституції та законів щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Реформа системи охорони здоров'я завжди мала на меті створення ефективної та доступної системи, що відповідає потребам населення. Вони є відповіддю на виклики та вимоги громадян щодо отримання якісних медичних послуг. Медичні реформи в різних країнах спрямовані на підвищення рівня і якості життя населення шляхом розширення доступу, поліпшення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості медичних працівників, а також на поліпшення їх соціального забезпечення, розвитку та оптимізації системи соціальної підтримки.

У країнах з високим рівнем доходів витрати на охорону здоров'я значно більші. Наприклад, США і Норвегія витрачають більше 7 тис. дол.

США на кожного громадянина, а Швейцарія – понад 6 тис. дол. США. Водночас 31 з найбідніших країн витрачають на медичні послуги менше 35 дол. США на рік на одну особу [22, с. 39].

Пер: Кожен рік Верховна Рада України затверджує національний бюджет та окрему його частину, яка йде на охорону здоров'я. У ній є часточка податків кожного українця. Українська медицина отримала в 2018 р. 88 млрд. 673 млн. грн., на 18% більше порівняно з 2019 р. Проте це всього лише близько 80 дол. США на одного українця [22, с. 39]. У 2024 році видатки на охорону здоров'я у 2024 році зростуть на 31 млрд грн порівняно з 2023-м роком і загалом складуть 239 млрд грн. [5] Тобто у 2024 році на одного українця буде припадати приблизно 149,38 доларів США на охорону здоров'я. У 2005 році країни, що є членами Всесвітньої організації охорони здоров'я, взяли на себе зобов'язання розвивати національні системи фінансування охорони здоров'я таким чином, щоб кожен громадянин мав доступ до медичних послуг без фінансових труднощів. Це передбачає справедливе загальне покриття медичними послугами, що включають підтримку здорового способу життя, профілактику, лікування та реабілітацію. У світі існує безліч підходів до організації охорони здоров'я, але здебільшого експерти виділяють чотири основні моделі, які відрізняються переважно джерелами фінансування:

модель приватного фінансування охорони здоров'я (американська);

модель Бісмарка – медичне страхування (німецька);

модель Беверіджа – бюджетне фінансування (англійська);

модель Семашка (радянська).

Кожна з цих моделей має свої сильні та слабкі сторони. Деякі з них передбачають обов'язкове соціальне медичне страхування, коли всі громадяни відраховують певну частину своїх доходів на медичні потреби, таким чином фінансуючи лікування тих, хто цього потребує. Інша модель, що функціонує в країнах, таких як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Швеція, Норвегія та Португалія, передбачає, що держава

повністю забезпечує медичну допомогу для своїх громадян. В сучасних умовах деякі країни Європи, зокрема Італія, Греція, Іспанія та Великобританія, успішно поєднують державну систему охорони здоров'я зі страховою, при цьому також залучають кошти добровільного медичного страхування для фінансування медичних послуг. У країнах, що за оцінками ВООЗ є найефективнішими та найкращими з точки зору доступності медичної допомоги, обов'язкове соціальне медичне страхування охоплює близько 80% населення.

Однією з переваг бюджетно-страхового фінансування системи охорони здоров'я є те, що страхові внески мають цільове призначення та захищені від політичних впливів. Розмір внесків не залежить від рівня ризику захворювань, а обсяг медичних послуг є однаковим для всіх застрахованих осіб, не залежить від суми внеску та визначається лише індивідуальними потребами людини. Фінансування здійснюється як за рахунок бюджетних коштів, так і через внески працюючих та роботодавців. Роботодавці зацікавлені не тільки у здорових і продуктивних працівниках, але й прагнуть утримати цінні кадри за допомогою соціальних пакетів [22, с. 40].

Страхові внески відносяться до витрат, що не оподатковуються. Приватне фінансування медичної галузі, яке здійснюється коштом окремих осіб або групи засновників-акціонерів, регулюється відповідними законодавчими актами. У багатьох державах прагнуть уникнути або суттєво обмежити практику безпосередньої оплати пацієнтами за медичні послуги. [22, с. 40].

Прихильники державної системи охорони здоров'я посилаються на аргументи Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка стверджує, що доступ до медичних послуг є основним правом людини, незалежно від її здатності оплачувати лікарську допомогу та медикаменти. Опоненти цієї системи наводять інші доводи. Зокрема, націоналізовані системи охорони здоров'я часто страждають від бюрократії, неефективного використання

фінансів та слабого управління, а також позбавляють пацієнтів права обирати лікаря.

Сьогодні системи охорони здоров'я економічно розвинених держав не вписуються повністю в жодну з існуючих моделей. Реформи поступово розвиваються, запозичуючи ідеї та окремі компоненти одна в одній. Сучасні системи охорони здоров'я стали настільки гібридними, що іноді важко визначити, яка модель є їх основою. У той час як Сполучені Штати за останні десятиліття демонстрували тенденцію до «європеїзації» системи охорони здоров'я, країни Старого Світу, навпаки, спрямувалися в бік «американської» моделі.

Національні системи охорони здоров'я в різних країнах не підпадають під єдиний шаблон. Відмінності між державами у цій сфері настільки значні, що навіть поняття «державна медицина» і «загальне медичне страхування» важко узагальнити в якусь типову модель. Система охорони здоров'я в кожній країні є результатом її унікальних умов, історичного розвитку, політичної ситуації та національних особливостей. Задоволення потреб більшості людей залежить від роботи економічної системи, політичного управління та їх взаємодії, причому як економічна система, так і політичне управління визначаються моральними цінностями суспільства [2; 6; 10; 12; 22; 24; 32].

Варто зазначити, що ідеальної системи охорони здоров'я не існує в жодній країні, навіть у тій, де вона вважається найефективнішою. Незадоволення національними системами охорони здоров'я спостерігається всюди. Приміром, американці критично ставляться до сучасного стану їхньої медицини: згідно з останнім опитуванням, проведеним Commonwealth Fund, аж 82% громадян США вважають, що система потребує суттєвих реформ або повної перебудови. У Нідерландах аналогічну думку мають 58% населення, а в Німеччині – 78%. Показовим прикладом є те, що колишній та переобраний президент США Дональд Трамп підписав свій перший указ невдовзі після інавгурації, доручивши

федеральним відомствам послабити обмеження, пов'язані з масштабною реформою охорони здоров'я, ініційованою його попередником Бараком Обамою. Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів, відома як *Obamacare*, вважається ключовим досягненням президента Обами і є одним із найбільших проектів у США з середини 1960-х років. Основна мета цієї реформи полягала в тому, щоб зробити систему охорони здоров'я та медичного страхування доступнішою для широких верств населення, зменшити дискримінацію порівняно з попередньою системою та скоротити кількість людей, які не можуть дозволити собі медичну страховку. Реформа також передбачає надання субсидій малозабезпеченим громадянам для придбання медичної страховки. У той же час усі американці були зобов'язані оформлювати медичне страхування.

Великобританія є одним із лідерів за показниками якості послуг, включаючи ефективність, безпечність, координацію, організацію медичної допомоги, доступність, загальну продуктивність системи та забезпечення рівного доступу до послуг. У цій країні вдалося організувати роботу медичної сфери без залучення посередників, таких як страхові компанії, що робить її однією з найпродуктивніших у світі.

Для реформування системи охорони здоров'я в Україні можна запозичити такі переваги британської моделі, як доступність медичних послуг, зручність їх отримання та прагнення максимально ефективно використовувати наявні ресурси. «Ми запроваджуємо щось, що нагадує британську систему (NHS – Національну систему охорони здоров'я), де кожен громадянин Великобританії має державне страхування. Їм не потрібно реєструватися чи шукати страхові компанії. Система функціонує автоматично під час кожного візиту до лікаря чи виклику швидкої допомоги», – зазначають представники Міністерства охорони здоров'я [22, с. 40]. Що ж представляє собою британська модель, яка стала основою для української реформи, і чому саме її було обрано?

Система охорони здоров'я, відома як система Беверіджа, була започаткована в Англії у 1911 році та зберегла свою класичну форму, хоча протягом останніх десятиліть зазнала суттєвих змін. З 1948 року у Великій Британії функціонує Національна система охорони здоров'я (NHS). Після Другої світової війни міністр охорони здоров'я в уряді Лейбористської партії на чолі з К. Еттли, який з великим відривом переміг на парламентських виборах, отримав завдання втілити нову систему охорони здоров'я в реальність. Ця система фінансується за рахунок податків і забезпечує більшість медичних послуг безкоштовно для всіх, хто легально проживає в країні. Основним джерелом фінансування NHS є податкові надходження, які покривають 90% бюджету охорони здоров'я. Кожен громадянин Великобританії сплачує за медичні послуги відповідно до своїх доходів. NHS надає медичну допомогу безкоштовно, орієнтуючись на потреби пацієнта, а не на його внески. Проте не всі послуги NHS є безкоштовними. Пацієнти сплачують за приватне лікування в установах NHS, безрецептурні ліки, офтальмологічні та стоматологічні послуги. За стоматологічні послуги та рецептурні препарати в рамках NHS стягуються співплатежі, але від них звільняються особи до 16 і старші 60 років, а також малозабезпечені громадяни. Щодо ліків, то для рецептурних препаратів встановлена стандартна ціна, незалежно від їх собівартості. Податкові надходження покривають 82% витрат на утримання установ NHS і 100% зарплати лікарів, медсестер та лікарів загальної практики. Інші джерела фінансування (18%) включають пожертви, державне страхування та комерційну діяльність установ NHS [22, с. 41].

У Великій Британії медичні послуги поділяються на первинні та вторинні. Первинна допомога включає консультації лікарів загальної практики, послуги амбулаторних хірургічних відділень, а також стоматологічні та офтальмологічні послуги. Вторинна допомога надається в медичних центрах та лікарнях і охоплює спеціалізоване лікування, зокрема роботу психологів і психіатрів. Більшість (95%) амбулаторної медичної

допомоги надають незалежні лікарі загальної практики, які зазвичай працюють у групах. Основний принцип оплати, «гроші йдуть за пацієнтом», дозволяє громадянам обирати лікаря, а гонорар спеціаліста залежить від кількості пацієнтів, їх статі та віку. Звернення до лікаря загальної практики безкоштовне для пацієнта, і в разі потреби лікар дасть направлення до вузькопрофільних спеціалістів. Однак якщо пацієнт вирішить самостійно звернутися до спеціаліста вторинної ланки, він має оплатити візит із власних коштів (окрім випадків невідкладної допомоги) [22, с. 41].

Функціонування Національної системи охорони здоров'я Великобританії не виключає присутності приватної медицини, яка фінансується за рахунок приватного медичного страхування і охоплює приблизно 8% населення країни. Останнім часом національна система охорони здоров'я все активніше співпрацює з приватним сектором для збільшення своєї пропускної здатності. Порівнюючи параметри британської та української систем охорони здоров'я, можна оцінити переваги і недоліки кожної з них (табл. 1.2), що дозволить обрати ефективні напрямки для реформування вітчизняної медицини.

Таблиця 1.2

Порівняльна таблиця параметрів української (до реформи 2016 р.) та британської систем охорони здоров'я [22, с. 41]

| Параметр охорони здоров'я | Наявність/ відсутність в Британії | Наявність/ відсутність в Україні |
|--|---|--|
| Фінансування за рахунок податків та надання більшості медичних послуг безкоштовно | + | + |
| Бюджетне фінансування медичної інфраструктури зосереджене здебільшого на покритті витрат на утримання будівель медичних закладів та комунальні послуги, а не на забезпеченні медичних послуг | - | + |
| Ключовий принцип фінансування медичних послуг – «гроші слідує за пацієнтом» | + | - |
| Діяльність приватної медицини, що фінансується через індивідуальне медичне страхування громадян | + | - |
| Усі ліки за рецептом лікаря мають фіксовану ціну, незалежно від їх собівартості | + | - |

| Продовження табл. 1.2 | | |
|--|---|---|
| 95% амбулаторної допомоги в країні надається лікарями загальної практики, що працюють незалежно | + | - |
| 35% амбулаторної допомоги в країні забезпечується лікарями загальної практики, які працюють на незалежній основі | - | + |
| Спеціалізовану допомогу (нейрохірургія, шунтування серця, трансплантація органів) надають кілька медичних центрів по всій країні | + | + |
| Спеціалізовану допомогу (нейрохірургія, шунтування серця, трансплантація органів) надають кілька медичних центрів по всій країні | + | + |
| Чітке розподілення витрат на охорону здоров'я між бюджетами різних рівнів | - | + |
| Довгі (багатомісячні) черги на хірургічні операції, планову госпіталізацію та консультації спеціалістів. | + | - |
| Право пацієнта обирати лікаря та медичний заклад за власним бажанням | + | - |
| Оплата праці лікаря залежить від кількості пацієнтів, їх віку та статі | + | - |
| Обмежена доступність лікарів загальної практики для населення в вечірні години та на вихідних | + | + |
| Активна участь громадян у процесі прийняття управлінських рішень щодо різних аспектів охорони здоров'я | + | - |

Реформа охорони здоров'я в Україні неможлива без визначення ключових пріоритетів. Зважаючи на досвід Британської системи охорони здоров'я, а також на практику інших розвинених країн і власний досвід, можна виділити кілька основних завдань: запровадження системи оплати медичних послуг за принципом «гроші слідують за пацієнтом», забезпечення доступності ліків та акцент на громадському здоров'ї. Держава повинна змінити підходи до фінансування охорони здоров'я, фокусуючи увагу не на покритті витрат на утримання медичних закладів і комунальних послуг, а на наданні медичних послуг, необхідних пацієнтам.

Зазвичай це основні види медичної допомоги, такі як первинна та екстрена, які повинні стати рушійною силою для змін на вторинному та третинному рівнях. Ще в 1978 р. в Алма-Атинській декларації ВООЗ було

започатковано проведення реформ у сфері охорони здоров'я з акцентом на розвиток первинної медико-санітарної допомоги в багатьох країнах, зокрема й в Україні. Сьогодні провідні європейські експерти підкреслюють, що первинна медична допомога має бути основою ефективної організації системи охорони здоров'я. Досвід більшості європейських країн вважає сімейну медицину ключовою, оскільки вона забезпечує постійну турботу про здоров'я людини та її родини, незалежно від характеру хвороб і стану органів та систем організму протягом всього життя.

На етапі впровадження системи обов'язкового медичного страхування особливо важливо забезпечити державні гарантії щодо ефективного та цільового використання коштів. У зв'язку з цим, доцільно було б створити державну медичну страхову компанію, філії якої працювали б на принципах госпрозрахунку в кожному регіоні. Такий підхід, що застосовується в Молдові протягом понад 15 років, вже дає позитивні результати.

Запровадження державної страхової компанії відповідає вимогам українського законодавства, оскільки така організаційно-правова форма передбачена Законом України «Про страхування» № 85/96-ВР, прийнятим у 1996 р. Ця компанія повинна пропонувати страхові продукти, які забезпечуватимуть покриття витрат на лікування найбільш складних та дорогих захворювань, таких як онкологічні, гострі та важкі випадки серцево-судинних захворювань, урологічні, гастроентерологічні та інші, в разі, якщо їх лікування не покриватиметься через Національну службу здоров'я.

Необхідно також розробити страхові продукти, які покриватимуть витрати на лікування тих захворювань, що не входять до Програми медичних гарантій. У такій системі страхування можуть брати участь і приватні страхові компанії, що зможуть співпрацювати через систему співстрахування та перестрахування, укладаючи відповідні договори з державною компанією. Ще одним важливим аспектом реформування є зміщення акценту на лікаря, а не на медичний заклад.

Цей підхід вже давно обговорюється серед експертів. Йдеться про практику, яку застосовують багато країн світу – надання лікарям індивідуальних ліцензій на ведення медичної практики та встановлення на них особистої професійної відповідальності за результати наданих послуг.

Відсутність орієнтації на лікаря, а не на медичний заклад на первинному рівні, вже затримує процес реформ, оскільки це перешкоджає ефективному функціонуванню нової системи фінансування. Такий підхід може бути також застосований на третинному рівні: пацієнт отримує право обирати конкретного лікаря для складного лікування, зокрема для оперативних втручань. У цьому випадку пацієнт укладе договір з лікарем, а лікар, у свою чергу, обиратиме медичний заклад на умовах оренди, організуватиме необхідне обладнання, найматиме асистентів, молодший персонал і анестезіологів – це буде аналог медичного бригадного підряду. Для впровадження такої системи потрібно створити кілька умов, зокрема гарантувати лікарям право на отримання страхового відшкодування за умов обов'язкового медичного страхування.

РОЗДІЛ 2

РЕФОРМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Нормативно-правове забезпечення медичних реформ в Україні

Здоров'я громадян є однією з найважливіших суспільних і індивідуальних цінностей. Воно безпосередньо впливає на економічний, соціальний і культурний розвиток країни, демографічну ситуацію, стан національної безпеки, а також служить важливим індикатором рівня розвитку та добробуту суспільства.

Розвиток охорони здоров'я в Україні після проголошення незалежності можна умовно поділити на чотири етапи: 1) 1991-2000 рр.; 2) 2000-2010 рр.; 3) 2010-2013 рр.; 4) з 2014 року і до сьогодні.

Перший період охоплює перше десятиріччя після проголошення незалежності і характеризується відсутністю значних реформ у сфері охорони здоров'я. Основні зусилля уряду України та Міністерства охорони здоров'я, як центрального органу влади, були спрямовані на запобігання колапсу існуючої системи охорони здоров'я та забезпечення мінімального рівня соціальних гарантій щодо медичного обслуговування населення.

Другий період ознаменувався визначенням основних напрямків та механізмів реформування системи охорони здоров'я. Наприкінці століття, за участі вітчизняних та міжнародних експертів і за підтримки міжнародних організацій, розпочалася робота з формулювання ключових напрямів реформ. У 2001 році за підтримки фонду «Відродження» були окреслені основні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні, що згодом стали основою для подальших робіт та розробки рекомендацій Уряду, які були реалізовані в рамках співпраці з Світовим банком та Європейською комісією в 2004-2005 роках [24, с. 6]. Під час другого періоду особливу увагу було приділено конкретизації розвитку окремих видів медичної

допомоги та впровадженню нових механізмів фінансування через серію міжнародних проектів за підтримки Європейської комісії. Зокрема, були реалізовані проекти «Профілактичні та первинні заходи охорони здоров'я України, Києва та ряду областей» (2002-2004 рр.), «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (2003-2006 рр.), «Підтримка розвитку системи медичних стандартів в Україні» (2004-2006 рр.), а також «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» (2007-2009 рр.). Результати цих досліджень використовувалися при розробці нормативних актів, які стали основою для реформування системи охорони здоров'я в Україні. Першим таким документом стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, яка залишалася чинною, хоча більшість її положень виявилися застарілими. Ідеї подальших реформ системи охорони здоров'я були закріплені в низці урядових постанов, але широкомасштабні зміни в цій сфері в Україні, на відміну від багатьох інших постсоціалістичних країн, не були проведені до 2010 року.

Попри відсутність масштабних реформ у загальній системі охорони здоров'я, деякі часткові зміни були впроваджені в окремих секторах, зокрема на рівні фінансування. Ці реформи мали локальний характер і часто були фрагментарними. До найбільш значущих з них можна віднести пошук нових джерел фінансування для охорони здоров'я, зокрема через впровадження добровільного медичного страхування та створення лікарняних кас – громадських об'єднань, що дозволяють населенням добровільно долучатися до додаткового фінансування медичних послуг. Також було запроваджено нові методи фінансування на рівні первинної ланки, зокрема експеримент у місті Комсомольськ Полтавської області, де міська адміністрація уклала контракти з підготовленими сімейними лікарями на надання первинної медичної допомоги населенню з оплатою їх послуг за принципом подушного фінансування [33]. Однією з важливих часткових реформ стала автономізація постачальників медичних послуг.

Цей експеримент був реалізований у рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» в двох районах Харківської та Житомирської областей. Метою експерименту було перетворення медичних закладів з бюджетних установ на некомерційні державні чи комунальні підприємства, що дозволяло забезпечити більш гнучке управління та ефективніше використання ресурсів у сфері охорони здоров'я [26]. Структурно-функціональні перетворення в системі медичної допомоги охоплюють низку важливих змін, серед яких реформування первинної медико-санітарної допомоги на основі принципів сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичних послуг, а також регіоналізація родопомічної допомоги. Крім того, було запроваджено комплекс підходів, орієнтованих на покращення якості медичного обслуговування. Це включає стандартизацію медичних послуг, ліцензування та акредитацію медичних установ, що має на меті забезпечити високі стандарти надання медичної допомоги та ефективне управління медичними ресурсами.

Третій період: реалізація масштабної реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах. У політичних та експертних колах активно обговорюється думка, що протягом усього періоду незалежності України реформи в системі охорони здоров'я або не здійснювалися взагалі, або їхнє впровадження було неефективним [24, с. 6]. Однак у 2010 році, в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», було розпочато масштабні перетворення в українській системі охорони здоров'я. Основою цих реформ стало ретельне узагальнення та аналіз національних і міжнародних даних, проведений вітчизняними та закордонними експертами. Цей процес враховував національні особливості, результати доказового менеджменту, передовий досвід країн із найуспішнішими системами охорони здоров'я, а також матеріали проектів ЄС та Єврокомісії, що реалізовувалися в Україні у 2003-2009 роках [25, с. 5; 36]. Оскільки в

Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних реформ у секторі охорони здоров'я, для апробації форм та механізмів реформи, а також для мінімізації потенційних негативних наслідків, було передбачено попереднє тестування основних складових відповідно до спеціального закону, який був прийнятий для цієї мети [53] здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. Для реалізації пілотних проектів було обрано чотири регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська та Донецька області) та столичний (м. Київ). Ці регіони охоплювали 26,7% населення країни, що забезпечило достатню репрезентативність отриманих результатів. У 2011-2012 роках Уряд України разом з Міністерством охорони здоров'я розробив нормативно-правову базу для проведення перетворень. Ця база коригувалася з урахуванням даних моніторингу та відгуків місцевих органів влади, медичної спільноти та населення. У результаті реалізації пілотних проектів було підтверджено [24, с. 6] доцільність та ефективність:

- 1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги на основі загальної практики – сімейної медицини, а також створення центрів первинної медико-санітарної допомоги з розвиненою мережею амбулаторій як у міських, так і в сільських районах;

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

- 3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до медичних закладів, що відповідають важкості та складності захворювання, і створення лікарень інтенсивного лікування як основних установ госпітальних округів;

- 4) впровадження оплати праці на основі обсягів та якості виконаної роботи з подальшим удосконаленням методичних підходів.

- 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування гіпертонічної хвороби з використанням порівняльних (референтних) цін та механізму реімбурсації.

Широке впровадження інших складових реформи, таких як структурно-функціональні перетворення у сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізація медичних закладів, запровадження контрактних відносин та нових методів оплати медичних послуг на різних рівнях потребувало попереднього ретельного апробування в пілотних регіонах, навчання фахівців і забезпечення підтримки з боку органів влади на всіх рівнях.

Четвертий (сучасний) період реформування системи охорони здоров'я в Україні розпочався після певної паузи, викликані необхідністю розробки новими урядовими структурами підходів до реформ. Перші кроки в цьому напрямі були спрямовані на зменшення використання адміністративних методів управління та збільшення гнучкості в процесі управління. Однією з важливих новацій стало введення в 2015 році цільового фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції. Крім того, уряд дозволив фінансування закладів охорони здоров'я з одночасним використанням державного та місцевого бюджетів або з різних бюджетів. Міністерство охорони здоров'я скасувало наказ, що вимагав формування штатів закладів охорони здоров'я відповідно до їх ресурсного забезпечення (зокрема, розміру ліжкового фонду) [24, с. 6; 44]. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, сформована і схвалена урядом, покращила загальне бачення реформи, розрахованої на 2016-2020 рр., [24, с. 7], яка фактично стала продовженням попереднього курсу реформ, але з істотними корективами, що зосереджувалися на фінансово-економічній складовій. Ключова ідея реформ полягала в остаточному переході від моделі Семашка до фінансування інфраструктури до системи, яка передбачає фінансування за результатами діяльності.

До основних змін, передбачених реформою, належать:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої

влади – Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупівельника медичних послуг;

- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;

- автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health) [24, с. 7].

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань, включаючи серцево-судинні захворювання, бронхіальну астму та цукровий діабет другого типу. На ці захворювання поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків [1].

Пакет законодавчих та нормативних актів з метою забезпечення здійснення реформи, було збільшено протягом 2017 року, зокрема:

- закон про «автономізацію закладів охорони здоров'я» [42] та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства [31];

- закон про державні фінансові гарантії [46], що унормував фінансові зобов'язання стосовно надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України.

Паралельно щороку вносяться зміни до Бюджетного кодексу, прийнято рішення про заснування Національної служби здоров'я України [54], визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування [47; 48; 50], а також унормовано методику розрахунку вартості медичних послуг [30].

З метою покращення доступної медичної допомоги сільському населенню було прийнято спеціальний закон [52], який передбачає удосконалення мережі закладів охорони здоров'я та транспортної інфраструктури в сільській місцевості і більш активне формування та

використання телекомунікаційної інфраструктури. Медичною реформою передбачається удосконалення стаціонарного сектору без принципових змін попереднього періоду, але з можливими змінами. Для цього Кабінетом Міністрів України затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів [51] та Положення про госпітальний округ [41], перелік та склад госпітальних округів в кожній області країни [49]. Положення про госпітальний округ було прийнято МОЗ, і на його основі були розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування. Ці вимоги охоплюють такі аспекти, як людські ресурси, інфраструктура, обладнання, транспорт та комунікації, а також вимоги до навантаження лікарень.

Початок реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і охоплював 3 річний період – 2018-2020 рр. Попередній аналіз змісту та процесів реалізації запланованих перетворень системи охорони здоров'я України дозволяє оцінити їх як орієнтований на створення нової, сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я.

Водночас слід зазначити кілька недоліків, які можуть вплинути на досягнення очікуваних результатів. Зокрема, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями безоплатної медичної допомоги та здатністю держави фінансувати її надання є ключовим аспектом реформи, особливо в Україні [65; 66]. Прийняття Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» мало на меті актуальне завдання нормативно-правового закріплення реального, а не заявленого обсягу державних гарантій безоплатної медичної допомоги [46], згідно з яким «держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій...».

Однак легітимність закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування ...» не є безумовною, оскільки, як мінімум, ним

порушено три статті Конституції України [21]: ст. 49, в якій задекларовано, що в Україні «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. ...У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно...», ст. 22, яка містить норму «При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод», та частини другої ст. 64, в якій прописано, що конституційні права не можуть бути обмежені інакше як «в умовах воєнного або надзвичайного стану».

Програма державних гарантій, визначена Законом, не має чіткої методології щодо її формування та наповнення. Вона охоплює всі види медичної допомоги, включаючи медикаментозне забезпечення, але без пріоритизації послуг за соціальними та медичними критеріями. Також відсутнє передбачення співоплати медичних послуг пацієнтами, що зумовлено побоюваннями порушення Конституції згідно з трактуванням Конституційного суду 2002 року. Це призводить до того, що програма виглядає лише декларативною [24, с. 8]. Національна служба здоров'я України, як нова структура, повинна взяти на себе значну частину повноважень щодо формування політики в сфері охорони здоров'я, що посилює її роль у керуванні системою охорони здоров'я країни.

Ця організація виступає центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Її діяльність координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Цей орган виконує ключові функції: розробляє програми державних гарантій та тарифів, займається замовленням медичних послуг і лікарських засобів в рамках програм медичних гарантій, а також забезпечує функціонування електронної системи охорони здоров'я, що охоплює не лише фінансово-економічну діяльність, але й інші аспекти системи.

Водночас, варто зазначити, що в підзаконних актах, що регулюють впровадження договірних відносин, акцент робиться на самому процесі

укладання угод, натомість питання підвищення ефективності медичного обслуговування не отримують належної уваги. Крім того, в офіційних документах уряду та Міністерства охорони здоров'я України прослідковується тенденція до передання надання первинної медичної допомоги фізичним особам-підприємцям, що, зокрема в контексті соло-практик, є застарілою та не найефективнішою формою надання медичних послуг.

Також виникають питання щодо здатності Національної служби здоров'я України ефективно взаємодіяти з численними постачальниками первинної медичної допомоги в рамках договірних відносин. Варто зауважити, що передача відповідальності за формування штатного розпису на розсуд керівників медичних закладів у процесі автономізації не підтримується відповідними методичними рекомендаціями щодо порядку його складання в нових умовах. Це значно ускладнює роботу керівників, оскільки вони звикли до чітких нормативних вказівок (жорстка директива «зверху»), і може призводити до конфліктів між управлінцями та персоналом.

Наказом МОЗ, затверджений у 2016 р., внесено зміни в підходи до стандартизації [45]. Цей наказ також скасовує поняття «уніфіковані клінічні протоколи», надаючи лікарям можливість на власний розсуд обирати клінічні протоколи з різних електронних ресурсів різних країн, без необхідності їх адаптації. Це може створити загрози для наступності та інтеграції медичного обслуговування в Україні. Крім того, новий порядок акредитації, згідно з яким з 30 січня 2018 р. процедура акредитації закладів охорони здоров'я стала добровільною замість обов'язкової, відповідно до ст. 16 «Основ законодавства про охорону здоров'я», також може спричинити певні ризики для якості та ефективності медичних послуг. Такий підхід є типовим для багатьох європейських країн, але в Україні він не має достатньої підтримки мотиваційними механізмами, зокрема через укладання контрактів на фінансування тільки з акредитованими закладами.

Загалом можна спостерігати певну поспішність, фрагментарність і непослідовність реформ. Наприклад, скасування МОЗ України низки облікових документів без належного впровадження електронної системи документообігу може призвести до втрати контролю над процесами медичного обслуговування, особливо на рівні первинної медичної допомоги.

Зазначені прогалини, а також інші проблеми, ймовірно, пов'язані з відсутністю стратегії реформ, прийнятої на основі консенсусу між стейкхолдерами. Це призводить до недостатньої системності в реформуванні та обмеженого застосування проектного підходу в процесі перетворень системи охорони здоров'я.

Сфера охорони здоров'я України, виконуючи суспільно важливі функції в умовах впливу негативних соціально-економічних факторів, стикається з численними внутрішніми та зовнішніми проблемами. До найбільш нагальних з них належать:

- невідповідність ресурсного потенціалу зростаючим потребам населення в медичній допомозі. Це включає погіршення здоров'я під впливом негативних соціально-економічних наслідків, збільшення частки людей похилого віку з високими потребами в лікуванні, ускладнення захворювань через техногенні та антропогенні фактори, мутації вірусів, а також поширення соціально значущих патологій, таких як активний туберкульоз, онкологічні захворювання, наркоманія, психічні розлади, ендокринні захворювання та цукровий діабет;

- низька доступність і якість безоплатної медичної допомоги, проблеми в організації роботи дільничних закладів;

- тінізація медичного обслуговування та незадовільна доступність ліків і санаторно-курортного лікування, особливо для жителів сільських районів та віддалених територій;

- високий ступінь зношеності матеріально-технічної бази медичних установ, зокрема, низових ланок. Багато закладів потребують капітального

ремонту, реконструкції або нових будівель, а інженерні мережі – водопостачання, опалення, електрика – знаходяться в незадовільному стані;

- брак та зношеність медичного обладнання в державних і комунальних закладах, особливо в клініко-діагностичних лабораторіях, реанімаційних і стерилізаційних підрозділах, що впливає на доступність і якість медичної допомоги та безпеку праці медперсоналу;

- диспропорція між розвитком амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної ланок, а також надмірне скорочення інфраструктури лікарняної та швидкої допомоги;

- регулярне недофінансування діяльності державного і комунального секторів охорони здоров'я, гостра нестача ресурсів на зміцнення матеріально-технічної бази, зокрема на будівництво нових об'єктів, а також обмежені видатки на оновлення організаційно-економічного механізму та ресурсного потенціалу;

- недостатній рівень заробітної плати і соціального захисту медичних працівників, зокрема лікарів та середнього медперсоналу, а також недосконала система оплати праці.

Таким чином, реформи в сфері охорони здоров'я в Україні розпочались із значним запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами, майже через два десятиліття після здобуття незалежності. Запроваджені перетворення характеризуються низькою системністю та наступністю, а також фрагментарністю, що значною мірою зумовлено політичним контекстом. Відсутність затвердженої стратегії реформ, яка б враховувала існуючі й потенційні ризики, а також прогалини в нормативно-правовому забезпеченні реформ, зокрема їх невідповідність конституційним нормам, ускладнюють процес змін. Крім того, існує дефіцит кваліфікованих кадрів у сфері управління змінами охорони здоров'я.

Ключовим чинником для розвитку системи охорони здоров'я є ефективна система залучення достатнього фінансування. Для успішної

перебудови медичної галузі необхідно чітко визначити пріоритети реформування, що повинні базуватись на забезпеченні соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я. Одним із важливих шляхів подолання кризового стану є впровадження системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.

2.2. Стан медичного страхування в Україні

За останні роки медична реформа в Україні не набувала системності. Ініційована як новаторський підхід до організації надання медичних послуг і фінансування, реформа втратила свою цілісність із приходом нової влади та поширенням пандемії COVID-19. Це призвело до перегляду напрацювань і змін у ключових напрямках розвитку. У січні 2016 р. була представлена нова Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка у листопаді того ж року була затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1013-р. Документ встановлював і закріплював низку напрямів реформування, які лише частково співвідносяться з курсом, визначеним урядом на початку 2020 р. (див. рис. 2.1). Одним з напрямів реформування медицини і є «здійснення медичної реформи».

Розпочата у 2016 р. медична реформа стала важливим зрушенням, адже протягом попередніх двадцяти п'яти років багаторазово проголошувалися наміри щодо її впровадження, однак реальні дії відкладалися. Зволікання з реформуванням медичної системи провокувало кризові явища в галузі охорони здоров'я, включаючи ситуацію, коли понад половина витрат на медичні послуги лягала на самих громадян, попри офіційно задекларовану безкоштовність медичної допомоги.

| <i>Напрями 2016 р.</i> | <i>Напрями 2020 р.</i> |
|--|-------------------------------------|
| Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги | Медична реформа |
| Створення єдиного національного замовника медичних послуг | |
| Створення нових можливостей для реалізації місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я | Спеціалізована медицина |
| Автономізація постачальників медичної допомоги | Доступні та якісні лікарські засоби |
| Визначення принципу «гроші ходять за пацієнтом» як ключової ідеї медичної реформи | |
| Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією | Громадське здоров'я |

Рис. 2.1. Пріоритетні напрями медичної реформи, визначені МОЗ у 2016, 2019 рр.

Згідно з поточними даними Міністерства охорони здоров'я, кожен напрямок реформи має свої завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення зарплат медичним працівникам, створення ефективної системи контролю якості медичних послуг, розробку та оновлення національних стандартів і протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій. Також передбачається формування конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, стимулювання державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватних інвестицій, надання податкових пільг, розвиток мережі медичних закладів, телемедицини та системи eHealth. Крім того, реформою передбачено підтримку високотехнологічної медицини, системи трансплантації, екстреної медичної допомоги, надання допомоги пацієнтам із туберкульозом, психічними та орфанними захворюваннями. Важливе місце займає впровадження Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, а також визначення основ і механізмів

роботи системи громадського здоров'я, враховуючи виклики пандемії COVID-19, спричиненої вірусом SARS-CoV-2. Крім того, акцентується на вдосконаленні законодавства щодо обігу лікарських засобів для забезпечення прозорості фармацевтичного ринку та розвитку медичної освіти і науки.

З 1 квітня 2020 р. запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

За даними НСЗУ, станом на весну 2024 р. понад 31,8 млн українців обрали свого лікаря. Також понад 190 тис. пацієнтів подали декларацію лікарю первинної медичної допомоги вперше в 2024 році. Загалом декларації подано більш ніж 25 тис. фахівцям первинної медичної допомоги. З них – понад 24 тис. працюють за договором із НСЗУ [40]. Станом на 14 листопада 2024 р. декларації з лікарем «первинки» уклали понад 30 млн українців. Загалом, за даними НСЗУ, послуги первинної медичної допомоги надають 24 504 сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів [11].

Спеціалізовану медичну допомогу отримують понад 300 тисяч пацієнтів за пріоритетними послугами.

З 1 січня 2024 р. набула чинності Програма медичних гарантій, яка продовжує розширюватися. Бюджет ПМГ на 2024 р. перевищує 159 мільярдів гривень, з яких 5,2 мільярда виділено на відшкодування вартості ліків. Як і раніше, Програма охоплює всі ключові види медичної допомоги, зокрема первинну, спеціалізовану, екстрену, паліативну допомогу, а також реабілітацію для дорослих і дітей у сфері охорони здоров'я.

У 2024 р. акцент Програми медичних гарантій спрямований на відновлення здоров'я та розвиток людського потенціалу: реабілітаційні послуги, психічне здоров'я, а також нові напрями – лікування безпліддя із залученням допоміжних репродуктивних технологій та трансплантація.

2024 року Програма медичних гарантій вміщує вже 44 пакети послуг, зокрема, три нові: «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення in vitro)»; «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації органів»; «Лікування дорослих та дітей методом трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин». Попри війну тарифи, за якими НСЗУ сплачуватиме медзакладам, у 2024 р. не зменшені. Їх удосконалено та пріоритезовано [13].

До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою.

На сьогодні пацієнти можуть отримати до 300 найменувань таких лікарських засобів. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою «Доступні ліки» користуються 2,4 млн. пацієнтів.

З огляду на пріоритетні напрями медичної реформи, що не передбачають явного впровадження страхової медицини та враховуючи поширення епідемій у світі, виникає питання про доцільність обов'язкового медичного страхування. На сьогодні в Україні функціонує добровільне медичне страхування – різновид особистого страхування, який дає змогу забезпечити повну або часткову компенсацію витрат на медичні та медико-профілактичні послуги для застрахованих осіб у разі погіршення здоров'я відповідно до умов договору та чинних Правил страхування. Хоча добровільне медичне страхування є ефективним стимулом для співробітників, більшість українців усе ж не мають полісів страхування (див. табл. 2.1).

Такий стан медичного страхування в Україні став основою для необхідності змін у принципах функціонування національної системи охорони здоров'я, зокрема для запровадження обов'язкового медичного страхування. У зв'язку з цим, початкова реформа 2016 р. передбачала введення Державного солідарного медичного страхування. Саме через цей

механізм в першій редакції Законопроекту № 6327 «Проект Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [46] планувалося визначення державних фінансових гарантій для застрахованих осіб щодо надання необхідних медичних послуг і ліків. Проте, після того як цей законопроект потрапив на порядок денний Верховної Ради України, термін «державне солідарне медичне страхування» несподівано був вилучений із тексту документа.

Щоб уникнути можливих дублювань внесків на обов'язкове і добровільне медичне страхування, а також на фінансування відомчої медицини, пропонується застосувати механізм додаткового медичного страхування. Цей механізм передбачає страхове покриття, яке доповнює базову програму [64]. Медична реформа відкриває нові можливості для страховиків. Конкуренція серед медичних установ і фахівців у контексті покращення якості медичних послуг сприяє підвищенню рівня обслуговування для осіб, застрахованих у системі [18].

Добровільне медичне страхування в Україні охоплює стаціонарне лікування, амбулаторні послуги, постачання, оплату та доставку ліків, невідкладну допомогу та стоматологічні послуги. Вартість страхування залежить від переліку ризиків, рівня програми, кількості застрахованих осіб, регіону обслуговування та здоров'я страхувальника.

Комплексні страхові програми забезпечують захист від непередбачених витрат на медичне обслуговування та ліки, а також компенсацію збитків у випадках травм або смерті. Програми ДМС розробляються індивідуально, з урахуванням потреб і запитів клієнтів. Станом на 2023 р. базова вартість ДМС для дорослого стартує від 8 тис. грн. Страховики неохоче укладають індивідуальні договори ДМС через збитковість і вищу на 20% вартість. Корпоративне страхування працівників є дієвим мотивуючим інструментом. Участь у сплаті договору може здійснюватися роботодавцем і співробітником у пропорціях 50/50, 60/40 або

70/30, а також регулюватися за допомогою франшиз і сублімітів на ліки та обслуговування [3, с. 4; 27].

У період з 2019 по 2021 рік страховий ринок і сектор медичного страхування в Україні зазнали скорочення як за кількістю страхових компаній (-126 одиниць), так і за розміром активів (-129 млн грн) (рис. 2.2). Серед компаній, що надають послуги добровільного медичного страхування, з 2019 р. виділяють 25 підприємств.

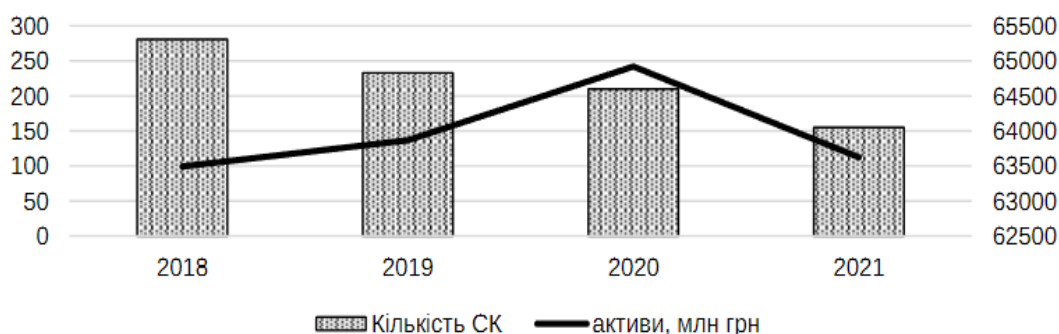


Рис. 2.2. Динаміка страхового ринку в Україні [3, с. 4; 35]

Загалом, для 25 компаній рівень виплат у період з 2019 року коливався в межах 51-60% (рис. 2.3). У 2018 році 67 страхових компаній, що надавали ДМС, надали сукупно загальних премій на суму 2849,92 млн грн та рівнем виплат у 64% [3, с. 4; 35; 37].

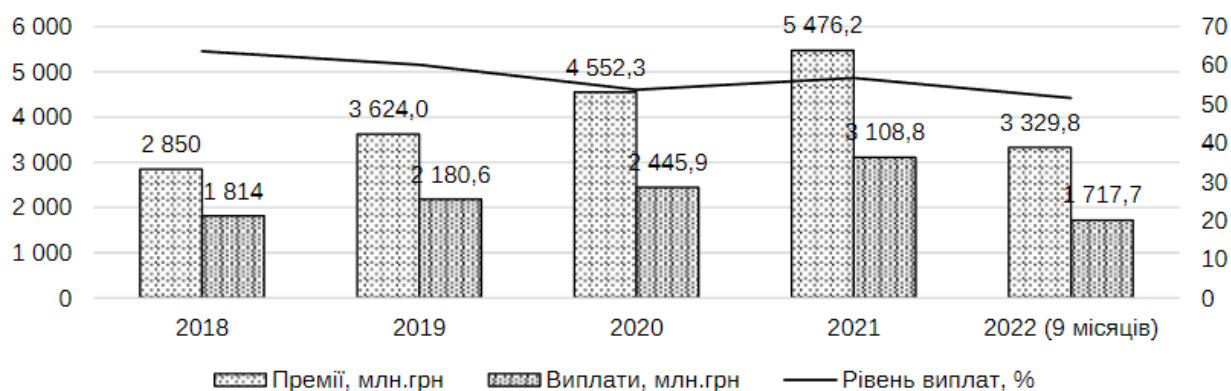


Рис. 2.3. Динаміка страхових премій та виплат з медичного страхування [3, с. 4; 35]

Станом на 30 липня 2022 р. загальний обсяг активів страховиків майже не змінився з початку року, збільшившись лише на 2,2% і склавши 65,7 млрд грн. Кількість страхових компаній зменшилася з 155 до 142. За перше півріччя 2022 р. обсяг медичного страхування (ДМС) у структурі страхового портфеля становив 2580,3 млн грн (14,5%), що на 22% менше порівняно з аналогічним періодом 2021 року. Медичне страхування залишається одним з найбільш збиткових видів страхування, оскільки рівень збитковості перевищує 50% [3, с. 4].

Протягом досліджуваного періоду структура медичного страхування залишалася майже стабільною. Найвищий попит на ринку добровільного медичного страхування спостерігається на безперервне медичне страхування, яке пропонує комплексну послугу з широким спектром страхових ризиків та медичних послуг. Його частка значно перевищує інші види ДМС і досягла рекордних 67,6% у 2021 р. Друге місце займає страхування медичних витрат, а найменшу частку ринку має страхування здоров'я на випадок хвороби.

В таблиці 3.1 наведено структуру валових страхових премій за видами добровільного медичного страхування:

Таблиця 3.1

Структура валових страхових премій за видами добровільного медичного страхування [12, с. 55; 17]

| Вид медичного страхування | 2017 р. | | 2018 р. | | 2019 р. | | 2020 р. | | 9 місяців 2021 р | |
|---|-----------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|------------------|------|
| | млн. грн. | % | млн. грн. | % | млн. грн. | % | млн. грн. | % | млн. грн. | % |
| Безперервне страхування здоров'я | 2881,3 | 69 | 3486,7 | 65,5 | 4470,3 | 63,5 | 5300,5 | 72,4 | 5028,6 | 67,6 |
| Страхування здоров'я на випадок хвороби | 405,1 | 9,7 | 491,8 | 9,2 | 684,1 | 9,7 | 906,9 | 12,4 | 835,1 | 11,2 |
| Страхування медичних витрат | 891,0 | 21,3 | 1345,9 | 25,3 | 1885,5 | 26,8 | 1110,5 | 15,2 | 1568,9 | 21,2 |
| Всього | 4177,4 | 100 | 5324,4 | 100 | 7039,9 | 100 | 7317,8 | 100 | 7432,6 | 100 |

Отже, ринок добровільного медичного страхування в Україні є значним і з кожним роком продовжує нарощувати свою частку в загальній структурі страхового сектору країни. Проте його розвиток значною мірою залежить від соціально-економічних факторів та подій, що відбуваються в державі, оскільки ці зміни можуть впливати на платоспроможність населення та рівень довіри до страхових послуг. Враховуючи такі обставини, цей ринок демонструє як позитивну динаміку, так і певні коливання, пов'язані з зовнішніми і внутрішніми викликами економічної та політичної ситуації в Україні.

Автори медичної реформи 2016 р., яка початково полягала в упровадженні нового механізму фінансування медичних послуг, відмовилися від самої сутності своєї реформи ще до початку голосування. У доопрацьованій редакції (від 6 липня 2017 р.) Законопроект № 6327 «Проект Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [55] передбачав, що пацієнти зобов'язані оплачувати медичні послуги за рахунок власних коштів або забезпечувати оплату за рахунок коштів добровільного медичного страхування й інших джерел тарифу співоплати в разі часткової оплати за рахунок коштів держбюджету медичних послуг і лікарських коштів, наданих такому пацієнту.

Показово, що фінансово-економічне обґрунтування до Законопроекту № 6327 розроблено лише в одному варіанті – під солідарне страхування. Воно не змінювалося й не допрацьовувалося, незважаючи на істотні зміни самого Законопроекту. «Зростання бюджетних видатків на охорону здоров'я базується на вкрай сумнівних показниках майбутнього зростання ВВП. Також автори реформи планували збільшити витрати на кожного громадянина України за рахунок скорочення населення в середньому на 90 тис. осіб у рік.

У результаті «реформи», замість «посилення фінансового захисту», громадяни мали отримати додаткові обов'язки й додаткові фінансові витрати. Під час підготовки Законопроекту до другого читання, а точніше в

день голосування – 13 липня 2017 р., «медична реформа» знову зазнала суттєвих змін. Очевидно, побоюючись обурення українців через уведення обов'язкових платежів, автори «реформи» тимчасово прибрали офіційну співоплату, яка нібито мала б подолати корупцію та зменшити неформальні платежі. Медицина в редакції від 13 липня 2017 р. стала знову «безкоштовною». Утім в. о. міністра У. Супрун обіцяла повернутися до питання введення співоплати у 2020 р. Однак дані наміри не були взяті до уваги наступними урядами і на сьогодні медицина перебуває у кризовому стані.

Ще один законопроект № 9163 щодо здійснення реформування медичної галузі з обов'язковим медичним страхуванням був внесений до парламенту. Він повинен ще пройти обговорення в комітетах парламенту й отримати експертний висновок, тільки потім його можуть винести на голосування. До цього моменту може пройти досить багато часу. Наприклад, два практично ідентичних проекти лежать у комітетах парламенту України з 2016 р.

Отже, незважаючи на численні переваги медичного страхування, його впровадження в Україні залишається уповільненим. Це пояснюється відсутністю чітко визначеного підходу до створення законопроекту про загальнообов'язкове державне медичне страхування та відсутністю узгодженого бачення щодо майбутнього розвитку системи охорони здоров'я в умовах існуючих викликів у галузі. Існує низка проблем, що стримують розвиток медичного страхування в країні, серед яких:

- зменшення державного фінансування в секторі охорони здоров'я;
- застаріла матеріальна база медичних установ;
- дефіцит лікарських засобів;
- демографічні та епідеміологічні проблеми, включаючи високий рівень захворюваності населення;
- недостатня підготовка медичних спеціалістів;

- незадовільний рівень оплати праці лікарів, що не відповідає їхнім зусиллям;
- ухилення страховиків від виконання зобов'язань щодо оплати лікування, посилаючись на різні підстави;
- відсутність єдиного законодавства, що регулює медичне страхування;
- різні уявлення чиновників, медиків і страховиків про модель медичного страхування, особливо в контексті його обов'язкової форми;
- недостатня поінформованість громадян щодо можливостей та переваг медичного страхування.

Не зважаючи на ці труднощі, є реальні шанси, що в Україні буде введена система медичного страхування. Одним із чинників є зростаюче фінансове навантаження на державний бюджет, яке виникло через пандемію COVID-19. Враховуючи вже розроблені законопроекти, ймовірно, роботодавці будуть зобов'язані оплачувати медичне страхування для своїх працівників, а для безробітних ці витрати покриватимуть місцеві органи влади. Розмір обов'язкових внесків буде визначати Кабінет Міністрів, про що йшлося в одному з законопроектів. Водночас політика Міністерства охорони здоров'я України спрямована на забезпечення кожному громадянину доступу до гарантованого покриття основних медичних послуг – первинної, спеціалізованої та екстреної допомоги через Національну службу здоров'я, а також на надання можливості для роботодавців, державних установ і громадян скористатися перевагами страхування.

Для успішної реалізації цієї реформи необхідно забезпечити єдину політичну волю та чітке розуміння мети й шляхів реформування, як з боку органів центральної влади, так і на місцевому рівні. Важливою складовою цього процесу є підвищення рівня громадської обізнаності, адже без підтримки з боку населення, для якого існує система охорони здоров'я, ефективного здійснення реформ неможливе.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Кадрове забезпечення управління охороною здоров'я як напрям медичної реформи

Медична галузь є однією з дискусійних проблем реформування. Питання фінансування та її реформування турбують не тільки медичний загал, а й керівників медичних закладів. Сьогодні на них покладено особливу відповідальність, від них вимагають і менеджерських знань та навичок, і соціального захисту працівників, і забезпечення достатнього обсягу й належної якості медичних послуг. Тому керівники закладів різних рівнів спільними зусиллями шукають відповіді на нові виклики, обмінюючись досвідом, запрошуючи до дискусій експертів у галузі управління охороною здоров'я, юристів, економістів.

На сьогодні медична реформа є однією з найочікуваніших для українських громадян. Початок уже є і пророблено немало. Зміни, що нині відбуваються в системі охорони здоров'я, є наймасштабнішими за всю історію незалежної України. Адже українці вперше отримали змогу записатися до лікаря онлайн; люди із серцево-судинними захворюваннями, астмою чи діабетом другого типу вперше почали отримувати ліки в аптеці безоплатно або з невеликою доплатою. Головне досягнення цієї реформи в тому, що вона показала: вільний ринок медичних послуг за серйозних державних гарантій – це вихід. Тобто головним фактором невідворотності змін, зазначають у Міністерстві, є 27 млн українців, які обрали свого сімейного лікаря, терапевта чи педіатра. 70 % із них задоволені лікарями, з якими підписали декларацію.

Для проведення медичної реформи необхідно визначити окремі напрями такого реформування (рис.3.1). Зокрема система громадського здоров'я має перейти на новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі послуг у сфері громадського здоров'я, зокрема, щодо імунопрофілактики та попередження неінфекційних хвороб.

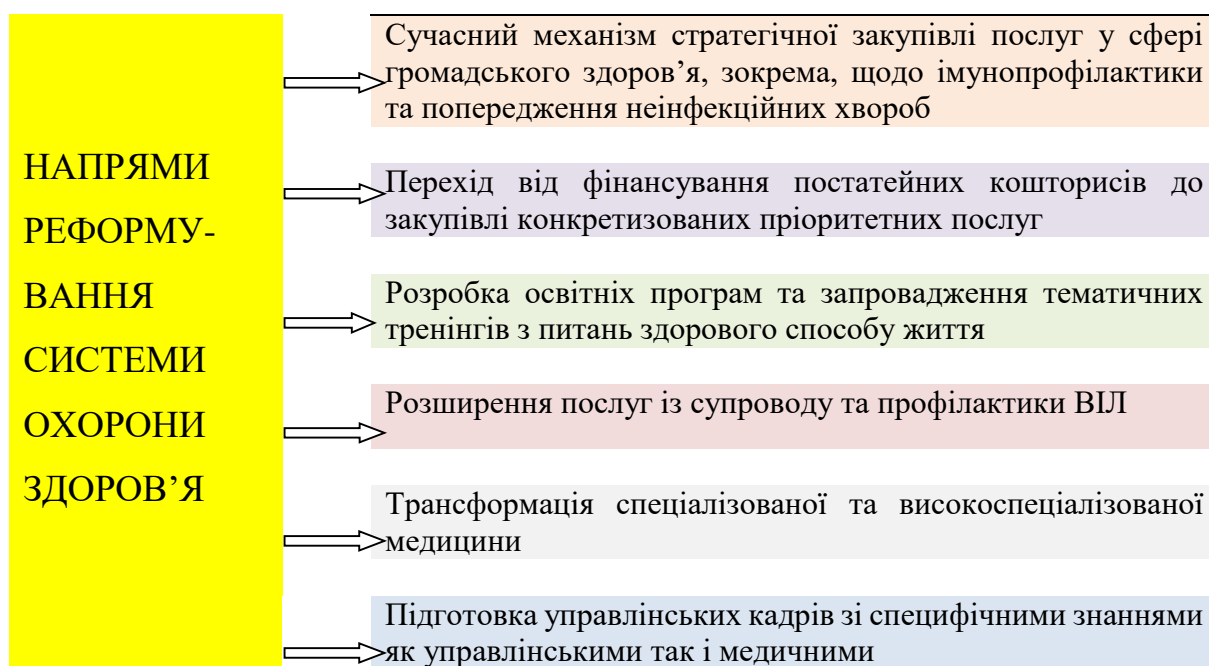


Рис. 3.1. Напрями реформування системи охорони здоров'я

Необхідно забезпечити перехід від фінансування постатейних кошторисів державних установ – лабораторних центрів МОЗ України – до закупівлі конкретизованих пріоритетних послуг у закладів громадського здоров'я (на послуги з епідеміологічного нагляду за інфекційними захворюваннями, послуги з імунопрофілактики, послуги з промоції здоров'я та комунікаційних кампаній, послуги з соціально-гігієнічного моніторингу; на профілактику неінфекційних захворювань). Необхідна розробка освітніх програм та запровадження тематичних тренінгів з питань здорового способу життя, з профілактики неінфекційних захворювань та факторів ризику їхнього виникнення для лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють на рівні первинної медичної допомоги. Необхідне

розширення послуг із супроводу та профілактики ВІЛ, що дасть змогу охопити послугами понад 356 тис. українців.

Необхідний процес трансформації спеціалізованої та високоспеціалізованої медицини, що передбачено Програмою медичних гарантій, яку реалізує Національна служба здоров'я України, за рахунок державної субвенції на фінансування закладів спеціалізованої медичної допомоги. Тож, щоб отримувати державні кошти, усі ці заклади повинні підписати договір з Національною службою здоров'я України. Для цього вони мають бути автономізовані.

Нині в Україні 70 % закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, автономізовано [4]. Ще одна важлива умова для підписання договору з НСЗУ – комп'ютеризація закладу та його підключення до електронної системи охорони здоров'я. У рамках підготовки до впровадження Програми медичних гарантій комп'ютеризовано понад третину спеціалізованих закладів. Тут лідерами є Вінницька, Львівська та Одеська області.

Одним із основних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є реструктуризація державного управління галуззю охорони здоров'я, спрямована на формування та реалізацію публічної політики, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я населення в умовах нових соціально-економічних відносин [19, с. 16]. Така реструктуризація потребує не лише зміни посади керівника департаменту охорони здоров'я держсектору, а й підготовки управлінців із специфічними адміністративними та професійними, медичними компетентностями.

Досі в Україні зберігаються проблеми, зокрема невизначеність щодо здоров'я медичних закладів та наявності спеціальної підготовки для таких робіт. Керівні органи та керівники організацій охорони здоров'я відіграють вирішальну роль у підтримці впровадження реформ охорони здоров'я в галузі, вимагаючи нових знань і вимог. Сучасна охорона громадського здоров'я потребує не тільки знань, але й умінь, які охоплюють управлінські

та менеджерські компетенції. Важливим аспектом також є підвищення рівня економічної підготовки, адже нова система охорони здоров'я в Україні базується на сучасних фінансово-економічних принципах. Не менш значущим є вдосконалення правової освіти і правової культури серед управлінських кадрів, що сприятиме ефективнішому керуванню та прийняттю рішень.

Отже, сьогодні система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації управлінців галузі охорони здоров'я в Україні вимагає істотної перебудови. Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівці – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси, саме впровадження такого досвіду передбачається медичною реформою. Такі кадрові рішення вже десятки років ефективно діють у всьому світі, зокрема у багатьох країнах – членах Європейського Союзу.

31 жовтня 2018 р. Міністерством охорони здоров'я України було видано наказ № 1977 [43], який передбачає, що з 1 січня 2019 р. функції директора та медичного директора в медичних закладах будуть чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. При цьому, генеральний директор або директор закладу відповідатиме за виробничо-господарську та фінансово-економічну діяльність установи. Він займатиметься: стратегічним плануванням; формуванням бюджету та координацією роботи закладу; аналізом економічної ефективності; організацією роботи та забезпеченням ефективної взаємодії всіх структурних підрозділів; залученням коштів на інвестиційні потреби закладу тощо.

Згідно з цим наказом, головні лікарі, які уклали або укладатимуть трудові угоди з 1 січня 2019 р., продовжуватимуть працювати за чинною

моделлю, виконуючи як адміністративні, так і медичні функції протягом терміну дії своїх договорів. По завершенні цих угод, вони матимуть можливість брати участь у конкурсах на посади генерального директора або медичного директора медичного закладу. До 2022 року участь у конкурсах на посаду директора можуть брати кандидати з гуманітарною освітою, зокрема правники, економісти, лікарі та фахівці з управління. Починаючи з 2022 року, претенденти без освіти у сфері «Управління та адміністрування» чи «Публічне управління та адміністрування» зобов'язані будуть додатково її здобути. [43].

З 2019 року посада медичного директора була введена в довідник медичних професій. Медичний директор зосереджуватиметься виключно на медичних питаннях, зокрема: розробці та впровадженні системи безперервного поліпшення якості послуг у медичному закладі на основі принципів доказової медицини; організації надання пацієнтоорієнтованих послуг; координації внутрішніх і зовнішніх взаємодій підрозділів закладу охорони здоров'я; організації безперервного професійного розвитку медичних працівників; впровадженні сучасних методик діагностики та лікування; організації медичної допомоги під час надзвичайних ситуацій; оцінці якості надання медичних послуг та інше.

Отже, вдосконалення кадрової політики в галузі охорони здоров'я має бути спрямоване на покращення системи кадрового забезпечення, враховуючи сучасні соціально-економічні умови та реальні потреби галузі; впровадження укладення трудового договору на контрактних умовах з керівниками медичних установ, а згодом – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування та розподілу кадрового потенціалу. При підготовці управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я необхідно враховувати наявність різних рівнів кваліфікації, відповідно до державного класифікатора професій, серед яких «спеціаліст з державного управління охороною здоров'я», «менеджер в охороні здоров'я», «керівник медичного закладу».

Вказані терміни можуть здатися схожими, але після детальнішого аналізу їх значення виявляються певні відмінності:

– спеціаліст з державного управління охороною здоров'я – це державний службовець, зазвичай лікар за освітою, який займає одну з посад на державній службі в галузі охорони здоров'я (наприклад, керує районним або обласним управлінням охорони здоров'я).

– менеджер в охороні здоров'я – це, в першу чергу, не державний службовець і часто не лікар. Він працює в лікувально-профілактичному закладі або очолює його та організовує виконання контрактних замовлень. Зазвичай менеджер має освіту в галузі права чи економіки.

– керівник медичного закладу – це менеджер, який відповідає за організацію медичних технологічних процесів. Він координує діяльність окремих підрозділів закладу та об'єднує зусилля колективу для досягнення спільної мети та високих результатів [28-29, с. 3; 38].

Незважаючи на різні визначення цих термінів, всі три посади – спеціаліст, керівник та менеджер – виконують всі основні функції управління та публічного управління.

Для всіх сфер управлінської та медичної діяльності необхідні відповідні фахівці-менеджери, чия системна підготовка повинна органічно поєднуватися з глибоким розумінням специфіки та особливостей конкретної галузі і керованої системи, зокрема, в охороні здоров'я.

Нині Україна має дефіцит фахівців-організаторів у сфері охорони здоров'я, здатних приймати відповідальні, самостійні та ефективні стратегічні рішення. Це підкреслює актуальність питання створення ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я. Найважливішою умовою цього процесу є розробка високоякісної освітньої бази, яка б поєднувала найкращі досягнення провідних країн світу з реаліями української системи охорони здоров'я [28-29, с. 3].

Протягом останніх 30 років у більшості розвинутих країн спостерігалось посилення ролі менеджерів, економістів та адміністративних

працівників у сфері медичного обслуговування. За кордоном медичними закладами, як правило, керують професійні менеджери, які не мають медичної освіти. Децентралізоване управління медичними установами лише посилює потребу в таких фахівцях. Одним із ключових напрямів реформування вітчизняної охорони здоров'я повинно стати формування нової генерації керівників – сучасних менеджерів.

Кадрова політика в системі охорони здоров'я багатьох країн базується на соціальній відповідальності держави, суспільства та професійних медичних асоціацій. Стратегічна роль уряду полягає в ефективному регулюванні, визначенні та задоволенні реальних потреб у кадрах охорони здоров'я, а також у підтримці та оцінці, контролі заходів, спрямованих на навчання, підготовку та ефективне використання медичних працівників [58]. У країнах ЄС кадри публічного управління системою охорони здоров'я складаються з медичних менеджерів – фахівців, адміністраторів в публічному управлінні охороною здоров'я та керуванні медичними закладами.

Медичних менеджерів поділяють на два типи:

– управлінці загальної кваліфікації – вони відповідають за загальне управління медичним закладом або установою.

– управлінці-спеціалісти – їхня відповідальність полягає в ефективному управлінні конкретними напрямками, такими як аналіз управлінських рішень і стратегій у сфері охорони здоров'я, фінанси, бухгалтерський облік, складання бюджету, маркетинг чи управління людськими ресурсами [20].

У розвинених країнах управлінці у сфері охорони здоров'я зазвичай мають економічну чи юридичну освіту, в той час як в Україні багато управлінців – це лікарі без досвіду в державному управлінні, які не мають правової чи економічної підготовки. В різних країнах лікарі та медичні менеджери – це різні фахівці через відмінності у термінах навчання: лікарі навчаються 8-9 років, медичні менеджери – 4 і більше. Навчання медичних

менеджерів орієнтоване на управління на різних рівнях охорони здоров'я, що відрізняється від підготовки магістрів бізнес-адміністрування або державного управління. Кадрові ресурси в охороні здоров'я є важливим чинником для зміцнення цієї системи [20].

Ряд авторів переймаються питанням: керівник якого зразка потрібен галузі: фахівець (організатор), управлінець (менеджер) чи професійний управлінець? На їхню думку, фахівець (організатор) має галузеву освіту та досвід, володіє знаннями про об'єкт управління (знає, чим та (або) ким управляти), але не є управлінцем, оскільки не має навичок ефективного управління. Управлінець (менеджер) має управлінську освіту та спеціальні знання, є професіоналом у сфері управління (знає, як управляти), але не володіє достатньою інформацією про галузь і її особливості. Професійний управлінець поєднує в собі як галузеву, так і управлінську освіту, маючи конвергентне розуміння процесів. Така особа не лише знає, як управляти, але й володіє інформацією про об'єкт управління, тобто розуміє, чим та (або) ким потрібно управляти.

Отже, важливим є те, що професійний управлінець має глибоке розуміння галузі та професійну управлінську підготовку. Це дозволяє йому ефективно здійснювати керівництво. Наступне питання, яке цікавить вчених, стосується того, хто саме є професійним управлінцем у сфері охорони здоров'я. Така особа повинна бути здатною ефективно управляти ресурсами і нести відповідальність за результати своєї роботи.

Професійне управління – це діяльність, яка полягає у стратегічному та ефективному керівництві організацією або її підрозділами з урахуванням специфіки галузі та застосуванням науково обґрунтованих методів управління. Воно включає в себе поєднання теоретичних знань і практичних навичок в області управління, а також глибоке розуміння предметної галузі, якою здійснюється керівництво. Професійний управлінець не тільки вміє організовувати робочі процеси, а й здатний приймати обґрунтовані рішення на основі аналізу даних, визначати та вирішувати проблеми, ефективно

управляти ресурсами та командою, а також нести відповідальність за результати своєї роботи.

Професійне управління вимагає знань у двох основних напрямках: управлінських технологіях та усвідомленням специфіки того, чим керують. Це дозволяє досягати високих результатів в організації та ефективно управляти її розвитком.

Професійне управління – це управлінська діяльність, спрямована на досягнення результату, який відображається у виробництві та підвищенні якості суспільного продукту у вигляді товарів або послуг, що є необхідними як для суспільства в цілому, так і для кожного його члена зокрема. У контексті охорони здоров'я професіоналізм управлінців полягає в здатності визначати найбільш ефективні шляхи і методи реалізації поставлених завдань з урахуванням умов і реальних можливостей системи, при цьому дотримуючись нормативно визначених повноважень. Це включає забезпечення збереження і зміцнення здоров'я громадян, їх лікування та профілактику небезпечних для життя захворювань, що є ключовими завданнями в охороні здоров'я.

Професіоналізм управлінця системи охорони здоров'я має забезпечити:

- якісне виконання посадових обов'язків з урахуванням усіх вимог і стандартів галузі;
- стабільність сектора охорони здоров'я, за який він безпосередньо відповідає, через ефективне управління ресурсами, персоналом та процесами;
- постійну готовність до підготовки та реалізації рішень зі складних завдань, вміння приймати обґрунтовані та ефективні рішення в умовах обмежених ресурсів і високої відповідальності;
- можливість підвищення кваліфікації через безперервне навчання, освоєння нових управлінських технологій та адаптацію до змін у законодавстві та медичних технологіях;

– професійне виконання спеціальних завдань і функцій, пов'язаних з управлінською діяльністю, включаючи стратегічне планування, організацію та моніторинг роботи медичних установ;

– галузеве спрямування на основі здобутого досвіду, зокрема глибоке розуміння специфіки медицини та ефективного управління в цій сфері, що дозволяє впроваджувати інноваційні рішення для покращення якості медичних послуг [20; 23].

Отже, професіоналом не можна стати лише завдяки теоретичним знанням, так само як і лише на основі досвіду. Професіонал — це той, хто має глибокі теоретичні знання і здатний ефективно застосовувати їх у практиці. Щодо механізму залучення професіоналів до управлінських позицій у системі охорони здоров'я, то найефективнішим є конкурсний відбір. Це не лише історично сформований механізм, але й важлива складова сучасної демократичної практики, що забезпечує прозорість і ефективність процесу набору та добору кадрів. Конкурс дозволяє відібрати найкращих кандидатів, що відповідають вимогам посад, і таким чином сприяє формуванню висококваліфікованих управлінських команд на всіх рівнях управління в охороні здоров'я.

Особливої уваги заслуговують керівні кадри в сфері охорони здоров'я, оскільки їх підготовка та безперервний професійний розвиток безпосередньо впливають на якість тактичних і стратегічних рішень. Ці рішення, в свою чергу, визначають ефективність роботи медичних закладів та якість надання медичної допомоги населенню країни. Вимоги та професійні знання, якими повинні володіти керівники лікувально-профілактичних закладів, з часом змінюються і постійно зростають. Зокрема, керівники мають вміти адаптуватися до новітніх тенденцій в управлінні охороною здоров'я, впроваджувати інноваційні стратегії, а також ефективно взаємодіяти з іншими підрозділами. Це вимагає постійного оновлення їхніх знань і навичок у галузі управління, економіки, права та інших суміжних дисциплін.

Однією з важливих проблем у підготовці сучасних менеджерів медичних закладів є питання, хто і як має готувати таких керівників. Важливо, щоб викладачі, які займаються навчанням з організації та управління охороною здоров'я, мали не лише медичну освіту, але й розуміння бізнес-аспектів у лікувальній справі (Табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Вимоги до керівників лікувально-профілактичних закладів

| | Компетентність | Концептуальний зміст знань, умінь та навичок |
|----|---|--|
| 1. | із сучасної охорони громадського здоров'я | Традиційно в Україні охорона здоров'я орієнтована на надання медичної допомоги, що є основним аспектом цієї системи. Однак сучасна концепція охорони здоров'я розглядає медичну допомогу як важливий, але лише один з компонентів більш широкої системи громадського здоров'я. Згідно з цією концепцією, її роль у формуванні загального стану здоров'я населення становить не більше 8-10%. Це підкреслює важливість інтеграції превентивних заходів, покращення соціальних умов життя та інших чинників, які мають більший вплив на здоров'я населення |
| 2. | із сучасного публічного управління та менеджменту | Теорія організації та управління охороною здоров'я охоплює широкий спектр знань, серед яких важливі питання ролі керівника, мотивації та управління людьми, лідерства, вирішення конфліктів, стратегічного планування діяльності, забезпечення ефективності роботи організації, а також налагодження зв'язків із зовнішнім середовищем, у якому вона функціонує. Це далеко не весь перелік ключових компетенцій, які повинні бути в арсеналі сучасного керівника. Крім того, необхідно враховувати постійну адаптацію до змін у галузі, інноваційних підходів до управління та здатність прогнозувати та реагувати на зовнішні і внутрішні виклики |
| 3. | з економіко-фінансової сфери | Формування кошторисів та бюджетів, оцінка ефективності використання ресурсів, застосування маркетингових стратегій в управлінні – це основні напрямки, які потребують ґрунтовних знань. Також важливою складовою є розуміння основ макро- і мікроекономіки, а також навички фінансового аудиту, які дозволяють здійснювати детальний аналіз фінансових потоків та приймати обґрунтовані управлінські рішення. Сучасний керівник має вміти комбінувати ці елементи для досягнення оптимальних результатів у своїй діяльності та ефективного управління ресурсами |

Водночас, викладачі, що спеціалізуються на управлінських і суміжних дисциплінах, таких як економіка, маркетинг або право, повинні глибше

вивчати специфіку та особливості медичної системи. Лише такий інтегрований підхід до підготовки кадрів дозволить забезпечити високий рівень управлінської компетентності та адаптивності сучасних керівників медичних установ, що відповідають вимогам галузі.

Сьогодні питання підготовки керівників у системі охорони здоров'я вирішується через суміщені освітні програми, що поєднують два напрямки: «Бізнестехнології» та «Менеджмент в охороні здоров'я та медико-соціальной сфері». Подібний підхід, який об'єднує базовий курс і модуль спеціальності, вже застосовується в деяких освітніх установах. Однак, з огляду на потреби сфери, можна припустити, що в майбутньому виникнуть нові форми безперервного навчання та консультування для менеджерів лікувально-профілактичних закладів, як у межах освітніх програм, так і поза ними. Одним із варіантів таких навчально-консультаційних структур можуть стати консалтингові компанії, що спеціалізуються на бізнес-напрямку в охороні здоров'я. Впровадження ефективних форм навчання і перепідготовки сучасних медико-соціальних менеджерів стане важливим кроком у створенні багаторівневої структури медико-соціального менеджменту. Водночас, державна кадрова політика в цій сфері має на меті забезпечення висококваліфікованими фахівцями через реалізацію комплексного підходу, що включає політичні, економічні, правові та наукові методи управління медичним персоналом.

Керівник медичної галузі майбутнього – це не просто управлінець, а справжній конструктор змін та стратег, що має здатність керувати не лише операційними процесами, а й сприяти глибоким трансформаціям в організації. Він має бути лідером, який сприймає зміни як можливість для розвитку і постійного вдосконалення, здатним орієнтуватися на результат та ефективно впливати на загальну стратегію розвитку медичних закладів. Окрім стратегічного бачення, керівник повинен бути політиком у широкому сенсі – володіти здатністю до дипломатії, будувати партнерські відносини з

різними сторонами, враховуючи інтереси всіх учасників процесу охорони здоров'я.

Особливо важливими є його здатності до системного та аналітичного мислення, управління ресурсами, а також готовність до безперервного навчання та саморозвитку. Керівник має не лише бути добре освіченим, а й постійно вдосконалювати свої знання, у тому числі в сфері економіки, права та управлінських технологій. У сфері охорони здоров'я це особливо актуально, адже зміни в галузі часто є викликами для системи управління, і тому здатність до швидкого прийняття рішень, уміння аналізувати і прогнозувати є необхідними навичками для успішної діяльності.

Особливості підготовки керівників медичних установ включають необхідність виокремлення загальних, специфічних та індивідуальних компонентів навчання. Загальне включає основи управління, стратегії, лідерство, комунікативні навички, а специфічне – знання галузі, специфіку медичних технологій та управління медичними ресурсами. Індивідуальні аспекти залежать від конкретної ролі керівника в організації та його особистих навичок і досвіду, адже кожен медичний керівник має свою унікальну роль і вплив на заклад охорони здоров'я, де він працює.

Керівник медичної галузі майбутнього – це гнучкий, стратегічно мислячий лідер, який не лише володіє необхідними професійними знаннями, але й здатний адаптуватися до змін, управляти людськими та фінансовими ресурсами, а також забезпечувати інноваційний розвиток медичних установ, орієнтуючись на максимальний результат для пацієнтів і суспільства.

Отже, професіоналізм медичного працівника – це комплексна характеристика, що включає не лише глибокі знання та практичні навички в медицині, а й здатність ефективно організовувати та управляти процесами на різних рівнях медичного обслуговування. Це передбачає:

галузеву компетентність – професійне володіння знаннями і вміннями, що стосуються медичних процедур, діагностики, лікування та

профілактики захворювань, що відповідають сучасним стандартам та принципам доказової медицини;

управлінські навички – здатність ефективно керувати командами, ресурсами та процесами в медичних установах, що включає стратегічне планування, аналіз і прийняття рішень, а також управління кризовими ситуаціями в умовах обмежених ресурсів;

етика і відповідальність – дотримання високих моральних стандартів, відповідальність за здоров'я пацієнтів і результати своєї діяльності, чесність та прозорість у прийнятті рішень;

постійний професійний розвиток – готовність до безперервного навчання, впровадження нових інструментів та технологій в медичну практику, адаптація до змін у законодавстві та системі охорони здоров'я.

Професіоналізм медичного працівника не обмежується лише медичними знаннями, а включає здатність до ефективного управління, етичного поведіння та постійного розвитку для забезпечення високої якості медичних послуг. Крім того, важливою складовою професіоналізму є здатність до критичного мислення, прийняття обґрунтованих рішень та здатність працювати в команді. Динамічний розвиток законодавчого забезпечення різних аспектів діяльності системи охорони здоров'я, перехід до нової моделі медичної допомоги, зміни в підходах до фінансування та організації медичних послуг, а також необхідність законодавчого забезпечення прав пацієнтів і медичних працівників, зумовлюють потребу в постійній адаптації до змін.

Зокрема, гармонізація вітчизняної правової бази з нормами та стандартами Європейського Союзу (ЄС) не лише сприяє інтеграції України в міжнародні системи охорони здоров'я, а й ставить перед управлінцями галузі нові виклики та можливості. Тому підготовка висококваліфікованих управлінців різних рівнів, здатних орієнтуватися в цих змінах, стає критично важливою для досягнення високого рівня медичних послуг,

ефективного управління ресурсами та забезпечення стабільного розвитку медичної системи країни в умовах глобалізації та європейської інтеграції.

3.2. Імплементація системи медичного страхування в Україні

Сьогодні в Україні понад 90% населення не має медичного страхування, що створює великі перспективи для розвитку цієї системи, оскільки потенційних споживачів страхових послуг багато. Медичне страхування є важливим компонентом не тільки економіки, а й системи охорони здоров'я, оскільки воно забезпечує захист інтересів громадян у разі втрати здоров'я з будь-якої причини. Це гарантує здорову націю в майбутньому. Однак на даний момент медичне страхування в Україні перебуває на стадії розроблення, попри тривалу проблему підвищення рівня медичного обслуговування. Це, в свою чергу, ставить питання про необхідність збільшення фінансування галузі, що вимагає пошуку додаткових джерел фінансування.

Сучасний стан системи охорони здоров'я в Україні не дозволяє повною мірою реалізувати право громадян на медичну допомогу відповідно до міжнародних стандартів і чинного законодавства. Це вимагає реформування як самої системи охорони здоров'я, так і механізмів її фінансування. Зокрема, необхідно переходити до системи фінансування, що базується на вартості конкретної медичної послуги, наданої кожному пацієнту, що дозволить підвищити ефективність використання ресурсів. В умовах обмеженого державного бюджету та зростаючого навантаження на систему охорони здоров'я, страхова медицина стає реальною альтернативою традиційному бюджетному фінансуванню, яке вже не здатне забезпечити повноцінне виконання конституційного права громадян на безоплатну медичну допомогу. Розвиток медичного страхування не лише є актуальною потребою, а й необхідністю для стабільного фінансування

галузі, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги та підвищення її ефективності.

Основними цілями запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування є:

– забезпечення державних гарантій на безоплатну медичну допомогу та медичне страхування для всіх громадян України, що гарантує доступ до необхідних медичних послуг незалежно від соціального статусу чи фінансових можливостей пацієнтів. Цей крок стане важливим етапом на шляху до забезпечення рівного доступу до якісної медичної допомоги для кожного громадянина;

– забезпечення гарантованого обсягу медичної допомоги в рамках визначених стандартів, що дозволить державі чітко регулювати види послуг, які повинні надаватися пацієнтам, а також визначати умови доступу до них. Це дозволить уникнути випадків неефективного використання ресурсів та зменшить соціальну нерівність у доступі до медичних послуг;

– підвищення якості надання медичних послуг, що включає вдосконалення якості лікування, зниження помилок в медичній практиці та покращення умов для пацієнтів. Це стане результатом не лише більш ефективного фінансування, а й модернізації медичних установ, підвищення кваліфікації медичних працівників і розвитку системи управління в охороні здоров'я.

Додатково до цих основних цілей, запровадження медичного страхування сприятиме зростанню фінансової стабільності системи охорони здоров'я, поліпшенню доступу до інноваційних лікувальних технологій та лікарських засобів, а також дозволить знизити навантаження на державний бюджет за рахунок залучення приватних інвестицій та коштів від страхових компаній.

Медичне страхування має безліч переваг, серед яких:

– медична страховка є важливим елементом соціального захисту громадян України, що забезпечує їм доступ до необхідної медичної

допомоги, незалежно від їх фінансового стану. Це дозволяє створити рівні умови для всіх верств населення щодо отримання медичних послуг;

- медична страховка є більш вигідною, ніж прямі договори з медичними закладами, оскільки дозволяє об'єднати медичні послуги для широкого кола людей, знижуючи витрати на лікування за рахунок групових тарифів і оптимізації процесів;

- можливість отримати низькі тарифи та великі знижки від страхових компаній при страхуванні колективів чи великих груп населення. Це дозволяє підприємствам, організаціям і установам знижувати витрати на медичне обслуговування своїх працівників, одночасно покращуючи їх добробут;

- медичне страхування підвищує зацікавленість у «робочому місці», що є важливим фактором для залучення та утримання кваліфікованих кадрів. Додаткові переваги у вигляді медичного страхування підвищують лояльність співробітників до компанії і стимулюють їх до більш продуктивної роботи;

- можливість оптимізувати податки через створення вигідних умов для підприємств, що забезпечують своїм працівникам медичне страхування. Це дозволяє знизити податкові навантаження на організації, що також вигідно для економіки в цілому;

- комплексне лікування та забезпечення медикаментами є важливими перевагами медичного страхування, оскільки воно включає в себе не лише оплату послуг лікарів, а й надання необхідних медикаментів, що забезпечує ефективність лікування і знижує витрати пацієнта на ліки;

- контроль якості лікування через співпрацю з перевіреними медичними установами та лікарями, що підвищує рівень медичних послуг. Страхові компанії здійснюють моніторинг якості наданих послуг, що створює стимул для медичних установ до покращення своєї роботи та забезпечення високих стандартів медичного обслуговування.

Медичне страхування в Україні має значний потенціал для розвитку, забезпечуючи стабільність і доступність медичних послуг, знижуючи фінансове навантаження на державу та надаючи додаткові переваги для бізнесу. Перебудова системи охорони здоров'я має починатися з посилення фінансової основи, переходу від бюджетної системи до змішаної бюджетно-страхової системи. Це дозволить активізувати участь підприємств, установ та організацій різних форм власності, а також ввести елементи добровільного медичного страхування для населення.

Проте, незважаючи на постійні ініціативи щодо запровадження обов'язкового медичного страхування, законодавча база цієї сфери досі не врегульована. За роки незалежності подано понад 20 законопроектів, що пропонували введення медичного страхування, але вони не отримали остаточного ухвалення. Зокрема, існують розбіжності щодо управління фондами та розподілу коштів.

Серед пропозицій є законопроекти, що передбачають залучення приватних страхових компаній до системи загальнообов'язкового медичного страхування, що викликає побоювання щодо монополізації ринку. Також є питання щодо гарантій забезпечення медичних послуг, адже перелік страхових ризиків щорічно буде затверджувати Кабмін, що ставить під сумнів стабільність та прозорість наданих послуг.

З одного боку, ці законопроекти можуть бути прогресивними для забезпечення конституційного права громадян на медичну допомогу, з іншого – вони несуть певні ризики в довгостроковій перспективі. МОЗ виступає проти запровадження обов'язкового медичного страхування в поточній формі, акцентуючи увагу на необхідності доопрацювання і забезпечення механізмів фінансування та управління.

На розгляді Верховної Ради України був зареєстрований Законопроект «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» [56]. Водночас у держави відсутній як детальний план, так і механізм запровадження цієї системи в короткостроковій перспективі (законодавча

база, реєстр пацієнтів, структура фінансування). Тому до повного реформування системи охорони здоров'я, яке так і не було здійснено, відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України, Європейської стратегії здоров'я – 2020 і Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років.

Доступний у відкритому доступі Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року від 23 лютого 2022 р., фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [62]. В документі відзначено невисокий рівень охоплення добровільним медичним страхуванням. Поточні програми цього страхування орієнтовані на корпоративних замовників, а висока ціна стандартних медичних полісів ускладнює їх придбання для більшості споживачів медичних послуг.

Наступною є думка про те, що приватні постачальники послуг мають компенсувати нестачу тих послуг, які держава не здатна забезпечити повною мірою, і продовжувати розвивати пропозиції з добровільного медичного страхування. Також варто дослідити можливості державно-приватного партнерства для заохочення приватних інвестицій у сферу охорони здоров'я.

Звернемо увагу на те, що Проект передбачає ситуації, коли громадяни зможуть оплачувати послуги, які не включені до гарантованого пакету, безпосередньо або за допомогою добровільного медичного страхування (ДМС). Створення сприятливих умов для розвитку ДМС та залучення інших офіційних джерел фінансування може згодом покращити фінансовий стан системи охорони здоров'я й зменшити навантаження на державний бюджет. ДМС може виконувати комплементарну функцію (наприклад, покриття співоплати) або надавати додаткові можливості (наприклад, вибір постачальника послуг чи швидкий доступ до планових процедур). Для всіх

видів ДМС потрібне встановлення чітких рамок, ретельне регулювання та прозора платформа співпраці зі страховими компаніями.

Серед завдань, спрямованих на вирішення стратегічної мети «Люди мають фінансовий захист при отриманні гарантованих державою необхідних якісних та доступних послуг в охороні здоров'я визначено таке: «розробити чіткі правила та регуляції для розвитку ринку добровільного медичного страхування, включаючи компліментарне (співоплата) та додаткове ДМС для послуг, які не покриваються ПМГ, не загрожують життю, не пов'язані безпосередньо з клінічною якістю обслуговування, передбачивши регулювання для захисту споживачів, моніторинг ринку та чіткі межі пакетів» [62].

Участь сектору соціального неприбуткового підприємництва в забезпеченні доступу до якісних медичних послуг для населення з обмеженими фінансовими можливостями є важливою складовою реформування системи охорони здоров'я в Україні. Ураховуючи сучасний стан фінансування галузі, впровадження обов'язкового медичного страхування стає необхідним кроком. Перехід до цієї системи є єдиним перевіреним шляхом поліпшення ситуації, що сприятиме підвищенню якості, доступності та своєчасності медичної допомоги населенню.

Найближчим часом обов'язкове медичне страхування стане не лише способом організації охорони здоров'я, а й життєво необхідним заходом для відновлення медичної галузі. Однак, реалізація цієї системи стикається з низкою правових перешкод. Серед основних проблем можна виокремити: забезпечення збалансованості законодавства щодо соціального страхування та обов'язкового медичного страхування, підвищення відповідальності органів влади щодо пільгових груп населення, чітке розмежування функцій і відповідальності на різних рівнях управління, а також створення ефективних механізмів захисту прав пацієнтів та контролю за цільовим використанням коштів. Окрім того, для ефективного впровадження Закону про загальнообов'язкове медичне страхування необхідно вивести офіційну

заробітну плату працівників із «тіні», оскільки значна частина роботодавців досі виплачує основну частину зарплати неофіційно.

Нині «тіньова» зарплата в Україні сягає понад 50 %. Якщо це не буде призупинено, то фактично працівники будуть застраховані на мізерні суми. Для того, щоб єдиний Медичний фонд нормально функціонував, «у тіні» не може перебувати більше 20 % заробітної плати [39].

Необхідно чітко визначити осіб, які підлягатимуть загальнообов'язковому державному соціальному медичному страхуванню. На першому етапі можливою моделлю є страхування лише найманих працівників, тоді як фінансування медичної допомоги пенсіонерам і дітям може здійснюватися через спеціальні державні програми.

Основними позитивними наслідками від запровадження цього закону є: створення прозорих механізмів фінансових, правових і соціально-економічних взаємовідносин між лікарнями та пацієнтами; розв'язання проблеми організації соціально справедливої системи охорони здоров'я; надійність планування та рівномірність надання ресурсів для системи охорони здоров'я; забезпечення доступності медичної допомоги для всіх; оптимізація використання ресурсів системи охорони здоров'я.

Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування є складовою системи загальнообов'язкового соціального страхування, що забезпечує рівні можливості для всіх громадян щодо отримання медичної допомоги на засадах соціальної рівності та доступності, незалежно від віку, статі чи стану здоров'я. Для досягнення реальної цілісності української системи охорони здоров'я необхідний час і значні інвестиції. Оскільки ця система є стратегічною для держави, її впровадження має бути зваженим і конструктивним: необхідно розробити та затвердити закони і підзаконні акти про медичне страхування громадян, визначити положення про національні та територіальні фонди медичного страхування та забезпечити захист прав пацієнтів на отримання своєчасної та якісної медичної допомоги.

З урахуванням тенденцій розвитку ДМС в Україні та міжнародного досвіду фінансування медицини, для прискорення переходу на фінансування закладів охорони здоров'я через медичне страхування, доцільними є наступні кроки:

- прийняття законодавчих актів щодо обов'язкового медичного страхування, що чітко визначатимуть джерела фінансування. Це має включати здійснення ОМС за рахунок коштів громадян (фізичних осіб) та суб'єктів підприємницької діяльності, що забезпечить стабільність і прозорість у фінансуванні медичних послуг;

- внесення змін до податкового законодавства для виведення страхових платежів на медичне страхування з доходу, що підлягає оподаткуванню. Це дозволить зробити систему медичного страхування більш доступною для громадян та підвищить ефективність збору коштів для медичних потреб;

- переведення функціонування закладів охорони здоров'я на комерційні засади, що забезпечить підвищення конкурентоспроможності медичних установ та мотивуватиме їх до надання якісних послуг, сприяючи розвитку інновацій та підвищенню стандартів обслуговування.

Ці кроки сприятимуть не тільки реформуванню фінансування медичної галузі, а й створенню сталої та ефективної системи медичного страхування в Україні, що забезпечить доступність та якість медичних послуг для всіх громадян.

Медичне страхування, зважаючи на складність та важливість охорони здоров'я для соціальної сфери, передбачає поступовий підхід (рис. 3.2).

На першому етапі необхідно вирішити питання щодо перерозподілу та оптимізації мережі медичних закладів, адаптуючи її до актуальних вимог і тенденцій у сфері надання медичних послуг.

Другий етап модернізації передбачає укріплення фінансової основи медичного обслуговування. Це включає створення механізмів для збалансованості між доходами та витратами закладів охорони здоров'я, що

надають гарантовану медичну допомогу. Економічні розрахунки мають охоплювати чотири основні компоненти: стаціонарну допомогу, профілактичні заходи, амбулаторно-поліклінічне обслуговування та швидку медичну допомогу.



Рис. 3.2. Етапи впровадження медичного страхування в Україні

Третій етап полягає у формуванні ефективної та інтегрованої системи страхових компаній, здатних забезпечити фінансування медичних послуг та гарантувати їх доступність для населення.

Четвертий етап передбачає перехід до комерціалізації медичних установ, зокрема поліклінік і лікарень, а також розробку методології ціноутворення для медичних послуг, що дозволить забезпечити прозорість і ефективність у сфері охорони здоров'я.

Важливою передумовою реорганізації системи охорони здоров'я на страхових принципах має бути збільшення фонду заробітної плати працівників за рахунок відповідних бюджетних витрат на медичне обслуговування.

Міжнародний досвід у сфері медичного страхування доводить високу ефективність різних моделей і систем страхування здоров'я. На сьогодні існують три основні моделі фінансування охорони здоров'я: державне,

через обов'язкове та добровільне медичне страхування, а також змішана форма. Одну з цих моделей або їх комбінацію можна впровадити в Україні. Важливо зазначити, що жодна з цих форм фінансування не застосовується в чистому вигляді в жодній країні, хоча в окремих державах певні з них мають переважне значення. Так, у Великій Британії, Ірландії, Шотландії, Італії та Данії переважає державне фінансування охорони здоров'я. У Німеччині, Франції, Австрії, Бельгії, Нідерландах, Швеції та Японії домінує система обов'язкового медичного страхування, а в США надається перевага змішаній моделі фінансування, де близько 90% громадян користуються послугами приватних страхових компаній [34; 60, с. 137]

Усі країни використовують різні форми та моделі медичного страхування, як добровільного, так і обов'язкового, при цьому лише такі економічно розвинуті держави, як Великобританія, Швеція, Канада, Австралія, можуть дозволити собі повністю фінансувати систему охорони здоров'я через державні кошти. Однак навіть у цих країнах існують системи медичного страхування.

Водночас, на наш погляд, перенесення відомих закордонних моделей співоплати за медичні послуги, а також добровільного та обов'язкового медичного страхування в умови України на даному етапі є надто складним завданням. Тому до питання впровадження медичного страхування слід підходити раціонально та практично. Одним із доцільних варіантів вирішення цієї проблеми, на нашу думку, може бути надання додаткових повноважень та обов'язків Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, який вже давно функціонує успішно в Україні.

Крім того, як на першому етапі, так і на наступних, має бути введено так звані «медичні субсидії». Враховуючи високу бідність значної частини населення та великий відсоток пенсіонерів і пільговиків різних категорій, можна спрогнозувати, що після запровадження офіційної співоплати за медичні послуги частина населення буде потребувати отримання «медичних субсидій». Звісно, більш заможні громадяни будуть змушені

оплачувати подвійний або навіть потрійний тариф для покриття витрат на медичне обслуговування малозабезпеченої частини населення, реалізуючи принцип соціальної солідарності. Однак в Україні ці субсидії може взяти на себе й держава, але лише у разі настання страхового випадку.

Для впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні необхідно підготувати як законодавчу, так і матеріальну базу, забезпечити узгодження всіх механізмів, щоб уникнути негативних наслідків у майбутньому. Важливо також врахувати переваги й ризики, які були виявлені на прикладі інших країн, а також створити Єдиний державний банк медичного страхування для акумулювання коштів та їх ефективного управління. Переваги запропонованої концепції введення обов'язкового медичного страхування порівняно з проектом Закону України «Про загальнообов'язкове медичне страхування» наступні:

- цільове фінансування – фінансові ресурси будуть спрямовані безпосередньо на потреби закладів охорони здоров'я, що дозволить уникнути безadresного надходження коштів до бюджету та забезпечить ефективне використання коштів;

- стабільність надходжень – включення цільових внесків до собівартості продукції підприємств дозволить забезпечити більш стійкий потік фінансування для охорони здоров'я;

- відокремлення фінансування та надання медичних послуг – фінансування буде відокремлено від процесу надання медичних послуг, при цьому в систему буде залучена незалежна фінансова структура у вигляді страховика;

- страхова організація – страхова організація, яка є членом Українського медичного страхового бюро і має ліцензію Міністерства фінансів України, буде здійснювати фінансування та контроль якості медичних послуг;

- роль третьої сторони – введення незалежної «третьої сторони», що відповідатиме за фінансування та контроль якості медичної допомоги,

суттєво змінить основи функціонування медичних закладів і дозволить здійснювати незалежну експертизу їх діяльності;

– участь роботодавців і працівників – активна участь роботодавців та працівників у формуванні фінансових ресурсів для обов'язкового медичного страхування дозволить змінити ставлення до охорони здоров'я, перетворюючи її на важливий економічний аспект.

– три рівні медичної допомоги – медична допомога буде надаватися на трьох рівнях: перший рівень фінансуватиметься за рахунок бюджетних коштів, другий рівень – через обов'язкове медичне страхування (спочатку на два роки через державну страхову компанію, а пізніше з підключенням недержавних страхових компаній), а третій рівень – через добровільне медичне страхування (рис. 3.3);

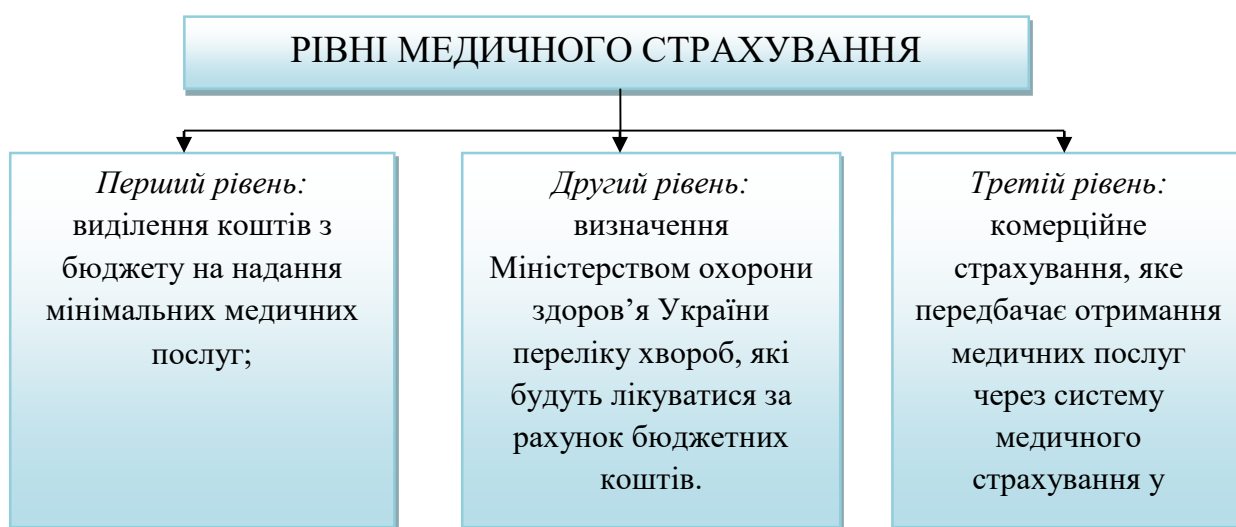


Рис. 3.3. Рівні медичного страхування населення

– податкові пільги для страхових компаній – введення податкових пільг для компаній, що займаються медичним страхуванням, створить додаткові стимули для розвитку галузі;

– підготовка медичних та страховиків – необхідно підготувати висококваліфікований медичний персонал та фахівців у сфері страхування,

що мають розвинену страхову культуру для ефективного функціонування системи медичного страхування;

- удосконалення законодавчого поля – повинно бути створено законодавство, яке забезпечить підтримку державного фінансування охорони здоров'я, зокрема на рівні обов'язкового медичного страхування;

- удосконалення системи страхування і, на основі світового досвіду, впровадження змішаного виду медичного страхування в Україні;

- створення конкурентоспроможної змішаної системи медичного страхування, яка забезпечила б надходження іноземних інвестицій в медичну галузь та систему страхування.

Ці кроки, з нашої позиції, забезпечать системний підхід до реформування охорони здоров'я, гарантують фінансову стабільність і високий рівень медичних послуг для населення.

Для ефективного впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні необхідно вжити низку організаційних заходів, серед яких важливими є:

- створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг шляхом прийняття законодавчих актів щодо обов'язкового соціального медичного страхування;

- формування умов для розвитку добровільного медичного страхування як ефективного доповнення до обов'язкового, що забезпечуватиме покриття витрат на медичну допомогу понад або в межах обсягу, визначеного програмами обов'язкового страхування;

- сприяння підвищенню зацікавленості роботодавців у збереженні здоров'я своїх працівників через економічні стимули для вкладень у добровільне медичне страхування;

- законодавче врегулювання питання щодо можливості для роботодавців враховувати витрати на сплату страхових внесків за договорами добровільного медичного страхування своїх працівників у собівартості продукції;

- підвищення надійності страхових компаній, що працюють у системі добровільного медичного страхування, шляхом чіткого визначення вимог до їхнього ліцензування;

- забезпечення стабільних фінансових надходжень у систему добровільного медичного страхування та підвищення зацікавленості медичних установ, роботодавців і громадян через створення уніфікованої системи класифікації та ціноутворення на медичні послуги;

- контроль за дотриманням єдиних стандартів медичними установами, що працюють у системі добровільного медичного страхування, незалежно від їх підпорядкованості чи організаційної форми.

Ці заходи дозволять створити умови для ефективного забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для населення, зменшити навантаження на державний і місцеві бюджети, а також скоротити частку тіньової медицини. Крім того, вони допоможуть уникнути необґрунтованих витрат на додаткові медичні послуги, сприятимуть поліпшенню фінансового стану медичних установ та підвищенню довіри до системи медичного обслуговування.

Таким чином, запровадження загальнообов'язкового медичного страхування сприятиме збільшенню фінансових надходжень у сферу охорони здоров'я, оптимізації їхнього використання, забезпеченню високоякісної медичної допомоги для кожного громадянина та розвитку добровільного медичного страхування.

ВИСНОВКИ

В даному дослідження досягнуто її мету – вироблення пропозицій щодо розвитку напрямів реформування системи охорони здоров'я в Україні на основі аналізу та узагальнення закордонного досвіду й моделювання перспектив медичного страхування в медичній сфері. У широкому сенсі під охороною здоров'я доцільно розглядати галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Метою будь-якої системи охорони здоров'я є доступність і якість медичної допомоги, медичних послуг, медичного обслуговування. Дослідження реформування системи охорони здоров'я дало можливість зробити ряд висновків.

Відповідно до мети роботи було вирішено такі завдання:

1. З'ясовано поняття, види та принципи соціального страхування. Система органів влади, медичних закладів різної форми власності та відносини що виникають при організації надання медичних послуг населенню можна вважати системою охорони здоров'я. Ідеальної системи охорони здоров'я не існує в жодній країні, навіть у тій, де вона вважається найкращою. Проведення реформи системи охорони здоров'я у всі часи мало на меті побудову ефективної і доступної системи охорони здоров'я, що відповідає потребам населення. Реформи здійснюються як відповідь на виклики та запити населення у наданні якісних медичних послуг. Реформи медичної галузі для усіх країн передбачають підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

2. Описано зарубіжний досвід основ побудови та реформування системи охорони здоров'я. Узагальнення підходів науковців щодо визначення поняття «медичне страхування», а також визначення, що

наведені у законодавчих актах указують на неоднозначне сприйняття даного поняття а відповідно і на складність державного управління та регулювання таким видом відносин. Під медичним страхуванням слід розуміти форму особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів та комплекс відносин щодо здійснення такого страхування. Існують два основні види медичного страхування: обов'язкове та добровільне. Розвинені системи охорони здоров'я в демократичних країнах характеризуються наявністю медичного страхування, яке включає як добровільне так і обов'язкове медичне страхування, тобто ґрунтуються на їх поєднанні, і які впроваджені згідно ряду принципів, зокрема принципом солідарності та еквівалентності.

3. Досліджено нормативно-правове забезпечення медичних реформ в Україні. Здійснення реформ у системі охорони здоров'я в Україні характеризується поспішністю, фрагментарністю і непослідовністю. Реальні реформи системи охорони здоров'я в Україні розпочалися з великим запізненням порівняно з іншими пострадянськими країнами – майже через два десятиліття після проголошення незалежності. Розпочата у 2016 р. реформа охорони здоров'я характеризується недостатньою системністю та наступністю і має фрагментарний характер, що значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики при здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин в нормативно-правовому забезпеченні реформ, перш за все недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я.

4. Розглянуто стан медичного страхування в Україні. Медичне страхування не має ще досконалої нормативно-правової бази, якої потребує. Ефективне запровадження медичного страхування неможливе без створення відповідного законодавчого забезпечення. В Україні лише

планується введення обов'язкового державного медичного страхування. І хоча існує певна правова передумова запровадження системи обов'язкового медичного страхування.

Основними шляхами реформування системи охорони здоров'я мають стати: сучасний механізм стратегічної закупівлі послуг у сфері громадського здоров'я, зокрема, щодо імунопрофілактики та попередження неінфекційних хвороб; перехід від фінансування постатейних кошторисів до закупівлі конкретизованих пріоритетних послуг; розробка освітніх програм та запровадження тематичних тренінгів з питань здорового способу життя; розширення послуг із супроводу та профілактики ВІЛ; трансформація спеціалізованої та високоспеціалізованої медицини; підготовка управлінських кадрів зі специфічними знаннями як управлінськими так і медичними.

Удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинно бути спрямовано на: удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб; впровадження в установленому порядку укладення трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками; реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу.

Професіоналізм управлінця системи охорони здоров'я має забезпечити: якісне виконання посадових обов'язків; стабільність сектора, за який він безпосередньо відповідає; постійну готовність до підготовки та реалізації рішень зі складних завдань; можливість підвищення своєї кваліфікації тощо; професійне виконання спеціальних завдань і функцій, пов'язаних з управлінською діяльністю; галузеве спрямування на основі здобутого досвіду.

5. Проаналізовано сучасне кадрове забезпечення управління охороною здоров'я як напрям медичної реформи в Україні. Для впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні насамперед

потрібно підготувати як законодавчу, так і матеріальну базу, узгодити всі механізми, аби в подальшому не допустити погіршення стану функціонування системи охорони здоров'я, врахувати всі переваги й ризики на досвіді інших країн, також створити Єдиний державний банк медичного страхування, який акумулюватиме всі надходження та розпоряджатиметься ними.

Необхідним для впровадження обов'язкового медичного страхування необхідне проведення ряду заходів організаційного характеру, у тому числі, прийняття нормативно-правових актів, які б забезпечили вирішення таких важливих проблем як: забезпечення конкурентного середовища на ринку медичних послуг у разі прийняття законодавчих актів з питань обов'язкового соціального медичного страхування; створення умов розвитку добровільного медичного страхування в якості ефективного доповнення до обов'язкового соціального медичного страхування, яке б забезпечувало покриття витрат за надання медичної допомоги, понад або в межах обсягу і рівня, визначених програмами обов'язкового соціального медичного страхування; посилення зацікавленості роботодавців у турботі про збереження здоров'я своїх працівників тощо.

6. Запропоновано та обґрунтовано напрями імплементації системи медичного страхування в Україні. Медичне страхування, враховуючи складність і велику соціальну значущість системи охорони здоров'я, передбачає певну етапність та введення трьох рівнів медичного страхування: перший рівень за рахунок бюджетних коштів, другий рівень за рахунок обов'язкового медичного страхування, що проводиться на першому етапі на протязі двох років державною страховою компанією, а на другому етапі з підключенням недержавних страхових компаній та третій рівень за рахунок добровільного медичного страхування.

Для реформування та побудови ефективної системи охорони здоров'я населення України має бути розроблена система заходів щодо забезпечення достатнього рівня надання медичних послуг, формування державно-

управлінського менеджменту галуззю охороною здоров'я на нових засадах, продовження розвитку недержавного та введення обов'язкового державного медичного страхування, передбачення медичних субсидій для найменш захищених верств населення, всебічного розвитку існуючої системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України «Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2017 році». Київ : НІСД, 2017. 928 с.
2. Базилевич В. Д. Страхування : підручник. Київ : Знання-Прес, 2008. 1019 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Bazylevych_Viktor/Strakhuvannia.pdf (дата звернення: 18.11.2024).
3. Баранник Л. Б., Сальникова Т. В. Медичне страхування у реформуванні системи охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2022. Вип. 46. С. 1-7. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-46-47>.
4. В Україні автономізовано 70% спеціалізованих закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Опубліковано 13 листопада 2019 р. о 11:07. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/v-ukrayini-avtonomizovano-70-specializovanih-zakladiv-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 18.11.2024).
5. Видатки на охорону здоров'я у 2024 році зростуть на 31 млрд грн порівняно з минулим роком, – Прем'єр-міністр. Департамент комунікацій Секретаріату Кабінету Міністрів України. Опубліковано 5 січня 2024 р. о 17:18. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vydatky-na-okhoronu-zdorovia-u-2024-rotsi-zrostut-na-31-mlrd-hrn-porivniano-z-mynulym-rokom-premier-ministr> (дата звернення: 18.11.2024).
6. Внукова Н. М., Временко Л. В., Успенко В. І. Страхування: теорія та практика : навч. посіб. За заг. ред. Н. М. Внукової; 2-ге вид., перероб. та доп. Харків : Бурун Книга, 2009. 656 с.
7. Вороніна О. О. Наукові підходи до визначення сутності медичного страхування. Глобальні та національні проблеми економіки. Ел. наук. фахове вид. Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського. 2015. № 8. С. 733-737.
8. Господарський кодекс України від 16 січня 2003 р. № 436-IV. Редакція від 3 вересня 2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
9. Григораш Т. Ф., Кириченко Ю. П. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні. Економічний простір. 2011. № 56/2. С. 138-148.
10. Губар О. Є. Медичне страхування в фінансовому забезпеченні соціальних гарантій населенню. Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит». Київ, 2004. 23 с.
11. Декларації з лікарем «первинки» уклали понад 30 млн українців. Ункрінформ. Четвер, 14 листопада 2024 р., 17:51. URL:

- <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3866815-deklaracii-z-likarem-pervinki-uklali-ponad-30-miljoniv-ukrainciv.html> (дата звернення: 18.11.2024).
12. Журавка О. С., Босак І. Л., Кубах Т. Г., Мордань Є. Ю. Аналіз та прогнозування розвитку ринку добровільного медичного страхування в Україні. Вісник СумДУ. Серія «Економіка». 2022. № 2. С. 50-58.
13. З 1 січня починає діяти Програма медичних гарантій на 2024 рік. Національна служба здоров'я України, (Опубліковано 1 січня 2024 р. о 16:01). Урядовий портал Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/z-1-sichnia-pochynaie-diiaty-prohrama-medychnykh-harantii-na-2024-rik> (дата звернення: 18.11.2024).
14. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 р. № 16/98-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1998. № 23. Ст. 121). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/16/98-вр#Text>
15. Закон України «Про збір та облік єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 8 липня 2010 р. № 2464-VI. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, № 2-3, ст.11. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2464-17#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
16. Закон України «Про страхування» від 18 листопада 2021 р. № 1909-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1909-20#top> (дата звернення: 18.11.2024).
17. Інформація про стан і розвиток страхового ринку. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг. URL: <https://www.nfp.gov.ua/ua/Ohliadstrakhovoho-rynku.html> (дата звернення: 17.11.2024).
18. Кияшко А. Медична реформа в Україні: ласкаво просимо чи страховщикам вхід заборонено? URL: <https://forinsurer.com/public/19/04/23/4845> (дата звернення: 18.11.2024).
19. Коба Н. М., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця В. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. Український науково-медичний молодіжний журнал. 2012. № 2. С. 16-22.
20. Коваленко О. Наближення засад підготовки сучасних керівних кадрів з охорони здоров'я України до світових стандартів. Державне управління та місцеве самоврядування. 2016. Вип. 2 (29). С. 143-146.
21. Конституція України Закон від 28 липня 1996 р. № 254к/96 ВР. Редакція від 30 вересня 2016 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text> (дата звернення: 8.06.2024).
22. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Економіка і менеджмент. 2017. Вип. 24(2). С. 39-43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmgu_eim_2017_24%282%29__11.

23. Крушельницька О. В., Мельничук Д. П. Управління персоналом : навч. посіб. К: Кондор, 2003. 296 с.
24. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52). С. 5-11.
25. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1. С. 5-23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3.
26. Малагардіс А., Рудий В. Автономізація, закупівля медичних послуг та глобальний бюджет у лікарнях. Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління в сфері охорони здоров'я в Україні». Посібник № 7. Київ, 2007. 61 с.
27. Медичне страхування. URL: <https://med-insurance.com.ua>.
28. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. Ел. фах. Видання. 2018. № 11. С. 1-7. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.22 (дата звернення: 18.11.2024).
29. Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравоохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. Ел. фах. Видання. 2018. № 11. С. 1-7. С. 3. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf. DOI: 10.32702/2307-2156-2018.11.22 (дата звернення: 18.11.2024).
30. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-п#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
31. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія. Схвалено робочою групою з питань реформування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84 с. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001282-17#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
32. Нагайчук Н. Г. Формування системи добровільного медичного страхування в умовах ринкової економіки. Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 08.04.01 «Фінанси, грошовий обіг і кредит». Київ, 2006. 22 с.
33. Надута Г. Н., Надутый К. А., Жаліло Л. І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я на регіональному рівні та на рівні місцевого самоврядування на основі принципів громадянського суспільства : матеріали Всеукраїнської науково практичної конференції (6-

7 листопада 2003 р., м. Комсомольськ). Кременчук : Вид во «Християнська зоря», 2004. С. 61-66.

34. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування. FORINSURER (Форіншурер) – журнал про страхування та іншуртех: новини страхового ринку, рейтинги надійних страхових компаній та банків. URL: <https://forinsurer.com/public/02/12/12/155>.

35. Огляд страхового ринку України за I півріччя 2022 р. Національний банк України. Управління нагляду за страховим ринком Департамент нагляду за ринком небанківських фінансових послуг. 22 вересня 2022 р. URL:

https://bank.gov.ua/admin_uploads/article/Огляд_стан_страхового_ринку-нагляд_pr_2022-09-23.pdf?v=9 (дата звернення: 18.11.2024).

36. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні : спільний звіт. Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ : Вид во Раєвського, 2016. 168 с.

37. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503> (дата звернення: 18.11.2024).

38. Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 19. С. 76-83.

39. Поліщук Є. М. Медичне соціальне страхування: проблема системи потребує системного вирішення. Соціальне страхування. 2008. № 2. С. 13-16.

40. Понад 31,8 млн українців обрали свого лікаря: як знайти спеціаліста та укласти декларацію (19 травня 2024 р.) Трибуна Сумщини. URL: <https://trybuna.sumy.ua/instructions/ponad-318-mln-ukrayincziv-obraly-svogo-likarya-yak-znajty-speczialista-ta-uklasty-deklaracziyu/> (дата звернення: 18.11.2024).

41. Примірне положення про госпітальний округ : наказ МОЗ України від 20 лютого 2017 р. № 165. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0165282-17#Text> (дата звернення: 18.11.2024).

42. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 21.11.2024).

43. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2018 р. № 1977. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1977282-18#Text> (дата звернення: 18.11.2024).

44. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» : наказ МОЗ України від 11 травня 2016 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-16#Text> (дата звернення: 22.06.2018).
45. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751 : наказ МОЗ України від 29 грудня 2016 р. № 1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
46. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 22.06.2024)
47. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-п#Text> (дата звернення: 17.11.2024).
48. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення : постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-п#Text> (дата звернення: 17.11.2024).
49. Про затвердження переліку та складу госпітальних округів в областях : розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 березня 2017 р. № 201-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/201-2017-п#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
50. Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік : постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-п#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
51. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів : постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-п#Text> (дата звернення: 22.06.2024).
52. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
53. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : закон України від 7 липня 2011 р. № 3612 17. URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text> (дата звернення: 18.11.2024).
54. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#Text> (дата звернення: 22.11.24)
55. Проект Закону про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів 6327 від 10.04.2017. Номер, дата акту 2168-VIII від 19 жовтня 2017 р. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566
56. Проект Закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні № 4981-2 від 2 серпня 2016 р. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59862 (дата звернення: 18.11.2024).
57. Проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» (Повторне третє читання). URL: <https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/pt/reports.leftcol?ptid=2518> (дата звернення: 18.11.2024).
58. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 15. С. 95-98.
59. Сова О. Ю. Сучасний стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні. URL: https://library.krok.edu.ua/media/library/category/statti/sova_0019.pdf. С. 1-21. С. 7 (дата звернення: 18.11.2024).
60. Соловей С. Визначення світових моделей запровадження медичного страхування. Публічне управління: концепції, парадигма, розвиток, удосконалення. 2023. № 5. С. 131-140.
61. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян. Автореф. дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.00.08 «Гроші, фінанси і кредит». Київ, 2009. 18 с.
62. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/Стратегія/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf> (дата звернення: 18.11.2024).
63. Філіпенко А. В, Ольвінська Ю. О. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу. Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень : матер. студ. наук. конф. 2014-2015 н. р. Одеса, ОНЕУ. С. 91-97. URL: <http://dspace.oneu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/3518/1/Порівняльний%20аналіз%20медичного%20страхування%20в%20країнах%20світу.pdf>
64. Януль І. Є. Перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Економіка та держава. 2021. № 4. С. 87-91. URL: http://www.economy.in.ua/pdf/4_2021/17.pdf (дата звернення: 18.11.2024).

65. Lekhan V., Rudyi V., Shevchenko M., Kaluski D. N., Richardson E. Ukraine: Health System Review. Health Systems in Transition. 2015. № 17 (2). 154 p. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106880/>
66. Lekhan V., Rudyi V., Shishkin S. The Ukrainian Health Financing System and Options for reform. A thorough Analysis of the Health Care Financing System in the Ukraine and Suggestions for feasible Changes. 2007. 33 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/349676>. (дата звернення: 22.11.2024).