Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування

кафедра публічного управління та адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри публічного управління та адміністрування
_____ О.Н. Євтушенко
“____” _____2024 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти
магістр

на тему: **АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я В УКРАЇНІ**

Керівник: кандидат наук з державного управління, доцент
Штирьов Олександр Миколайович

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко Олександр Никифорович

Виконав: студент VI курсу групи 639МЗ
Тищук Андрій Іванович

Спеціальності: 281 «Публічне управління та адміністрування»

ОПП: «Публічне управління та адміністрування»

Миколаїв – 2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 6
1.1. Стан наукової розробки проблеми дослідження напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я 6
1.2. Медичний сектор: законодавчий і практичний аспект……..…14
Висновки до першого розділу……..20
РОЗДІЛ 2. РОЗВИТОК СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 22
2.1. Особливості реформування державної політики у сфери охорони здоров'я в України 22
2.2. Нормативно-правове забезпечення державного регулювання медичної сфери 33
2.3. Аналіз сучасного стану досвіду країн світу у сфері охорони здоров'я 43
Висновки до другого розділу…….....54
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СУЧАСНОМУ СТАНІ 56
3.1. Реалізація основних механізмів сфери охороно здоров'я ……...56
3.2. Пріоритетні напрями удосконалення системи державного управління в сфері охорони здоров'я 69
3.3. Вплив та наслідки війни на сферу охорони здоров'я……74
Висновки до третього розділу…….85
ВИСНОВКИ 86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Охорона здоров'я є однією з найважливіших функцій соціалістичної держави. Навіть невеликі зміни в самій системі та в цілому впливають на здоров'я населення. Завдання державних інституцій - моделювати майбутнє таким чином, щоб розвиток продовжувався, забезпечувати стабільність, незважаючи на зміни зовнішнього середовища, та долати кризи з мінімальними фінансовими та людськими втратами.

Початок радикальної реформи у сфері охорони здоров'я припав на 2014-2015 роки і був спрямований на повний перехід від старої системи до нової страхової системи охорони здоров'я. Реформа все ще триває, незважаючи на те, що вона повинна була завершитися протягом п'яти років. Складність остаточного завершення реформи пов'язана з неможливістю адаптації до мінливих глобальних реалій та взаємопов'язаністю сектору охорони здоров'я майже з усіма сферами державного управління. Одним з головних викликів державної політики є організація ефективного сектору охорони здоров'я: у 21 столітті, коли розвиток відбувається максимально швидко в усіх сферах життя, сектор охорони здоров'я функціонує недостатньо ефективно, а реформи, покликані вирішити всі проблеми у сфері охорони здоров'я, не встигають завершитися вчасно. Нові виклики, такі як епідеміологічна ситуація та воєнні дії, загострили існуючі проблеми. В умовах обмежених економічних ресурсів успішна політика у сфері охорони здоров'я можлива лише за умови максимально ефективного регулювання.

Питання державного управління сфери охорони здоров’я досліджували: Н.Б. Болотіна, В.О. Галай, З.С. Гладун, Б.О. Логвиненк, Р.А. Майданик, Я.Ф. Радиш, Л.О. Самілик, В.Ю. Стеценко, М.І. Хвисюк, Я.М. Шатковський та інші вчені.

Метою роботи є розробка та обґрунтування теоретико-методичних аспектів розвитку системи охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних завдань:

- охарактеризувати методологію адміністрування у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати етапи становлення галузі охорони здоров'я;
- визначити основні особливості реформи охорони здоров'я;
- описати основні тенденції реформування системи охорони здоров'я;
- дослідити досвід розвинених країн у реформуванні системи охорони здоров'я;
- виокремити основні проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- виявити напрями вдосконалення сфери охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати вплив війни на сферу охорони здоров'я.

Об’єктом дослідження є система охорони здоров’я на сучасному етапі.

Предметом дослідження є аналіз сучасного стану системи охорони здоров’я.

Наукова новизна полягає у комплексному підході до дослідження питань соціального захисту внутрішньо переміщених осіб. Систематизовано сучасний підхід до соціального захисту внутрішньо переміщених осіб, проаналізовано правові та організаційні аспекти надання соціальної допомоги та сформовано практичні рекомендації щодо вдосконалення цієї системи. Крім того, в роботі враховано специфіку військових дій в Україні та їх вплив на внутрішньо переміщених осіб, що дозволяє розробити більш адаптивні та ефективні стратегії соціального захисту.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці рекомендацій та практичних підходів щодо вдосконалення системи соціального

захисту внутрішньо переміщених осіб. Впровадження розроблених рекомендацій сприятиме підвищенню рівня соціального захисту ВПО, зниженню їх соціальних ризиків та покращенню якості життя. У навчальному процесі для підготовки лекційного матеріалу з дисциплін «Місцеве самоврядування», «Державне будівництво та місцеве самоврядування в Україні» й ін.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

Особистий внесок. Кваліфікаційна робота є самостійним завершеним дослідженням. Визначені та обґрунтовані в кваліфікаційній роботі наукові положення, висновки та пропозиції, одержані практичні результати є особистим внеском магістранта.

Апробація результатів. Результати дослідження доповідалися й обговорювалися на конференції : Могилянські читання – 2024: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: глобальний, національний та регіональний аспекти : 6–10 листоп. 2024 р., м. Миколаїв, на тему «Аналіз сучасного стану системи охорони здоров’я в Україні».

Структура й обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, які об’єднують вісім підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 98 сторінки. Список використаних джерел налічує 78 найменувань. Робота містить 3 таблиці.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Стан наукової розробки проблеми дослідження напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я

Система охорони здоров'я - це створена, використовувана, керована, функціональна, багаторівнева система реалізації комплексу медико-соціальних заходів для забезпечення здоров'я населення. Основним напрямком діяльності держави у сфері охорони здоров'я є розвиток системи охорони здоров'я. На сучасному етапі основним напрямком діяльності органів управління у сфері охорони здоров'я є покращення функціонування галузі шляхом підвищення якості надання медичних та соціальних послуг. Важливу роль у цьому процесі відіграють місцеві органи влади, громадськість, юридичні особи та окремі об'єднання і організації.

Це пов'язано з тим, що інтенсифікація глобалізаційних та інтеграційних процесів зумовила необхідність враховувати соціальні процеси в різних країнах та шукати можливості для максимального використання потенціалу в процесі реформування та реструктуризації соціальних інститутів. Світова тенденція полягає в тому, щоб забезпечити громадянам лише базові потреби, такі як охорона здоров'я, інфраструктура та освіта, залишаючи основну відповідальність за покращення умов життя за громадянами, тобто на практиці такий підхід спрямований на запобігання поширенню утриманських настроїв та формування більш свідомого та відповідального громадянського суспільства. Саме тому побудова національної моделі соціальної держави потребує, насамперед,

розвитку Це механізм висхідної соціальної мобільності та формування соціального розвитку цілої групи населення на основі соціального законодавства.

У своєму дослідженні Кшина стверджує, що у сфері охорони здоров'я державна політика України має бути зосереджена переважно на таких напрямах:

- збереження і зміцнення здоров'я населення та створення системи державного фінансування комплексних народногосподарських програм з обстеження і лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів;

- використання концептуальних засад подолання кризи в системі охорони здоров'я та повернення її до сталого розвитку;

- встановлення глобальних національних та локальних регіональних цілей; запровадження системи показників та критеріїв оцінки ефективності управління щодо переходу галузі охорони здоров'я на засади сталого розвитку;

- досягнення нових функціональних стандартів у закладах охорони здоров'я;

- розробка механізмів подолання медичної та демографічної криз, зниження смертності та забезпечення тривалості життя населення;

- забезпечення підвищення рівня профілактичної роботи в кожному закладі охорони здоров'я та покращення функціонування санітарно-епідеміологічних служб;

- підвищити рівень гігієнічної та санітарної культури населення та популяризувати здоровий спосіб життя.

Крім того, дослідники наголошують на необхідності включення адміністративних структур у процес трансформації та їх адаптації до реальних можливостей і викликів в існуючій системі охорони здоров'я [10,с.68].

Я.Радиш підкреслює, що регулювання державної політики в медичній сфері має здійснюватися у формі створення низки загальнодержавних рішень і зобов'язань щодо зміцнення та збереження здоров'я Українського народу.

Здоров'я українського народу має зберігатися, насамперед, шляхом здійснення низки правових, політичних, наукових, культурних, соціальних, організаційних, лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на захист національного генофонду, гуманітарного потенціалу, а також така діяльність має враховувати вимоги та потреби сучасних громадян, повинна здійснюватися в інтересах кожного громадянина і суспільства в цілому [6].

Крім базових, існують й інші підходи до розуміння стратегій удосконалення політики громадського здоров'я. Наприклад, на думку Чеканової, до переходу до формування нової системи державного управління застосовуються три основні підходи:

- перетворення медичних закладів на автономні недержавні організації, розширення мережі приватних приватних клінік та запровадження багатоканального фінансування з місцевих і державного бюджетів, добровільного страхування, ресурсів функціонуючих суб'єктів господарювання, благодійних фондів тощо. Наголошується на необхідності переходу галузі охорони здоров'я до ринкових відносин, вільної конкуренції та вільного ціноутворення;
- розподіл фінансових ресурсів між державними та приватними закладами охорони здоров'я здійснюється наступним чином. Державні заклади охорони здоров'я утримуються за рахунок місцевого та державного бюджетів, тоді як муніципальні та приватні заклади охорони здоров'я фінансуються місцевими громадами та громадянами;
- відродження системи охорони здоров'я, яка функціонувала до реформи, тобто скасування обов'язкового медичного страхування та сімейної медицини. Цей підхід передбачає розбудову старої системи охорони здоров'я та поступову адаптацію її до нових ринкових реалій.

Автор підкреслює, що другий підхід є найбільш раціональним і доцільним.

Він також передбачає запровадження єдиної методології та цінової політики в державному секторі та ліберальної політики в приватному секторі. Автор підкреслює, що конкуренція між можливими моделями побудови національної політики охорони здоров'я може стати рушійною силою їх вдосконалення, оскільки дає можливість обрати найбільш прийнятний концептуальний підхід і досягти високої ефективності [8].

У сьогоднішніх реаліях українська система охорони здоров'я пронизана об'єктивними та суб'єктивними проблемами, головним чином через відсутність ефективних регуляторних механізмів та існування управлінських практик, які перешкоджають її вдосконаленню. Тому О.Грициняк зосереджує увагу на основних ознаках такої недосконалості:

- неузгодженість та суперечливість нормативно-правової бази;
- відсутність узгодженого та комплексного підходу до управління сектором охорони здоров'я;
- відсутність збалансованої та обґрунтованої політики реформування сектору охорони здоров'я;
- недостатнє фінансування сектору охорони здоров'я; нецільове використання бюджетних коштів [35].

Таким чином, система охорони здоров'я, що нині діє в країні, поки що не має механізмів, які б гарантували надання якісної та ефективної медичної допомоги і задовольняли відповідні потреби населення[34]. Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я можна охарактеризувати як сукупність принципів, методів і підходів економічного, соціального, адміністративного та правового характеру, що реалізуються державою з метою забезпечення її ефективного розвитку. Основними цілями, які переслідують механізми державного регулювання, є:

- удосконалення підходів до організації та управління системою охорони здоров'я;

- забезпечення безоплатного надання медичної допомоги;

- підвищення якості та рівня надання медичних послуг населенню;

- створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг.

Інструменти державного регулювання, які сприяють досягненню цих цілей, можна умовно поділити за такими критеріями (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація інструментів державного регулювання сфери охорони здоров’я [34]

Ознака класифікації	Інструменти
За методом здійснення регулювання	Інструменти, що діють в рамках адміністративних методів, засоби, що функціонують в складі економічних методів.
За формою здійснюваного впливу	Засоби, що використовують в складі непрямих методів, засоби, що використовуються в складі прямих методів
За типом ринку	Інструменти регулювання ринку медичних послуг, інструменти регулювання ринку медичних технологій, обладнання, інструментів, освітніх послуг в сфері охорони здоров’я, тощо.
За напрямком застосування інструментів	Інструменти стимулювання розширення асортименту, інструменти стимулювання підвищення якості послуг.

Сучасна політика охорони здоров'я ґрунтується на ідеології реформування сектору охорони здоров'я, яке ВООЗ визначає як динамічний, сталий і цілеспрямований процес, що призводить до системних структурних змін. Іншими словами, реформа охорони здоров'я має бути організаційною, нормативно-правовою та економічною діяльністю, збалансованою з етичними вимогами, такими як загальний доступ до всіх форм медичної допомоги, її економічна доступність та справедливість розподілу серед різних соціальних груп.

Реорганізації сектору передує визначення стратегії реформування. Стратегія реформи є первинною основою і підпорядковує функції системи управління на всіх етапах.

Від розробки завдань та їх структуризації, до оцінки результатів і визначення відповідності цільовим показникам [38]. Перехід до нової методології управління передбачає застосування інтегрованого підходу, який включає в себе елементи творчості та інновацій, окрім базових наукових результатів. У цьому аспекті важливу роль відіграє аналіз ефективних прикладів міжнародного досвіду управління та реформування системи охорони здоров'я, а також відповідна професійна підготовка фахівців зі стратегічного менеджменту у відповідних галузях. У цій концепції люди відіграють важливу роль у покращенні та профілактиці власного здоров'я. Сучасні соціальні, екологічні та виробничі проблеми вимагають нових підходів до управління. Цей складний виклик забезпечується міждисциплінарною співпрацею та пошуком рішень. Реформи децентралізації передбачають перехід від централізованої адміністративної моделі до широкого кола суб'єктів, що діють на різних рівнях: національному (парламенти, міністерства, державні та муніципальні установи і відомства), соціальному (бізнес, профспілки та інші організації громадянського суспільства (включаючи лікарів, страхові компанії, благодійні організації, засоби масової інформації та окремих громадян), міжнародному (ООН, ЄС, Всесвітня організація охорони здоров'я) та ін.). Саме перехід до моделі співпраці, яка є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на всіх рівнях суспільства (компаній, профспілок та інших організацій громадянського суспільства, включаючи лікарів, страховиків, благодійні організації, ЗМІ та окремих громадян), позитивно впливає на ці процеси.

Це також означає, що суспільству в різних його основних формах надається можливість брати участь у виконанні управлінських функцій у цій сфері:

- управління системою охорони здоров'я та її зміцнення, тобто «управління охороною здоров'я;
- співпраця між сектором охорони здоров'я та іншими державними і приватними секторами задля спільного блага, тобто «стратегічне управління охороною здоров'я» [18].

Оскільки здоров'я стало чітко позиціонуватися як макроекономічний і політичний фактор у всіх сферах життя суспільства, все більше зусиль докладається до стратегічного управління охороною здоров'я.

Охорона здоров'я, різні державні установи, неурядові організації, бізнес та окремі громадяни все більше залучаються до стратегічного управління здоров'ям. Здоров'я є правом людини, важливим елементом добробуту, глобальним суспільним благом, питанням соціальної справедливості та рівності, а також ключовим компонентом економічного розвитку. Здоров'я все частіше визнається ресурсом і відповідальністю інших систем, таких як економіка, охорона навколишнього середовища, освіта, транспорт і продовольча система [19].

Національна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на поліпшення здоров'я та якості життя населення. Реалізація цієї політики вимагає низки національних і галузевих заходів.

В умовах реформування одним із ключових аспектів для запуску ефективного механізму регулювання сфери охорони здоров'я є створення повноцінної нормативно-правової бази. Важливою характеристикою правового механізму є його прив'язка до конкретної мети, тобто організована і взаємопов'язана сукупність, здатна забезпечити досягнення мети через правову реалізацію суб'єктами існуючих інтересів [50] На думку В. Пашкова, основним завданням державного регулювання сфери охорони здоров'я є дотримання охорони здоров'я полягає у дотриманні двох ключових аспектів. Політичний аспект полягає насамперед у досягненні економічних і соціальних цілей. За своєю

суттю він є нормативним, оскільки ґрунтується на загальноприйнятій системі цінностей і спрямований на вирішення конкретних політичних завдань та суспільних інтересів. Слід зазначити, що соціально-політичні питання у сфері охорони здоров'я є спільними для всіх сучасних держав і включають:

- справедливість і рівність доступу до всіх медичних послуг;

- соціальна солідарність: надання медичної допомоги через Національну службу охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування.

- економічна ефективність: досягається шляхом забезпечення фінансового обґрунтування витрат на охорону здоров'я;

- поінформованість населення з усіх питань охорони здоров'я;

- індивідуальний вибір постачальників медичних послуг.

Другий аспект управління стосується механізмів управління охороною здоров'я, які є змішаними за своєю природою, що відображає складність взаємовідносин між численними постачальниками послуг. До таких заходів відносяться Ефективне та раціональне використання людських і матеріальних ресурсів має насамперед технічний характер і передбачає регулювання:

- якості та ефективності (оцінка економічної ефективності клінічних втручань, тобто співвідношення витрат і результативності послуг);

- доступ пацієнтів до послуг через запровадження відповідної системи оподаткування;

- поведінки постачальників через націоналізацію лікарень, лікарняні кредити та взаємодію між лікарнями та службами первинної медичної допомоги;

- фармацевтичні ринки (встановлення індикативних цін);

- професійної діяльності у сфері охорони здоров'я (встановлення заробітної плати, ліцензійні вимоги) [16].

Таким чином, система управління змінами в охороні здоров'я повинна враховувати як чинні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів,

маючи на меті поєднати раціональний інституціоналізм з інноваційними підходами. Технологічні інновації мають значний вплив на економічні та організаційні інновації, які, в свою чергу, призводять до інформаційних інновацій. Опір змінам виникає через величезну кількість факторів, які значно ускладнюють процес. Для того, щоб зміни були успішними, ініціатори змін повинні розуміти ситуацію, в якій вони перебувають, і вжити необхідних заходів для управління змінами. Важливо зазначити, що створення нової культури вимагає зміни як процесів, так і мислення та ставлення. Зміни мають бути такими, що здатні протистояти труднощам, і такими, в яких у майбутньому можуть відбутися подальші покращення.

1.2. Медичний сектор: законодавчий і практичний аспект

Розвиток управління охороною здоров'я в Україні розпочався у 1992 році з прийняттям відповідного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-XII від 19 листопада 1992 року). Згодом Конституція України закріпила право всіх громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Виходячи з міжнародно-правового принципу, що право на життя і здоров'я є основоположним правом кожної людини, охорона здоров'я стала одним із пріоритетних напрямів державної політики України. Міністерство охорони здоров'я України стало центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, діяльність якого координується Радою Міністрів України відповідно до Положення про Міністерство охорони здоров'я України № 267 від 25 березня 2015 року (зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України № 90 від 24 січня 2020 року).

Після розпаду Радянського Союзу в 1991 році в Україні залишилася система охорони здоров'я, яка була повністю підпорядкована державним органам влади. Однак через її застарілість, безсистемність реформ, жорсткий централізований контроль та фінансування ситуація у сфері охорони здоров'я залишалася незадовільною. Сама система охорони здоров'я, яка була функціональною та ефективною за радянських часів, коли економіка була плановою, стала збитковою, коли економіка почала переходити від планової до ринкової. Концепція розвитку охорони здоров'я з'явилася головним чином через необхідність системного підходу до планування та реформування. Концепція визначила принципи та методи реформування галузі охорони здоров'я. Вперше була проведена велика робота з визначення реальних потреб галузі охорони здоров'я, змін у структурі фінансування тощо.

Ці реформи були спрямовані на підвищення функціональної ефективності сектору охорони здоров'я та раціоналізацію фінансових аспектів; основними викликами в період 1991-2000 років були запобігання руйнуванню існуючої системи та підтримання мінімального рівня соціальної захищеності в секторі охорони здоров'я. Негативними факторами існуючої системи на той час були, перш за все, відсутність відповідальності з боку лікарів, масштаби фінансових витрат і недостатня увага до ролі дільничних терапевтів як менеджерів охорони здоров'я.

У 2000-2010 роках до процесу реформування почали залучатися міжнародні організації та експерти, за допомогою яких були проведені аналітичні дослідження, спрямовані на визначення напрямів та механізмів реформування галузі охорони здоров'я. Однак комплексні реформи так і не були проведені. Однак комплексні реформи в Україні не були впроваджені до 2010 року; у 2013-2014 роках реформи були розпочаті в пілотних регіонах, таких як Вінницька, Дніпропетровська, Донецька та Київська області, де досліджувалися нові

фінансові, економічні та правові механізми. Крім того, у 2015 році Кабінет Міністрів України розпочав трансформацію реформи охорони здоров'я з метою покращення громадського здоров'я та фінансової стабільності шляхом впровадження сучасних технологій та підходів, підвищення ефективності застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісної медичної допомоги. Того ж року, відповідно до Стратегії сталого розвитку (Указ Президента України № 5/2015 від 12 січня 2015 року «Про Стратегію сталого розвитку “Україна - 2020”»), була розроблена Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Іншим важливим аспектом є запровадження у 2015 році цільового фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції та надання уряду повноважень щодо одночасного фінансування закладів охорони здоров'я з державного та/або місцевих бюджетів. Ключовою ідеєю цієї реформи була переорієнтація фінансування галузі охорони здоров'я, тобто перехід від фінансування існуючих закладів охорони здоров'я до фінансування закладів охорони здоров'я Ця реформа мала кілька цілей. Ця реформа мала кілька цілей:

- перенаправити державні кошти на закупівлю пріоритетних послуг;
- перерозподілити ресурси всередині системи таким чином, щоб кошти надходили до лікарень, які можуть надати якісну та своєчасну допомогу.

Використання цього принципу мало на меті створити конкуренцію, яка б стимулювала та заохочувала покращення якості медичних послуг.

У 2017 році уряд розпочав реалізацію цільових програм, спрямованих на задоволення потреб окремих категорій населення. Одним із прикладів таких цільових програм є програма «Доступні ліки». За цією програмою пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та діабетом II типу можуть отримати ліки безкоштовно або з незначною доплатою. Таким чином, цей етап реформи забезпечив доступність та адресність медичної допомоги.

Впровадження такої програми призвело до зміни порядку відпуску лікарських засобів та запровадження рецептурного порядку відпуску окремих позицій. Наступний етап медичної реформи розрахований до 2020 року і передбачає запровадження:

- гарантованого національного пакету медичних послуг;

- концентрація бюджетних коштів на державні гарантії на національному рівні шляхом створення центрального органу виконавчої влади - Національної служби здоров'я України (НСЗУ);

- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічних закупівель медичних послуг на контрактній основі;

- більшість закладів охорони здоров'я отримали статус некомерційних підприємств охорони здоров'я, запроваджено електронні системи охорони здоров'я (e-Health).

З метою забезпечення реалізації запланованого шляху реформування в Україні було прийнято та затверджено низку ключових документів, серед яких:

- Закон України від 19 жовтня 2017 року «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;

- Закон України від 14 листопада 2017 року «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (набув чинності 31 грудня 2017 року);

- План заходів з реалізації ініціативи щодо впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року (Розпорядження Кабінету Міністрів України № 821-р від 15 листопада 2017 р.);

- Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року «Про утворення Національної служби здоров'я України», № 1101; станом на 2017 рік кількість лікарень становила 1,7 тис. (без урахування відповідних закладів на тимчасово окупованих територіях).

Станом на 2017 рік в Україні налічувалося 1,7 тис. лікарень (без урахування відповідних закладів на тимчасово окупованих територіях) на 309 000 ліжок (73 ліжка на 10 000 населення). Лікарняна мережа України є однією з найбільших у Східній Європі і водночас найменш ефективною: 0,4 лікарні, 7,4 ліжка, 4,4 лікаря та 8,6 медсестер на 1 000 населення.

У 2018 році відбувся перший етап трансформації системи охорони здоров'я України. Ця трансформація торкнулася сектору первинної медичної допомоги. 97% комунальних закладів охорони здоров'я на первинній ланці перейшли на нову модель фінансування. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), визначена центральним органом виконавчої влади, була зареєстрована як юридична особа публічного права в березні 2018 року. Її основним завданням є реалізація державної політики та внесення пропозицій щодо вдосконалення державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Вона виконує функції замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Всім громадянам України, незалежно від місця проживання, була надана можливість підписати договір (декларацію) з лікарем, якому вони довіряють, про надання первинної медичної допомоги, що порушувало територіальний принцип надання медичної допомоги населенню З 01 липня 2018 року всі громадяни України отримуватимуть безоплатну медичну допомогу на рівні первинної медичної допомоги. Визначено перелік медичних послуг, які надаватимуться безоплатно.

У 2019 році за програмою «Доступні ліки» пацієнти зможуть отримувати ліки безкоштовно або з незначною доплатою за електронними рецептами. Завдяки новій моделі фінансування успішні заклади первинної медичної допомоги отримали більше фінансування. Це дозволило їм підвищити зарплати

персоналу, модернізувати обладнання та медичні установи. Також було запроваджено електронні інструменти, які дозволяють пацієнтам отримувати корисну інформацію онлайн.

Серед них - пошук найближчої до дому аптеки, де можна отримати «доступні ліки», перегляд переліку найближчих медичних закладів та вибір лікаря.

НСЗУ також реалізує програму медичних гарантій, яка передбачає надання медичних послуг з екстреної, первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги, паліативної допомоги та медичної реабілітації У 2020 році національна програма медичних гарантій була повністю реалізована, включаючи впровадження спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги (Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65 «Деякі питання реалізації державної програми медичних гарантій у 2020 році та першому кварталі 2021 року»). Були створені моделі для покращення секторів охорони здоров'я, які не були враховані в попередній версії медичної реформи (психіатрична та туберкульозна допомога), і ці заклади отримали право на фінансову підтримку. Були внесені наступні пропозиції Удосконалення нормативно-правової бази у сферах психіатричної допомоги, медичної реабілітації, паліативної допомоги, консультацій з тимчасової втрати працездатності, медико-соціальних консультацій, розробка відповідних правил та заходів, реалізація яких сприятиме підвищенню якості та доступності медичних послуг для населення та забезпечить реформування і розвиток галузі охорони здоров'я.

Важливими заходами реформи є посилення організаційної спроможності служби екстреної медичної допомоги України (закупівля 416 автомобілів та визначення індикаторів якості послуг) та затвердження порядку організації надання медичної допомоги пацієнтам з підозрою на гострий інсульт.

Важливим елементом трансформації сектору охорони здоров'я є формування національної політики щодо розвитку електронної охорони здоров'я та доступних цифрових медичних послуг в Україні. Зокрема, на виконання концепції розвитку електронної охорони здоров'я, затвердженої на період до 2020 року, затверджено низку нормативно-правових актів.

Кожному етапу трансформації системи охорони здоров'я передує розробка необхідних електронних інструментів, спрямованих на спрощення дій усіх учасників процесу трансформації та підвищення прозорості системи охорони здоров'я. Рівень комп'ютеризації закладів первинної медичної допомоги зріс з 3% до 97%. У найвіддаленіших селах лікарі підписують декларації з пацієнтами за допомогою комп'ютерів. У деяких населених пунктах таке спрощення досі недоступне через відсутність сучасних засобів зв'язку та інтернету. Розвиток електронних медичних карток уможливив автоматизацію надання медичних послуг та управління медичною інформацією для понад 31 мільйона українців та 4,5 тисяч медичних закладів.

За допомогою ЕСОЗ реалізуються програми медичних гарантій, укладаються електронні декларації з сімейними лікарями, виписуються електронні рецепти за програмою «Доступні ліки», видаються електронні направлення та ведеться електронна медична документація. Завдяки через e-Health запроваджено додаткові послуги, такі як виклик мобільних бригад для відвідування пацієнтів та дистанційні консультації з лікарями.

Висновки до першого розділу

У першому розділі цієї роботи проаналізовано методологію державної політики у сфері охорони здоров'я та зроблено такі висновки:

1. Управління змінами в системі охорони здоров'я має поєднувати як чинні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів, маючи на меті поєднання раціонального інституціоналізму з інноваційними підходами. Технологічні інновації мають значний вплив на економічні та організаційні аспекти, що, в свою чергу, призводить до інформаційних інновацій. Основною метою реформ було приведення системи охорони здоров'я до функціонального рівня, здатного надавати якісну та своєчасну медичну допомогу населенню. В центрі уваги таких реформ - найвища цінність життя та здоров'я людини, а тому всі зміни, що відбуваються в системі охорони здоров'я, мають здійснюватися таким чином, щоб підвищити доступність медичної допомоги, забезпечити рівність у праві на охорону здоров'я, реструктуризувати систему органів фінансування та підвищити раціональність використання ресурсів.

2. У розділі 1 також було проаналізовано історію розвитку української системи охорони здоров'я. На етапі становлення України як держави система охорони здоров'я була існуюча система охорони здоров'я була розроблена для планової економіки, яка була ефективною в колишньому Радянському Союзі, але не підходить для перехідної економіки

3. Аналіз етапів становлення сучасної системи охорони здоров'я показує, що поступове реформування, впровадження змін та автоматизація і комп'ютеризація процесів не тільки забезпечили функціональну реорганізацію системи охорони здоров'я, але й змінили підхід до фінансування галузі та надали можливості для вільної конкуренції як медичним організаціям, так і окремим медичним працівникам Можна зробити висновок, що це створило можливості для вільної конкуренції як для медичних організацій, так і для окремих медичних працівників. Крім того, були розроблені сучасні програми для забезпечення пацієнтів з певними захворюваннями безкоштовним доступом до медичної допомоги та ліків.

РОЗДІЛ 2. РОЗВИТОК СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Особливості реформування державної політики у сфери охорони здоров'я в України

Реформа системи охорони здоров'я продовжує стикатися зі складним викликом пандемії COVID-19, незважаючи на хороші результати, досягнуті в багатьох країнах. Однак ще до того, як виникла ця проблема, системи охорони здоров'я зіткнулися з низкою складних спільних викликів, які зберігаються і сьогодні. До них належать прогалини в охопленні та доступі, якість медичної допомоги, проблеми інтеграції та безперервності, дефіцит робочої сили, епідеміологічні переходи багатьох хронічних захворювань, загроза нових вірусів та інші «непередбачувані екзогенні шоки». На глобальному рівні всі системи охорони здоров'я також стикаються зі зростанням витрат на охорону здоров'я, проблемами стримування витрат і сталого фінансування [50], проблемами старіння населення і універсального охоплення. Крім того, технологічний прогрес і зростаючий суспільний попит на кращу, орієнтовану на людину медичну допомогу кидають виклик усталеним підходам до надання послуг, регулювання та управління. У відповідь на це країни постійно впроваджують інституційні та базові політичні реформи для вдосконалення своїх структур охорони здоров'я. Для політиків корисно використовувати досвід реформ в інших країнах при розробці та впровадженні політики у власних країнах.

Одним з найважливіших механізмів підвищення якості медичних послуг є посилення конкуренції. Ринкова конкуренція - це те, що спонукає постачальників медичних послуг пропонувати вищий рівень якості за нижчими цінами.

Конкурентні ринкові принципи та стимули для інновацій, як правило, покращують якість товарів і послуг та з часом знижують ціни, в тому числі ціни, скориговані на якість (ця особливість спостерігається в багатьох добре функціонуючих секторах економіки, але зазвичай не зустрічається на жорстко регульованих ринках охорони здоров'я [51]). . Однак там, де державна політика та нормативно-правові акти перешкоджають конкуренції, виробники можуть використовувати свою ринкову владу для підвищення цін, виробництва товарів і послуг нижчої якості або припинення інновацій. Іншими словами, за відсутності конкурентного тиску знижуються стимули до зниження цін, підвищення якості та впровадження інновацій. Оскільки частка держави у витратах на охорону здоров'я зростає з кожним роком, медичні ринки стають все більш вразливими до правил і норм, які стримують ринкові сили. Важливість ринкової конкуренції очевидна з наведених даних.

Існує поширена думка, що охорона здоров'я є «унікальною», і в певному сенсі так воно і є. Однак «унікальність» часто використовується для того, щоб припустити, що принципи вільного ринку домінують в інших основних секторах і що економічні закони не можуть бути застосовані до сфери охорони здоров'я. Існує багато причин, чому охорона здоров'я є унікальною, але найпоширенішими з них є: складність купівлі послуг; розрив у знаннях між пацієнтами та постачальниками медичних послуг (інформаційна асиметрія); економія на масштабах, притаманна сектору; і переважна залежність від фінансування третіх сторін. Слід зазначити, що державна політика підтримує деякі з цих особливостей, включаючи оплату послуг третіми сторонами. Хоча деякі з цих особливостей обмежують застосування принципів вільного ринку, загальне твердження про те, що сектор охорони здоров'я в цілому не може функціонувати в умовах вільного ринку, є неправильним. Слід також зазначити, що державна політика сприяє виникненню багатьох факторів, які перешкоджають

функціонуванню вільного ринку в секторі охорони здоров'я. Зокрема, уряди заохочували надмірні платежі третім особам, створювали контрпродуктивні бар'єри для входу на ринок, заохочували непрозоре ціноутворення, спотворювали інновації та накладали обмеження на відшкодування витрат на державні програми. Загалом, ці практики призвели до зменшення вибору, зниження конкуренції та дисфункціонування ринків з точки зору співвідношення ціни та якості, а основними викликами на шляху до ефективної реформи є:

- Невідкладна медична допомога. Частина витрат на охорону здоров'я пов'язана з наданням невідкладної допомоги, що не мотивує споживачів купувати послуги. Тим не менш, поширена думка про те, що весь сектор охорони здоров'я не функціонує за принципами вільного ринку, не є правильною. Більшість медичних послуг є рутинними або необов'язковими послугами, які можуть бути організовані ринком для покращення добробуту пацієнтів. Згідно з одним дослідженням, витрати на сектор невідкладної допомоги становлять близько 6% від загальних витрат на охорону здоров'я в США [41]. В іншому дослідженні 43% витрат на охорону здоров'я були віднесені до категорії «з власної кишені», а ще 11% - до витрат на рецептурні ліки [64]. Різниця між оплачуваними і неоплачуваними медичними послугами є важливою, і доцільно залишити модель нормальним ринковим економічним силам, де переважають оплачувані послуги. Державна політика і регулювання часто роблять прямо протилежне, активно перешкоджаючи застосуванню нормальних ринкових принципів до категорії платних медичних послуг, по суті, ставлячись до всього сектору як до служби екстреної медичної допомоги.

- Інформаційна асиметрія. Ще одним поширеним аргументом є те, що розрив у досвіді між продавцями (тобто постачальниками медичних послуг) і покупцями (тобто пацієнтами) створює ідею дезінформованого споживчого вибору.

Хоча це певною мірою так, те ж саме можна сказати і про інші ринки, які успішно функціонують на принципах вільного ринку. Дійсно, припущення про те, що медичні працівники зловживають пацієнтами, продаючи свої послуги, є незрозумілим для пацієнтів. Навіть якщо цей ризик виправданий, існують інші способи вирішити цю проблему, не відмовляючись від вільного ринку. Наприклад, на багатьох ринках, де існує різниця в досвіді між покупцями і продавцями, менш обізнана сторона може скористатися послугами незалежного консультанта, щоб бути поінформованою і приймати правильні рішення.

Економія на масштабах. Ще однією причиною протистояння ринковій системі охорони здоров'я є те, що охороні здоров'я притаманний ефект масштабу, який призводить до виникнення природних монополій і обмежує масштаби, в яких ринок може функціонувати належним чином. Наприклад, будівництво та оснащення закладів охорони здоров'я пов'язане з високими фіксованими витратами. Це створює економічний стимул для професіоналів створювати спільні клініки та використовувати свою цінову владу.

Платежі третіх осіб. Чому ринки охорони здоров'я не функціонують як інші економічні ринки, з прозорими цінами, чіткими показниками якості та торгівлею реальними цінами, скоригованими на якість з плином часу? Відповідь полягає, головним чином, у надмірній залежності від платежів третіх сторін і численних бар'єрах для входу на ринок, зумовлених державною політикою. На більшості інших ринків споживачі сплачують повну вартість товарів, які вони купують, і, швидше за все, ретельно зважують вартість товару порівняно з альтернативами. Активна купівля товарів споживачами заохочує конкуренцію за ціною та якістю. Платежі третім особам за звичайні, передбачувані та доступні товари зменшуються. Як наслідок, споживачі мають менше можливостей і стимулів ретельно обирати медичні послуги, порівнювати ціну і якість та обирати найбільш ефективного постачальника медичних послуг.

Це означає, що постачальники медичних послуг мають менше стимулів для інновацій та підвищення ефективності.

Загалом, консолідація на чітко визначених антимонопольних ринках може зашкодити конкуренції та споживачам. Ретроспективні дослідження злиттів у сфері охорони здоров'я надають переконливі приклади шкоди, завданої такими злиттями. Ці дослідження підтверджують, що антимонопольне законодавство ефективно використовується для запобігання накопиченню монопольної влади на ринках охорони здоров'я. Вони також можуть допомогти антимонопольним органам у виборі справ, які слід розглядати, і пояснити, як надмірні злиття перешкоджають конкуренції та завдають шкоди споживачам медичних послуг. Однак, певна державна політика, наприклад, закони про сертифікати потреб та сертифікати державної оцінки, можуть перешкоджати вступу на ринок та антимонопольному розгляду злиттів, що призводить до зростання концентрації на місцевих ринках охорони здоров'я.

Хоча згадані вище дослідження не є переконливими доказами того, що концентрація призводить до посилення домінування на ринку або підвищення цін, вони показують, що існує постійний потік транзакцій, які впливають на право власності на лікарні та медичні послуги. Враховуючи переконливі докази шкоди для споживачів від деяких процесів, спрямованих на зменшення конкуренції, ці тенденції концентрації підкреслюють необхідність постійного моніторингу з боку антимонопольних органів з метою виявлення та запобігання антиконкурентним діям. Більше того, там, де ринки стають концентрованими в результаті накопичення законної влади, усунення регуляторних бар'єрів для входу на ринок може сприяти стримуванню цього процесу.

На конкурентних ринках постачальники товарів і послуг реагують на ринкові сигнали, що прогнозують збільшення попиту на товари і послуги, і підвищують ціни. Це створює стимул для збільшення пропозиції послуг.

Державна політика, яка звужує доступ до кваліфікованих постачальників медичних послуг та спектр пропонованих ними послуг, може призвести до підвищення цін на медичні послуги, зменшення доступу до них та придушення переваг конкуренції та інновацій у сфері охорони здоров'я. Такі правила можуть також надмірно обмежувати типи та місцезнаходження медичних працівників, впливаючи на спектр медичних практик та послуг, що пропонуються.

Державне ліцензування та обмеження обсягу практики є загальними компонентами політики у сфері охорони здоров'я [48]. Ліцензування регулює вступ на роботу, оскільки працівники повинні отримати дозвіл від державного органу або затвердженої урядом регуляторної ради, перш ніж вони зможуть надавати певні послуги [65]. Для низки медичних професій державні органи ліцензування визначають мінімальні вимоги до освіти, підготовки та сертифікації, а також інші стандарти для тих, хто прагне отримати та підтримувати ліцензію на заняття певною професією або надання певної послуги [59].

«Якщо професія ліцензована, ця професія може виконувати багато дій, які іншим професіям заборонено виконувати. Закони та нормативні акти, як і інші правила охорони здоров'я та безпеки, можуть бути виправдані, якщо існує значний ризик заподіяння шкоди споживачам» [30].

Шляхи вдосконалення - Розширення сфери застосування практики, яка застосовується в досвіді інших країн:

- Країнам слід розглянути можливість внесення змін до своїх законів про обсяг практики, щоб дозволити всім надавачам медичних послуг практикувати на найвищому рівні ліцензування та з усіма можливими навичками;

- Країни повинні розглянути законодавчі та адміністративні пропозиції, щоб дозволити немедичним працівникам, які надають медичні та стоматологічні

послуги, отримувати пряму оплату за свої послуги за умови, що є докази, які підтверджують, що вони можуть надавати допомогу безпечно та ефективно;

- Країни повинні розглянути можливість скасування вимоги щодо суворих угод про спільну практику та нагляд;

- Країни повинні оцінити нові медичні професії, такі як стоматологія, і розглянути шляхи розширення ліцензування та обсягу практики, а також зниження витрат споживачів, забезпечуючи при цьому безпечну та ефективну медичну допомогу.

Однією з найбільш інноваційних сфер охорони здоров'я є телемедицина. Телемедицина охоплює широкий спектр послуг і технологій і є особливо ефективною, коли вона відтворює особисті консультації, прискорює вхідні дані від досвідчених лікарів, надає інформацію частіше, ніж особисті консультації, і забезпечує ситуації, коли можна оцінити цифрові зображення. Приклади медичних послуг, що надаються за допомогою телемедицини, включають психіатричні послуги, дерматологію, офтальмологію, неврологію, патологоанатомічні консультації та послуги безпосередньо для неповнолітніх.

Телемедицина часто збільшує кількість віртуальних постачальників послуг, розширює сферу їхнього впливу на нових постачальників послуг і сприяє сприятливій конкуренції. Як наслідок, телемедицина може посилити цінову і нецінову конкуренцію, зменшити транспортні витрати і покращити доступ до якісних медичних послуг. Дійсно, телемедицина має великий потенціал для покращення доступу в районах з недостатнім рівнем обслуговування. Однак різні регуляторні бар'єри заважають телемедицині повністю реалізувати свій потенціал. Державні закони і нормативні акти зазвичай вимагають, щоб постачальники послуг були ліцензовані в штаті, де знаходиться пацієнт, що обмежує надання телемедичних послуг за межами штату. Державні ліцензійні вимоги та обмеження сфери діяльності також є перешкодою для добре

розвинених, природних телемедичних послуг, таких як психіатрична та поведінкова допомога.

Іншим важливим аспектом є те, що зростання вартості медичних послуг частково зумовлене наявністю платежів третім особам, які віддаляють споживачів від справжньої ринкової ціни на медичні послуги. Історично склалося так, що споживачі не мають достатніх підстав шукати та купувати більш якісні та дешеві продукти та послуги через високі платежі третім особам. Замість цього, ставки відшкодування узгоджуються між третіми сторонами (зазвичай урядами та страховими компаніями) та постачальниками медичних послуг. А споживачі, як правило, отримують мало інформації про ціни на медичні товари та послуги. Суттєвої економії можна досягти, якщо споживачі активно обиратимуть свого постачальника медичних послуг. На відміну від галузі охорони здоров'я, яка зазвичай пропонує відносно однакові ціни для більшості споживачів, відшкодування за певні послуги значно варіюється залежно від сторонньої платіжної організації, з якою споживач веде переговори. Варто також зазначити, що споживачі можуть отримати нижчі ціни, сплачуючи за послуги готівкою [14]. Однак споживачам важко знайти інформацію про ціни.

Було доведено, що надання споживачам інформації про ціни та зміна фінансових стимулів, щоб вони могли брати більшу участь у прийнятті рішень у сфері охорони здоров'я, може знизити ціни, не впливаючи на якість. Однією з моделей збільшення участі споживачів є використання референтного ціноутворення. Референтне ціноутворення встановлює верхню межу суми відшкодування, яку платник заплатить за медичну послугу. Як правило, референтна ціна встановлюється відповідно до певного процентиля (наприклад, медіани) розподілу відшкодування витрат постачальників медичних послуг на ринку. Якщо учасник програми отримує медичну допомогу від постачальника послуг, який стягує вищу ціну, ніж референтна ціна, учасник несе

відповідальність за різницю в ціні. Розширення можливостей пацієнта: використання вибору для надання медичної допомоги в довгостроковій перспективі. Труднощі з доступом до даних про ціни та використання є перешкодою для вибору та конкуренції у сфері охорони здоров'я. Без прямого доступу до таких даних споживачі, навіть ті, що мають правильні стимули. Навіть споживачам, які мають правильні стимули, важко робити покупки за правильною ціною. У секторі охорони здоров'я існує величезна кількість даних, але пацієнти часто використовують їх найменше. Дані про медичні послуги включають інформацію про діагноз, процедури, лікування, роздрібну та амбулаторну торгівлю, а також місце надання послуг (наприклад, медичні заклади, лікарні). Доступність таких даних для платників, дослідників та інших осіб сприятиме детальному порівнянню довгострокових результатів лікування пацієнтів. Хоча жоден набір даних (дані про страхові випадки, клінічні дані тощо) не може охопити всі аспекти досвіду пацієнта, кожен з них має потенціал для додавання цінності. Наприклад, дані про страхові випадки все частіше визнаються центральними для розуміння довгострокових результатів лікування пацієнтів і вже використовуються деякими платниками для моніторингу ефективності лікування. Дані про звернення за медичною допомогою також можна використовувати для порівняння результатів на рівні популяції за різних моделей оплати та систем надання медичних послуг, що дозволяє системам охорони здоров'я оптимізувати медичну допомогу пацієнтам. Лонгітюдні дослідження важливі для кращого інформування пацієнтів про їхні медичні рішення та надання пацієнтам і медичним працівникам повної картини стану здоров'я пацієнтів. Такі дослідження стають більш складними, коли пацієнти з часом змінюють постачальників медичних послуг, і вимагають співпраці між платниками та постачальниками, щоб отримати максимальну користь від таких даних.

Ми сподіваємося, що ці дані дозволять платникам, роботодавцям та дослідникам краще визначити різницю в ціні та якості між постачальниками та платниками медичних послуг. Це, в свою чергу, допоможе роботодавцям та іншим сторонам розробити референтні ціни та механізми оплати для центрів досконалості. Крім того, дослідники та треті сторони можуть використовувати ці бази даних для розробки інструментів прозорості цін та вивчення результатів лікування пацієнтів у різних медичних закладах, послугах та методах лікування. Ці інструменти допоможуть пацієнтам знайти постачальників медичних послуг і доповнять часто застарілі довідники постачальників медичних послуг.

Це також може заповнити прогалину для споживачів, які не мають доступу до інструментів прозорості цін через свого постачальника медичних послуг, а для роботодавців - надати інструмент для порівняння цін між страховиками. Використання даних про страхові випадки може також зменшити непотрібне та марнотратне надмірне використання медичної допомоги, заощаджуючи гроші для споживачів, роботодавців та платників податків. Після того, як дані про страхові випадки стануть доступними у безпечний спосіб, на їх основі можна буде створювати додаткові аналізи, презентації та інструменти, які можна буде комерціалізувати. Це дасть змогу використати ринкові сили для підвищення доступності інформації про громадське здоров'я. Споживачі також могли б отримати доступ до зручної для користувача інформації про порівняння цін і вартості на потенційних веб-сайтах у сфері охорони здоров'я.

Адміністрація повинна продовжувати публікувати і розширювати доступ до даних про страхові випадки з федеральних програм охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок податків, і заохочувати приватні компанії та штати створювати зручні для споживачів веб-сайти, які можуть відображати інформацію про ціни на найпоширеніші транзакції. Адміністрація повинна працювати над забезпеченням технічної та фінансової доступності таких даних

для сторонніх прихильників прозорості, постачальників, розробників, дослідників, роботодавців, органів державної та місцевої влади, а також широкої громадськості. Держави повинні координувати зусилля для максимізації корисності даних про страхові випадки (згідно з усіма відповідними федеральними та державними законами про захист приватного життя), включаючи спрощення процесу звітності та використання стандартизованих форм звітності.

Можливість переміщення клінічної інформації про пацієнтів від існуючих постачальників до конкуруючих постачальників є важливою метою інтероперабельності і може сприяти конкуренції та розвитку нових проривних бізнес-моделей. Сьогодні цю можливість зазвичай називають «інтероперабельністю». Моделі ширшої інтероперабельності, включаючи мережі пацієнтів і платників, також дозволяють визначити постачальників медичних послуг, які забезпечують найкращі результати для певної процедури або лікування. Лікарі також зможуть переглядати інформацію про вартість ліків перед тим, як виписувати рецепти. Така інтероперабельність прискорить розробку споживчих додатків, які об'єднують медичні, вартісні та оздоровчі дані, щоб допомогти споживачам у прийнятті рішень щодо свого лікування. Покращена інтероперабельність також може розширити можливості споживачів, зменшивши витрати на перехід, яких зазнають пацієнти при зміні постачальників медичних послуг. Без інтероперабельності постачальники медичних послуг можуть використовувати витрати на перехід та бар'єри для входу на ринок, пов'язані з несумісними медичними інформаційними системами, щоб перешкоджати мобільності пацієнтів та конкуренції між постачальниками.

2.2. Нормативно-правове забезпечення державного регулювання медичної сфери

З моменту становлення України як незалежної держави спостерігається певна невідповідність між великою соціальною значущістю галузі охорони здоров'я, конституційним статусом права на охорону здоров'я та невиправдано низьким рівнем теоретичної розробленості галузевої правової системи у сфері охорони здоров'я. Відповідно, деякі дослідники вважають, що норми медичного права є частиною права соціального забезпечення і мають бути сформовані як самостійна галузь у результаті подальшого розширення та систематизації законодавства у сфері охорони здоров'я.

На нашу думку, обґрунтування самостійності медичного права має ґрунтуватися на таких концептуальних положеннях

- Як самостійна галузь, медичне право має свій предмет (відносини з приводу медичних відносин та медичних організацій) і метод правового регулювання;

- Його самостійність визначається суспільною потребою у правовій формі регулювання суспільних відносин у цій сфері;

- Самостійність визначається також використанням достатньої кількості правових норм і нормативних матеріалів для переходу до галузевого стану.

На думку А.Б. Габбасова, медичні відносини - це суспільні відносини, що виникають у процесі здійснення медичної діяльності (діагностики, лікування та профілактики захворювань) і характеризуються однорідністю та відносною самостійністю: нематеріальним, соціальним характером; публічним характером, оскільки медичні послуги є послугами, заснованими на публічному замовленні; прикладним забезпеченням (медичне обладнання, медичне обладнання, лікарські

засоби), особливий суб'єктний склад (пацієнт-лікар), нерозривність процесів «виробництва» і «споживання» медичної допомоги, процесуальний характер (здійснюється у певному стилі). Виходячи з цього опису, акцент на організаційно-управлінських аспектах медичних правовідносин спрощує розуміння системи надання медичних послуг з адміністративної точки зору, тобто як об'єкта управління.

Таким чином, якщо предметом медичного права, як зазначалося вище, є медичні відносини, відносини з приводу організації охорони здоров'я, то об'єктом медичних правовідносин є здоров'я особи і держави, а об'єктом організаційних медичних правовідносин - функціонування системи охорони здоров'я в цілому. Таким чином, організаційні медичні відносини - це велика група відносин, що виникають у процесі реалізації повноважень державних органів управління охороною здоров'я та медичних закладів, які організовують систему надання лікувально-профілактичної допомоги населенню.

Виходячи з предмета правового регулювання, А.Б. Габасов позиціонує медичне право як комплексний спосіб опосередкування вираження регулятивних норм різних правових галузей у регулюванні відносин у медичній сфері.

Інший підхід розглядає медичне право як комплексну галузь права (законодавства). Медичне право (право охорони здоров'я)

- це система нормативно-правових актів (норм), що регулюють організаційні, майнові та особисті відносини, які виникають у зв'язку із здійсненням санітарно-епідеміологічних заходів та наданням громадянам лікувально-профілактичної допомоги.

На думку Н. Борочиної, «медичне право» [1] - це галузь права, яка охоплює всі нормативно-правові акти, що регулюють суспільні відносини у медичній сфері в цілому. Така галузь права є комплексною і включає норми різних галузей

права (цивільного, адміністративного, фінансового, трудового, екологічного), які регулюють спільний предмет - охорону здоров'я людини.

Загалом, на думку С. Бугайцева [3], потреба українського суспільства у знаннях у сфері правового забезпечення діяльності з охорони здоров'я та системи управління нею на державному рівні зумовлена такими чинниками: збільшенням кількості нормативно-правових актів щодо системи охорони здоров'я в Україні, практичною діяльністю лікувально-профілактичних закладів потребами, де часто виникають медико-правові проблеми.

Частиною структури державного управління системою охорони здоров'я є правовий механізм. Цей механізм включає в себе нормативно-правову, інформаційну та технологічну складові. Він включає правове, інформаційне, матеріально-технічне, кадрове, фінансово-економічне, організаційне та психологічне забезпечення.

Фінансово-економічні елементи проявляються у формуванні та реалізації заходів щодо контролю за дотриманням законності учасниками ринку охорони здоров'я, зокрема фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я та її закладів.

Засобами, за допомогою яких виконавча влада здійснює комплексний вплив на учасників ринку охорони здоров'я, є нормативно-правові: укази, розпорядження Президента України, постанови Верховної Ради України, постанови, розпорядження Ради Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України та інших міністерств України, накази місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Використовуються нормативно-правові акти. Іншими засобами впливу на суб'єктів ринку медичних послуг можуть бути процес ліцензування та державний контроль за діяльністю медичних працівників (суб'єкт контролю - Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій) щодо дотримання нормативних стандартів надання медичних послуг.

Аналізуючи статтю 24 Конституції України про права і свободи громадян у галузі охорони здоров'я з точки зору предмета контролю, зрозуміло, що всі громадяни мають рівні конституційні права і свободи у цій галузі, не може бути обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мови. Не надаються привілеї чи обмеження за іншими ознаками. Однак більш поширеною та відомою є стаття 49 Конституції України, яка передбачає, що кожен має право на медичну допомогу, охорону здоров'я та медичне страхування. Крім того, законодавець зобов'язаний передбачати державні кошти на відповідні програми охорони здоров'я, оздоровлення та профілактики, забезпечувати створення ефективних і доступних для всіх громадян умов охорони здоров'я та надання безоплатної медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я [8, ст.ст. 24, 49].

Право на медичну допомогу також передбачено статтею 283 Цивільного кодексу України. У статті зазначено, що медична допомога надається організованою діяльністю держави та інших організацій, передбачених Конституцією і законами України. Конституційне право на медичну допомогу дозволяє кожному дієздатному громадянину обирати законні шляхи і способи досягнення повного фізичного, психічного і соціального благополуччя. Згідно з Цивільним кодексом України (стаття 283), окрім позитивної дії особи, мають бути дотримані ще три умови. А саме: громадянин повинен мати засоби для задоволення своїх законних інтересів і можливість вільно ними користуватися; повинна бути можливість вимагати відповідних позитивних дій від зобов'язаного суб'єкта; повинна бути можливість застосовувати засоби державного примусу у випадках порушення прав [20, ст. 283; Том 174, № 1, с. 469-470]. Право громадян на охорону здоров'я закріплено також у статті 6 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Зокрема, її положення про те, що

«кожен громадянин України має право на охорону здоров'я» передбачає, що [11, ст. 6]:

- життєвий рівень, необхідний для підтримання здоров'я людини, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування, що включає їжу, одяг, житло, медичний та соціальний захист;

- безпечне для життя і здоров'я довкілля

- санітарно-епідеміологічні умови життя і здоров'я на території проживання та в місці перебування;

- безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку;

- Доступну медичну та санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікарів та закладів охорони здоров'я;

- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я та здоров'я населення;

- брати участь в обговоренні проектів актів законодавства та вносити пропозиції щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я; та

- брати участь в управлінні охороною здоров'я та здійснювати громадську експертизу з цих питань у порядку, встановленому законом

- участь у громадських організаціях з метою сприяння розвитку охорони здоров'я

- правовий захист від будь-якої незаконної дискримінації за станом здоров'я

- Відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю

- оскарження неправомірних рішень та дій медичних працівників

- можливість проведення незалежної медичної експертизи у випадках незгоди з висновками державних медичних експертиз, застосування примусових заходів медичного характеру, а також в інших випадках, коли дії медичних працівників можуть обмежувати загальновизнані права людини і громадянина

[11, ст. 6]. Громадянам України, які перебувають за кордоном, гарантується право на охорону здоров'я в порядку та обсязі, передбачених міжнародними договорами України.

Загалом, чинну нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, в тому числі щодо реалізації права на охорону здоров'я, можна класифікувати за такими документами:

1) Конституція України;

2) міжнародне право, ратифіковане Україною;

3) цивільне право, кодифіковане право та українське законодавство;

4) Укази Президента України, Постанови Ради Міністрів України;

5) Рішення Конституційного Суду України;

6) відомчі нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України та інших міністерств і відомств, що стосуються системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги населенню;

7) нормативно-правові акти місцевих органів державної влади та управління з питань охорони здоров'я;

8) внутрішній розпорядок закладу охорони здоров'я.

Відповідно до Основного Закону України, утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави, а отже, пріоритетним напрямком її розвитку. Це положення знайшло своє відображення в основних принципах охорони здоров'я в Україні. А саме, визнання того, що охорона здоров'я є пріоритетною сферою діяльності суспільства і держави та одним з основних чинників виживання і розвитку українського народу [11, ст. 4]. Варто нагадати, що відповідно до статті 3 Конституції України зміст і спрямованість діяльності держави визначають права і свободи людини та їх гарантії, а людина, її життя і здоров'я визнаються найвищою соціальною цінністю [8, стаття 3].

Відповідно до чинного законодавства, основи державної політики у сфері охорони здоров'я формує Верховна Рада України. Формування такої політики здійснюється шляхом закріплення конституційних і законодавчих основ охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, визначення критеріїв та обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших органів регулювання, затвердження загальнодержавної програми охорони здоров'я [11, ст. 13]. Стаття. Реалізація державної політики охорони здоров'я, за яку несе персональну відповідальність Президент України, покладається на органи державної виконавчої влади. Так, до повноважень Кабінету Міністрів України належить формування та реалізація загальнодержавної програми, створення економічних, правових та організаційних механізмів, що сприяють ефективній діяльності у сфері охорони здоров'я, забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я, укладення міжурядових угод з питань охорони здоров'я та координація міжнародного співробітництва, а також у межах своїх повноважень видання в установленому порядку нормативно-правових актів з питань охорони здоров'я. Вона включає здійснення інших повноважень, покладених на національні органи виконавчої влади у цій сфері [11, ст. 14].

Недостатнє фінансування сектору охорони здоров'я в поєднанні з нестабільним, а подекуди й неадекватним адміністративно-правовим регулюванням системи є основною причиною проблем у національній системі охорони здоров'я. Наприклад, рівень медичної допомоги, що гарантується населенню, залишається нечітким, а тіньові платежі за медичні послуги є широко розповсюдженими. Оскільки вирішення першочергових завдань системи охорони здоров'я є першочерговим, перед адміністративною наукою постає питання розробки рекомендацій щодо вдосконалення управлінських та

організаційних форм цієї галузі та механізмів правового забезпечення її випереджаючого розвитку.

Основний закон України у сфері охорони здоров'я, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [11], по суті, є рамковим нормативно-правовим актом, а не законом прямої дії. Закон визначає лише чотири терміни: «здоров'я», «охорона здоров'я», «медична допомога» та «медичне обслуговування».

Іншими словами, він визначає лише чотири терміни: «здоров'я», «медична допомога», «заклади охорони здоров'я», «медична допомога» та «охорона здоров'я». Одним з основних завдань правового регулювання сфери охорони здоров'я є визначення повноважень державного та приватного секторів системи, але законодавство практично позбавлене правового регулювання відносин між фізичними та юридичними особами з різними формами власності. Проаналізовані документи не визначають цивільно-правову природу системи охорони здоров'я.

Правовідносини в системі охорони здоров'я мали б бути повністю охоплені Законом України «Про захист прав споживачів». Однак, аналізуючи цей закон [13], слід зазначити, що, розглядаючи лікарів як звичайних товаровиробників (надавачів послуг), він не враховує, що практична медична допомога не є діяльністю, яка ґрунтується на суворій науці, і що здоров'я як об'єкт медичної діяльності суттєво відрізняє медичні послуги від інших професійних послуг Закон не ґрунтується на принципі здоров'я як об'єкта медичної діяльності. Тому аналізований закон в цілому поширює свою дію на всі відносини, в яких беруть участь споживачі, і не зачіпає суті професійної медичної діяльності.

Відповідно до статті 16 Закону «Про місцеві державні адміністрації», місцеві державні адміністрації здійснюють державний контроль за дотриманням законодавства про охорону здоров'я, материнства і дитинства на відповідній території в межах, визначених Конституцією і законами України. Стаття 14

«Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади, а місцеві органи виконавчої влади реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законом. Стаття 15 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що Рада міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я в адміністративно-територіальних одиницях України. Крім того, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 752 від 28 вересня 2012 року «Про порядок здійснення контролю якості медичного обслуговування населення» передбачає, що цей порядок поширюється на Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління (головні управління) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Він поширюється на структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (далі - структурні підрозділи з питань охорони здоров'я), заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування (далі - заклади охорони здоров'я) та фізичних осіб - підприємців, які провадять медичну практику. Відповідно до Порядку, управління якістю медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього управління якістю медичної допомоги. Внутрішнє управління якістю медичної допомоги здійснюється керівництвом закладу охорони здоров'я, а зовнішнє управління якістю медичної допомоги - органами державного управління.

Управління якістю медичної допомоги відбувається у сферах структури, процесів та результатів медичної допомоги, організації медичної допомоги, управління виконанням управлінських рішень та дотриманням кваліфікаційних вимог до медичних працівників, у тому числі керівника закладу охорони здоров'я.

Управлінські рішення, дотримання кваліфікаційних вимог до медичних працівників, у тому числі керівника закладу охорони здоров'я, вивчення думки пацієнтів про надану медичну допомогу, забезпечення прав і безпеки пацієнтів під час надання медичної допомоги.

На завершення варто згадати ще один важливий стратегічний документ - Стратегію сталого розвитку «Україна-2020», затверджену Указом Президента України № 5/2015 від 12 січня 2015 року. Стратегія визначає низку реформ, які суттєво змінять пріоритети соціальної та, відповідно, медичної політики України, зокрема окреслює реформу соціального забезпечення, пенсійну реформу, реформу охорони здоров'я, програми здорового способу життя та довголіття [14]. Визначення характеру і тенденцій цих змін, безумовно, є найважливішою передумовою реформування існуючої моделі охорони здоров'я в цілому. На нашу думку, основними напрямками реформування в стратегічному огляді на перспективу мають стати:

- підвищення особистої відповідальності громадян за своє здоров'я;

- забезпечення вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості;

- надання адресної допомоги найбільш вразливим верствам населення;

- створення сприятливого бізнес-середовища на ринку охорони здоров'я.

Як видно з аналізу основних нормативно-правових актів України у сфері регулювання надання медичних послуг, нормативно-правова база потребує оновлення, а сама система охорони здоров'я - суттєвих змін у напрямку посилення соціальної відповідальності як отримувача, так і надавача медичної допомоги. Значною мірою це пов'язано з відсутністю політичного консенсусу щодо зміни положень статті 49 Конституції України. Стаття декларує, що медична допомога має надаватися безоплатно і без будь-яких обмежень, і що з цією метою не допускається скорочення інфраструктури охорони здоров'я. З цієї

причини обсяг і межі державної гарантії надання громадянам безоплатної медичної допомоги в Україні досі чітко не визначені. Тому необхідно модернізувати систему фінансування охорони здоров'я та досягти головних цілей - чітких і зрозумілих державних гарантій надання медичної допомоги, покращення фінансового захисту громадян у разі хвороби, ефективного та справедливого розподілу ресурсів, зменшення неформальних платежів та управління якістю медичної допомоги, тобто зробити так, щоб кожен громадянин, як потенційний отримувач медичної допомоги, відчував, що він отримує якісну та ефективну медичну допомогу. Кожен громадянин, як потенційний отримувач медичних послуг, повинен відчувати, що він отримує якісну та ефективну медичну допомогу.

2.3. Аналіз сучасного стану досвіду країн світу у сфері охорони здоров’я

У контексті охорони здоров'я регулювання можна визначити як «постійний і цілеспрямований контроль, здійснюваний державним органом над діяльністю, що цінується суспільством» [61]. Регулювання має два ключових взаємопов'язаних поняття і розглядається як зовнішній «нагляд» з використанням набору наказів/правил для «формування/впливу на поведінку» працівників охорони здоров'я [25]. У сфері охорони здоров'я, де потрібен вищий рівень відповідної експертизи та технічних знань, регулювання, перш за все, визначається в більш вузькому сенсі - обмежується наказами/правилами, що впроваджуються державними установами, наділеними юридичними повноваженнями. На додаток до законодавчого регулювання, регуляторні підходи включають добровільне саморегулювання та регулювання під керівництвом роботодавців, коли фахівці та постачальники медичних послуг

співпрацюють і домовляються про набір стандартів або кодексів практики, незалежних від законодавства [22]. Взяті разом, ці ширші регуляторні стратегії являють собою своєрідну «регуляторну піраміду», яка починається з переконання в основі більш широкої стратегії співпраці і поступово рухається вгору до більш карального підходу.

Якщо розглядати цей ширший контекст, то основною метою регуляторної професії, в тому числі в галузі охорони здоров'я, є забезпечення якості охорони здоров'я шляхом надання та моніторингу мінімально прийнятного стандарту медичної допомоги, а також забезпечення задоволеності громадськості якістю та безпекою медичної допомоги, що надається пацієнтам [66]. Нормативно-правові акти надають вказівки щодо встановлення найкращих практик та покращення діяльності через процес безперервного вимірювання та зворотного зв'язку. Однак регуляторні виклики у сфері охорони здоров'я виникли в усьому світі, значною мірою через мінливе середовище, що оточує медичну практику, на яке постійно впливає розвиток технологій і наукових знань, а також взаємовідносини між лікарем і пацієнтом. Довіра суспільства до лікарів також змінюється, частково через приклади недбалості, про які повідомляють ЗМІ.

Десять основних світових тенденцій у регулюванні охорони здоров'я на основі аналізу політики

1. зміни в регулюванні системи охорони здоров'я розглядаються як спосіб покращити якість надання медичної допомоги пацієнтам

2. регуляторна реформа охорони здоров'я потребує втручання уряду та законодавчих органів

3. створення спільних принципів політики, структур та регуляторних структур для різних професій є новою тенденцією

4. участь громадськості в радах директорів та дослідженнях стає все більш поширеною; і

5. регулювання охорони здоров'я переходить від моделі саморегулювання до регуляторної моделі, яка наголошує на партнерстві між професіоналами та громадськістю, а також між лікарями та пацієнтами

6. постачальники медичних послуг та інституційні регулятори відіграють нові ролі в регулюванні охорони здоров'я

7. переатестація/компетентність та верифікація/ресертифікація

8. регулювання впливає на якість медичної допомоги, а також на виявлення та лікування незадовільної роботи

8. слідчі та дисциплінарні функції все більше відокремлюються та організовуються незалежно.

9. безперервний професійний розвиток є обов'язковим для лікарів у багатьох юрисдикціях

10. випускники медичних шкіл за кордоном мають право практикувати в різних країнах по-різному.

1. зміни в медичному регулюванні розглядаються як спосіб покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам. У зв'язку зі зростаючими вимогами громадськості та пацієнтів до медичних стандартів і прозорості медичної практики, багато юрисдикцій прийняли регуляторні реформи у сфері охорони здоров'я, в тому числі і лікарської професії. Такі реформи часто супроводжуються скандалами та політичними інтересами.

Рушійною силою регуляторної реформи є прагнення покращити стандарти надання медичної допомоги пацієнтам та захистити суспільство від шкідливих медичних практик. Справа доктора Шипмана стала одним з каталізаторів значної реформи медичного регулювання у Великій Британії. За цим послідувала серія статей, включаючи розслідування справи Шипмана та скандал у Брістольській дитячій хірургії, які призвели до значних змін у регулюванні професійної медичної практики у Великій Британії[68 73] . У Великій Британії було виявлено,

що клінічна компетентність деяких працівників була значно нижчою за стандарти безпечної та ефективної медичної допомоги. У Гонконзі останнім часом в індустрії краси спостерігається тенденція залучення медичного персоналу до бізнесу з метою залучення споживачів, що призвело до значного збільшення кількості медичного персоналу в індустрії, а також до значного скорочення кількості медичного персоналу в індустрії70. Це викликало питання щодо стандартів практики та обсягу діяльності лікарів, і уряд запропонував низку регуляторних змін, спрямованих на підвищення якості та безпеки медичної допомоги» [55,78].

В іншому прикладі, регуляторна політика Малайзії була використана для підвищення якості охорони здоров'я, а розвиток медичного туризму спричинив реформу регуляторної структури, в тому числі охоплення як державного, так і приватного сектору загальними стандартами для забезпечення якості [42]. Усі ці приклади підкреслюють, що регуляторні процеси та політика у сфері охорони здоров'я перебувають у постійному розвитку під впливом широкого спектру чинників - від економічних інтересів до зміни громадської думки та соціальних очікувань.

2. регуляторна реформа у сфері охорони здоров'я потребує державного та законодавчого втручання

Регуляторні системи можуть накладати правові обмеження та правила на медичну практику через законодавство, виконавчі накази та судові рішення.

Реформування законодавства у сфері охорони здоров'я має відбуватися або шляхом нового законодавства або шляхом внесення змін до чинного законодавства. Наприклад, було прийнято рішення про скорочення кількості членів Генеральної медичної ради Великобританії з 35 до 24 у 2009 році і до 12 у 2013 році, щоб спростити структуру управління і зосередитися на стратегії та управлінні її виконавцями [29]. Іншим прикладом регуляторної реформи через

правову реформу є прийняття законодавства, спрямованого на забезпечення узгодженості регулювання. Шість штатів і територій Австралії, Нової Зеландії та Канади прийняли спільне законодавство про медичні професії. Іншими словами, для забезпечення узгодженості регулювання різних видів медичних професій вони використовують єдиний загальний закон, який встановлює процедури, спільні для всіх професій. Такий механізм не передбачений у досліджуваних нами азійських юрисдикціях, але державний нагляд за регулюванням є більш розвиненим, ніж у західних юрисдикціях. У Гонконзі, як і в інших країнах, якщо уряд бажає реформувати регулювання у сфері охорони здоров'я, Законодавча рада повинна погодитися на зміни і після періоду дебатів офіційно прийняти їх як закон.

3. встановлення загальних принципів регуляторної політики, структури та організації для всієї професії є новою тенденцією. З метою забезпечення узгодженості національного законодавства в різних професіях все частіше розглядається питання про включення регулювання охорони здоров'я в більш широке загальне законодавство. В Австралії, наприклад, у 2010 році було створено Австралійський орган з регулювання медичних професій з метою запровадження спільних цінностей і процесів для медичних професій.

Агентство займається питаннями управління, розгляду скарг та професійних дисциплінарних процесів» [11].

Агентство підтримує 14 національних рад, відповідальних за медичне регулювання, нагляд за професійними групами в управлінні реєстрацією практикуючих лікарів, а також розслідування професійної поведінки та результатів діяльності.

Управління професійних стандартів у сфері охорони здоров'я та соціального забезпечення у Великій Британії є ще одним прикладом парасолькового органу, який здійснює нагляд за низкою регуляторних органів.

Рішення про створення парасолькового органу, окремого регуляторного органу або запровадження системи самосертифікації зазвичай пов'язане з поєднанням історії, лобіюванням та бажанням окремих професіоналів мати більше контролю над власним регулюванням.

4. участь громадськості в роботі рад та розслідуваннях стає все більш поширеним явищем. Разом із закликами до більшої підзвітності та прозорості, участь громадськості в регулюванні охорони здоров'я стає глобальною нормою. Ступінь участі громадськості в регулюванні охорони здоров'я варіюється від регіону до регіону. Частка громадського представництва в медичних радах/комітетах значною мірою контролюється державою: від 50% у Великій Британії до 0% у Сінгапурі, Малайзії та континентальному Китаї. Однак загальна світова тенденція полягає в більшій участі людей у перегляді та оскарженні нормативних актів у сфері охорони здоров'я. Опитування, проведене у Великобританії, показало, що громадськість віддає перевагу поєднанню кваліфікованих медичних працівників і некваліфікованої медичної інтелігенції для оцінки роботи лікарів. У Великобританії підкреслюється важливість участі громадськості та пацієнтів у програмах переатестації лікарів [62]. Однак також вважається необхідним забезпечити належну підготовку та підтримку громадян, які діють в якості регуляторів, з постійним навчанням, щоб тримати їх в курсі подій в галузі та забезпечити розуміння лікарями цілей залучення громадськості.

5. регулювання охорони здоров'я переходить від моделі саморегулювання до регуляторної моделі, яка наголошує на партнерських відносинах між професіоналами та громадянами, а також між лікарями та пацієнтами.

Саморегуляція ґрунтується на понятті професіоналізму, а професіоналізм надає професіоналам можливість саморегуляції. Відбувся значний відхід від концепції саморегулювання лікарів у бік більшої відкритості, підзвітності та

залучення представників громадськості, що частково пов'язано зі зміною суспільних очікувань внаслідок скандалів та професійних порушень.

Відбувся значний відхід від концепції саморегулювання лікарів у бік більшої відкритості, підзвітності та залучення представників громадськості. Висвітлено різні моделі управління для нагляду за саморегулюванням. В азіатських країнах, таких як Сінгапур, Малайзія та континентальний Китай, існує відносно сильний державний нагляд і пряме залучення. У Великій Британії, Австралії та Новій Зеландії існує спільне регулювання та акцент на державно-громадському партнерстві. У США постачальники послуг і страхові компанії, які вимагають від лікарів бути сертифікованими або спеціалізованими, є частиною де-факто регуляторної структури. Канадська професія саморегулюється через професійні коледжі та асоціації, які здійснюють комплексне функціональне регулювання. У Гонконзі, де діє вільний ринок, зберігається високий ступінь професійної автономії, а діяльність лікарів значною мірою саморегулюється Медичною радою та Медичною радою Гонконгу. Цей огляд свідчить про те, що медична професія переходить від нинішньої моделі саморегулювання, яка часто розглядається як захист власних інтересів, до партнерства між професією, регулятором і громадськістю («співрегулювання»).

6. постачальники медичних послуг та регуляторні органи відіграють додаткову роль у регулюванні охорони здоров'я. У порівнянні з Китаєм, Сінгапуром і Малайзією, де регулювання охорони здоров'я значною мірою контролюється державою, у західних країнах постачальники медичних послуг і регуляторні органи відіграють більшу роль у зовнішньому нагляді. Наприклад, у Великій Британії, окрім Генеральної медичної ради (General Medical Council, GMC), існують «незалежні» організації, такі як Комісія з якості медичної допомоги (Care Quality Commission), які є інституційними регуляторами, а професіонали, що працюють у цих органах, виступають як зовнішні сторони, що

регулюють якість і безпеку наданих медичних послуг. Вони функціонують як зовнішні сторони, що регулюють якість і безпеку медичної допомоги, яку надають фахівці, що працюють в цих установах. Система фінансування охорони здоров'я в США включає державні субсидії через такі програми, як Medicare для людей похилого віку та Medicaid для тих, хто не в змозі платити, приватне медичне страхування, що надається переважно роботодавцями, а також спільну оплату незастрахованими особами та тими, хто не охоплений державними програмами.

Як зазначалося вище, страховики та роботодавці можуть вимагати від застрахованих осіб звернутися до кваліфікованого медичного фахівця для отримання відшкодування, виконуючи таким чином роль регулятора у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті для професійного регулятора та постачальника медичних послуг є сенс сформувати партнерство і домовитися про стандарти для забезпечення якісного обслуговування пацієнтів, і це партнерство має бути відкритим і прозорим. У Гонконгу така модель партнерства залишається проблематичною.

7. регулювання впливає не лише на якість медичної допомоги, а й на виявлення та вирішення проблем, пов'язаних з незадовільною роботою.

Окрім забезпечення дотримання професійних стандартів, регуляторні органи все більше уваги приділяють підвищенню якості медичної допомоги шляхом раннього втручання та відновлення після неякісної роботи лікарів. У більшості юрисдикцій існують системи для виявлення незадовільної роботи, але методи виявлення та втручання різняться. Загалом, набір критеріїв визначає компетентну практику як відправну точку для оцінки хорошої/поганої практики і забезпечує поріг для визначення неякісної практики. Наприклад.

«У досліджуваних нами юрисдикціях використовуються різні підходи до оцінки, включаючи не тільки оцінку медичних працівників, які отримують скарги

на свою практику, а й регулярну оцінку та переатестацію всіх лікарів або, принаймні, тих, хто перебуває в групі високого ризику. Наприклад, у Великій Британії для забезпечення компетентності лікарів використовується підхід періодичного оцінювання через систему переатестації. Канада, з іншого боку, використовує підхід скринінгового оцінювання, коли певні групи лікарів (наприклад, у Квебеку - лікарі у віці 70 років і старше) визначаються і оцінюються за допомогою набору скринінгових індикаторів. У США та Великій Британії для оцінки та моніторингу компетентності лікарів запроваджено такі механізми, як повторна акредитація та переатестація.

Велика кількість доказів свідчить про те, що повторна сертифікація асоціюється з покращенням якості роботи. У США лікарі можуть продемонструвати, що вони досягли рівня, вищого за мінімальні стандарти, необхідні для отримання ліцензії, отримавши сертифікат від Американської ради з медичних спеціальностей та її 24 колегій-членів. Система була започаткована у 2000 році і вимагає, щоб більшість акредитованих фахівців проходили періодичну переатестацію на основі чотирибальної оцінки їхніх медичних знань, клінічної компетентності та вміння спілкуватися з пацієнтами. Однак лікарі критикують МОС як дорогий і трудомісткий процес. Лікарі не обов'язково мають бути акредитованими медичними спеціалістами. У Великій Британії Генеральна медична рада (GMC) розпочала ревалідацію в грудні 2012 року після майже 15 років обговорень з представниками професії. Вперше переатестація вимагає від лікарів проходити щорічну оцінку протягом п'ятирічного циклу, щоб продемонструвати, що вони є актуальними і придатними до практичної діяльності. Переатестація підтримується як процес, що дозволить виявити неналежну практику і принесе користь усім лікарям. Однак спочатку деякі представники медичної професії виступали категорично проти, критикуючи її як непрактичну і занадто дорогу, а також стверджуючи, що вона суперечить

принципам саморегулювання. В Азії спостерігається незначний рух у напрямку повторної акредитації або переатестації окремих осіб. У Гонконзі, наприклад, лікарі первинної ланки працюють незалежно, і відсутність регуляторних механізмів ускладнює їхню оцінку. Це призводить до питання про те, як найкраще регулювати діяльність постачальників медичних послуг у самофінансованій системі первинної медичної допомоги, поширеній в Азії.

8. безперервний професійний розвиток (БПР) є обов'язковим для лікарів у багатьох юрисдикціях. Зростає тенденція до запровадження БПР для всіх лікарів з метою підтримання професійної компетентності та демонстрації того, що їхня власна практика відповідає професійно узгодженим стандартам. У минулому для підтримки професійної компетентності традиційно використовувалася безперервна медична освіта (БПМО) у формі формальних лекцій і семінарів з нарахуванням кредитних балів за певний проміжок часу. Однак зараз БПР розглядається як більш пасивна форма навчання, і на міжнародному рівні спостерігається перехід від БПР до безперервного професійного розвитку, який включає розвиток медичних, адміністративних, соціальних та особистих навичок. Ряд досліджень показав, що БПР покращує стан здоров'я пацієнтів.33-36 Програми БПР зосереджені насамперед на професійному розвитку, щоб підтримувати знання лікарів на сучасному рівні. У Гонконзі БПР не є обов'язковим для всіх лікарів, хоча Академія медичних наук Гонконгу вимагає від лікарів-спеціалістів брати участь у БПР. У Малайзії законодавство про обов'язковий БПР було прийнято, але не впроваджено.

9. дозвіл на практику для іноземних випускників медичних вузів варіюється від країни до країни. Такі країни, як Велика Британія, США, Австралія та Канада, відчувають нестачу лікарів і тому розробили різні схеми, що дозволяють випускникам іноземних медичних шкіл працювати. Вимоги до випускників медичних шкіл різняться, але всі вони вимагають оцінювання рівня володіння

мовою. Крім того, США, Канада і Гонконг вимагають складання ліцензійного іспиту як форми перевірки компетентності. Інші країни, такі як Малайзія та Сінгапур, мають акредитовані списки закладів, де навчалися і можуть бути прийняті іноземні лікарі, що мають іноземну кваліфікацію. Однак для того, щоб прийняти таких випускників, вони повинні пройти певну форму професійного нагляду в медичному закладі.

В інших країнах, таких як Австралія та Нова Зеландія, лікарі, які пройшли міжнародну підготовку, йдуть різними шляхами залежно від їхньої кваліфікації.

- Вони також можуть бути зобов'язані пройти певний період навчання під наглядом замість або на додаток до кваліфікаційного або ліцензійного іспиту чи інтернатури.

Регулювання діяльності кваліфікованих медичних працівників є важливою темою дискусій для багатьох людей у всьому світі з різних причин, починаючи від політичного, фінансового, правового та професійного тиску і закінчуючи зростаючим занепокоєнням щодо якості медичних послуг та безпеки пацієнтів. Тому регулювання охорони здоров'я може бути важливим елементом загальної дискусії про реформу охорони здоров'я. Глобальна мережа зацікавлених сторін, які беруть участь у перегляді та зміні регуляторних процесів у сфері охорони здоров'я, зростає і швидко змінює ландшафт дебатів у всьому світі. Різні країни мають різні регуляторні практики та аудиторії. Регуляторні практики є культурно специфічними в кожній юрисдикції, і універсального рішення не існує. Рівень регуляторної автономії варіюється залежно від історичного контексту, соціально-політичного середовища та суспільних інтересів. Інші фактори також відіграють певну роль, такі як мета державного регулювання, стимули для регульованої поведінки та витрати, пов'язані з невдачею регулювання. Загалом, державний нагляд за регулюванням є сильнішим в Азії (наприклад, у Китаї, Сінгапурі та Малайзії), і в цих країнах спостерігається незначний рух до індивідуальної

переакредитації або пересертифікації. З цієї причини Гонконг підтримує медичне саморегулювання. Огляд нормативно-правової бази для лікарів дає важливе уявлення про Гонконг і його зусилля з реформування поточного регулювання медичної професії з урахуванням місцевих умов і цінностей. Порівняно з британською та північноамериканською моделями регулювання, гонконгська система охорони здоров'я характеризується високим ступенем професійної автономії. Враховуючи глобальну тенденцію до відмови від покладання на саморегулювання, слід переглянути належний рівень представництва громадськості в регуляторному процесі для забезпечення більшої підзвітності та прозорості, а також врахування поглядів різних зацікавлених сторін.

Це також має забезпечити відображення поглядів різних зацікавлених сторін. Слід розглянути можливість запровадження обов'язкових і загальнодоступних програм безперервного професійного розвитку для всіх лікарів та інших способів покращення виявлення та управління низькою ефективністю роботи з метою підвищення якості медичної допомоги, особливо в приватному секторі первинної медичної допомоги.

Висновки до другого розділу

1. У розділі другому цієї роботи проаналізовано основні підходи до реформування сектору охорони здоров'я. Ми дійшли висновку, що найбільш доцільним є створення ринкових умов у сфері охорони здоров'я, які гарантуватимуть, по-перше, покращення якості медичних послуг і, по-друге, зменшення витрат на охорону здоров'я. На нашу думку, ключовим питанням є рівень та характер державного втручання у сферу охорони здоров'я. Тому, проаналізувавши досвід розвинених країн, ми дійшли висновку, що основними напрямами вдосконалення сектору охорони здоров'я є розвиток телемедичних

послуг, розвиток напрямів раціоналізації ціноутворення, підвищення рівня доступності медичних послуг та ліцензування медичних послуг та їх надавачів.

2. Важливу роль у підвищенні якості медичних послуг відіграє склад та якість інформації, доступної для користувачів послуг. Було відзначено, що якість медичних послуг залишається низькою через низьку поінформованість населення про склад, якість та вартість медичних послуг. У зв'язку з цим було наголошено на важливості створення спеціального керівного органу для поширення достовірної інформації та оцінки відповідності рівня надання медичних послуг існуючим стандартам. Досвід розвинених країн вже продемонстрував ефективність впровадження таких заходів і тому є правильним вектором розвитку для країн, де сектор охорони здоров'я тільки починає серйозно розвиватися.

РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА СУЧАСНОМУ СТАНІ

3.1. Реалізація основних механізмів сфери охороно здоров'я

Цілями підвищення ефективності державного регулювання у сфері охорони здоров'я в Україні є:

- зростання чисельності населення;
- збільшення тривалості життя населення;
- підвищення якості та доступності медичних послуг.

На думку О. Гричиняк, для підвищення ефективності державного регулювання доцільно систематизувати наступний перелік блоків:

- Політичний: забезпечення своєчасного доступу населення до якісної медичної допомоги.
- Організаційний: передбачає реформування сектору охорони здоров'я з метою вдосконалення організаційної системи підготовки медичних кадрів, розвитку інфраструктури та ресурсів;
- Законодавчий: забезпечує належну нормативно-правову базу для реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки та прийняття необхідних законодавчих актів;
- З економічного боку можна реформувати підхід до фінансового забезпечення системи охорони здоров'я [35].

На думку Ю. Бережної, для забезпечення державної безпеки у сфері охорони здоров'я необхідно вдосконалити засоби державного регулювання у сфері охорони здоров'я, з метою реалізації потенціалу охорони здоров'я та сталого розвитку соціально-економічних відносин на всіх взаємопов'язаних

ринках у сфері охорони здоров'я. При цьому необхідно враховувати необхідність забезпечення функціонування кластерів [16].

У зв'язку з цим, сучасний етап реформування вимагає від держави перспективних напрямків у регулюванні сфери охорони здоров'я, а саме:

- суттєвих доповнень та змін до чинної системи. Організувати механізми регулювання охорони здоров'я шляхом запровадження постійного моніторингу та контролю за виконанням дій компетентних органів влади всіх рівнів, а також законодавства. Організувати дослідження економічної ефективності діяльності у сфері охорони здоров'я. Оптимізація кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;

- організація функціональних механізмів диференціації поточного ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, регулювання діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах;

- забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг; моніторинг та підвищення якості медичної допомоги; формування та розвиток потенціалу «охорона здоров'я та економіка» країни [56];

- удосконалення системи управління шляхом проведення навчання адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту;

- витрачання бюджетних коштів на забезпечення підготовки (зміни) професіоналізму лікарів та медичного персоналу; [57]; [58]; [59]; [60]; [61]; [62]; [63];

- Забезпечити гарантований набір медичних послуг та створити належні організаційні умови для функціонування єдиного медичного простору з метою реалізації права пацієнтів на вільний вибір закладу охорони здоров'я та лікаря;

- Впровадити систему моніторингу та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я, розробити та впровадити наскрізні протоколи медичної допомоги та управляти їх виконанням.

- Перехід до нового механізму фінансування закладів охорони здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги шляхом запровадження нового механізму фінансування - поступового переходу до фінансування гарантованого пакету медичних послуг;

- Запровадження оплати за результат діяльності закладів охорони здоров'я як самостійних суб'єктів господарювання, тобто оплати за фактично надану пацієнтам медичну допомогу;

- Запровадження нових моделей фінансування первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- укладення договорів про надання медичних послуг, що входять до гарантованого пакету медичної допомоги;

- запровадження механізму медичного страхування шляхом визначення базових медичних послуг для формування базового соціального пакету (у разі прийняття відповідного законодавства). Закон про створення та впровадження страхових механізмів в системі охорони здоров'я України (у разі його прийняття).

Такі поняття, як «збір» та «джерела фінансування» часто викликають плутанину. Реформи «збору», що обговорюються в цьому розділі, по суті, передбачають спроби

- Перше джерело фінансування;

- Механізм пожертвувань;

- фінансові установи (як показано в Таблиці 3.1).

Ефективність реформ у сфері збору доходів безпосередньо залежить від загальної фіскальної ситуації в країні, її здатності мобілізувати податкові та інші державні надходження, а отже, від структури економіки та робочої сили.

Політика у сфері охорони здоров'я також має важливе значення, особливо з точки зору здатності органів охорони здоров'я впливати на уряди та змушувати їх використовувати механізми збору доходів для підтримки та збільшення державних видатків на охорону здоров'я та досягнення інших фіскальних цілей.

Найсуттєвіший вплив реформи збору доходів матиме на такі цілі: справедливий розподіл фінансових ресурсів (через зміни у розподілі ресурсів та механізмах сплати внесків); та ефективне функціонування (через зміни у механізмі збору).

Таблиця 3.1

Джерела та механізми здійснення зборів в медичній сфері [62]

<table>
<tr><th>Первинні джерела коштів</th><th>Механізми здійснення внесків</th><th>Агенції зі збору коштів</th></tr>
<tr><td>Фізичні особи / сім'ї /працівники</td><td rowspan="8">1) Прямі податки, зокрема податки на зарплатню

2) Непрямі податки

3) Інші обов'язкові внески

4) Добровільні попередні платежі

5) Прямі платежі постачальникам на момент отримання медичної допомоги

6) Гранти

7) Позики</td><td>Центральний уряд</td></tr>
<tr><td>Роботодавці / корпорації</td><td>Місцевий уряд</td></tr>
<tr><td>Іноземні та вітчизняні НУО та благодійні організації</td><td>Агентство соціального страхування</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Іноземні уряди та мультикультурні агенції</td><td>Комерційний страховий фонд</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Інші страхові фонди</td></tr>
<tr><td>Роботодавці</td></tr>
<tr><td>Іноземні та транснаціональні компанії</td><td>Цільові ощадні фонди</td></tr>
<tr><td></td><td>Виробник медичних послуг</td></tr>
</table>

Звичайно, основною метою цих реформ було збільшення або стабілізація рівня державного фінансування охорони здоров'я. Хоча збільшення доходів саме по собі не є стратегічною метою, зменшення бюджетних обмежень, з якими стикається сектор охорони здоров'я, в свою чергу, підвищить ймовірність успішного досягнення всіх стратегічних цілей системи фінансування охорони здоров'я.41 Більше того, зміна джерела фінансування пов'язана з реформуванням системи об'єднання та закупівель, що може стати важливим кроком у впровадженні реформ у структурі доходів. і може бути важливим кроком у впровадженні фіскальних реформ, навіть за відсутності значного впливу на структуру доходів.

Таким чином, реформи у сфері збору доходів, впроваджені в регіоні, оцінюються за такими критеріями

 Чи збільшився загальний рівень державних доходів, що виділяються на охорону здоров'я?

 Чи вплинули реформи на справедливий розподіл коштів (наприклад, чи стало навантаження на фінансування більш прогресивним)?

 Якщо право на отримання гарантованого набору медичних послуг пов'язане зі сплатою внесків, чи було збережено універсальне охоплення?

 Як зміни в джерелах фінансування та способах їх збору вплинули на ефективність управління?

 Чи були використані нові механізми збору доходів для сприяння іншим реформам фінансування охорони здоров'я?

Однією з проблем в українській охороні здоров'я є неформальні платежі. Це явище є спадщиною доперехідної системи охорони здоров'я, коли пацієнти часто платили лікарям за медичні послуги, які офіційно мали бути безкоштовними.

Зменшення неформальних платежів, як явних, так і неявних, має бути частиною реформи. Неформальні платежі часто вважаються небажаними, оскільки вони негативно впливають на цілі політики фінансування охорони здоров'я, такі як прозорість, фінансовий захист, доступ до медичної допомоги та, в деяких випадках, ефективність. Незважаючи на масштабні реформи в секторі охорони здоров'я, лише кілька країн досягли значного прогресу в скороченні неформальних платежів. Це не випадково, що історії успіху є рідкісними.

Саме явище є складним, а його походження та вплив є предметом дискусій. Не існує універсального визначення неформальних платежів, їх важко виміряти, а сам термін використовується неправильно, оскільки не всі неформальні платежі є неформальними в тому сенсі, що їх не перевіряють і не звітують про них.

Платежі здійснюються в грошовій або натуральній формі різному медичному персоналу, залученому до догляду за пацієнтом (наприклад, лікарям, хірургам, анестезіологам, медсестрам, лаборантам та іншому діагностичному персоналу). У деяких країнах пацієнти стаціонару повинні платити (готівкою або в натуральній формі) за ліки, медичні матеріали (шприци, трубки для внутрішньовенних вливань) і навіть за немедичні товари (електричні лампи, мило, нижню білизну). Крім того, за відсутності медичного персоналу, родичі повинні забезпечувати харчування та догляд, а також частково вводити ліки та робити ін'єкції [69].

Хоча існує загальна згода щодо того, які види платежів вважаються «неформальними платежами», немає згоди щодо загального визначення або концептуальної основи. Дослідники пропонують різні визначення, які підкреслюють різні риси неформальних платежів, такі як корупція, незаконність та порушення формальних вимог [44]. [44] Однак, залежно від правового контексту країни, такі платежі можуть не бути корупційними, незаконними або навіть неформальними.

Існують різні пояснення походження неформальних платежів, які мають різні наслідки для процесу формування політики. Неформальні платежі - це підсистема співоплати за медичні послуги, яка відрізняється тим, що офіційні платежі здійснюються в рамках правового поля, а неформальні - додатково до них.

Але чому люди платять більше, ніж повинні? Чи є неформальна оплата особистою традицією «подяки»? Чи є неформальна оплата ознакою того, що люди не знають своїх прав? Чи це ознака того, що система охорони здоров'я не виконує своїх обіцянок? Відповіді на ці питання мають вирішальне значення для процесу формування політики. Тому що вони не тільки визначають, які заходи можна і потрібно вжити проти неформальних платежів, але й вказують на те, чи варто це робити. У цьому відношенні дуже важливо розрізняти культурну (дарову) та інші теорії неформальних платежів (правову, раціональної економіки, соціального капіталу та теорію «поглинання»).

Культурні пояснення по суті припускають, що неформальні платежі є доброзичливим культурним феноменом, мотивованим вдячністю, яку пацієнти спонтанно висловлюють після надання послуги. Якщо це стосується більшості неформальних платежів, то причини неформальних платежів знаходяться поза контролем системи охорони здоров'я, і єдиний спосіб зменшити неформальні платежі - це змінити культуру суспільства. Однак це не обов'язково, оскільки подяка не має негативного впливу на систему охорони здоров'я. Навпаки, всі інші теорії припускають, що неформальні платежі є проблематичними, оскільки вони схожі на плату за користування, яка, як відомо, має негативний вплив на рівність, ефективність та інші цілі політики фінансування охорони здоров'я. Однак існують невеликі, але важливі відмінності між юридичними та етичними поясненнями (корупція) та іншими моделями підходу «плата за послугу». З корумпованої структури державного сектору [52] випливає, що неформальні

платежі є формою хабарництва, за яку в першу чергу несуть відповідальність корумповані державні службовці, і вони повинні бути покарані, щоб зменшити неформальні платежі. На противагу цьому, економічна теорія, теорія соціального капіталу та теорія витрат пояснюють, що неформальні платежі виникають через структурні та функціональні особливості системи охорони здоров'я.

Зокрема, теорія Інгсіта об'єднує всі пояснення, окрім одного, в одну уніфіковану модель.

Прямі та непрямі докази свідчать про те, що культурна теорія (теорія вдячності) не може пояснити більшість неформальних платежів. По-перше, вона припускає, що платежі, які здійснюються надавачам медичних послуг після надання послуг, мотивовані вдячністю, на відміну від платежів, які здійснюються до надання послуг. Однак у контексті багатьох медичних послуг, особливо первинної медичної допомоги та лікування хронічних захворювань, неможливо чітко визначити початок і кінець лікування. По-друге, надання ліків, медичних і немедичних товарів у натуральній формі суперечить культурному поясненню неформального надання послуг. Воно радше відображає ситуацію, коли громіздка лікарняна інфраструктура, успадкована від радянських часів, поглинає значну частину різко скороченого державного бюджету з обмеженими фінансовими ресурсами на закупівлю ліків та медичних товарів, а також на адекватну оплату праці працівників. Нарешті, більшість досліджень, що вивчають мотиви неформальних платежів, вказують на те, що примус, а також вдячність є поширеними мотивами для неформальних платежів. І нелегко визначити істинність цих двох типів мотивів.

Те, наскільки неформальні платежі стають політичним питанням, залежить від того, як вони впливають на ефективність системи охорони здоров'я. Неформальні платежі часто розглядаються як проблема самі по собі. Але якщо неформальні платежі не впливають негативно на досягнення цілей політики у

сфері охорони здоров'я, чи повинні політики бути стурбовані? Загалом, існує мало переконливих доказів того, що неформальні платежі сприяють досягненню всіх важливих цілей політики. З'являється все більше доказів того, що неформальні платежі впливають на економічний захист, справедливість і прозорість. Однак дані про якість та ефективність залишаються обмеженими або неопублікованими.

Неофіційні платежі накладають непропорційний тягар на бідні верстви населення. Неформальні платежі за ліки, медичні та немедичні товари подібні до інших формальних співоплат, які здійснюють громадяни при зверненні за медичною допомогою, і, ймовірно, є регресивними.

Вони подібні до інших формальних співоплат, які здійснюються громадянами при зверненні за медичною допомогою, і, ймовірно, є регресивними. Щодо впливу неформальних платежів на рівність, то дебатується питання, чи є неформальні платежі справедливими, враховуючи цінову дискримінацію, яку практикують лікарі (дешевше для бідніших пацієнтів і дорожче для заможніших пацієнтів). Існують докази того, що неформальні платежі по-різному перешкоджають доступу до медичних послуг у різних країнах. Дані про рівень і розподіл неформальних платежів неадекватно відображають реальний тягар, який вони накладають на бідні верстви населення, коли, як і у випадку з офіційними споживчими платежами, очікувані великі платежі відлякують або відкладають бажання звертатися за медичною допомогою. Існують докази того, що це відбувається в країнах регіону з низьким рівнем доходу.

Неофіційні платежі за визначенням не є прозорими і тому не підлягають політиці виключення. З точки зору прозорості, основна проблема неформальних платежів полягає в тому, що пацієнти не можуть заздалегідь знати суму, яку їм доведеться заплатити під час госпіталізації. Це ще більше посилюється фактором

непередбачуваності хвороби. Крім того, пацієнти не захищені від того, що лікарі можуть вимагати необґрунтовану плату за цю послугу.

Таким чином, хоча неформальні платежі мають дещо менший негативний вплив з точки зору справедливого розподілу фінансового навантаження та доступу до медичної допомоги, ніж державна співоплата, вони залишаються поза контролем держави, а прозорі правові механізми та прозорі правові механізми та системи виключення певних груп населення з платіжної системи неможливо створити. Однак неформальні платежі не завжди призводять до покращення становища бідних верств населення, а розробка та впровадження систем обов'язкових платежів пацієнтів, які передбачають виключення певних категорій з оплати, є не менш складним завданням. Перехідний період, протягом якого неформальні та формальні платежі співіснують, неминучий, і в цей період дуже важко забезпечити прозорість виплат. Адже пацієнти часто не розуміють, на що вони мають право, особливо у випадку складних правил, які часто змінюються.

Таблиця 3.2

Роль ринку в регулюванні низького рівня задоволеності населення послугами в медичній сфері

Чинники розвитку ринку	Роль ринку	Охоплення
Широта державного охоплення (відкритість державної системи: частка населення, яким поширюється страхування)	Заміщаюча	Групи населення, які виключаються чи можуть відмовитися від державної системи
Обсяг державного охоплення (гарантований державою набір медичних послуг)	Доповнююча(послуги)	Послуги, виключені із державної системи

Глибина державного охоплення (частка вартості гарантованого набору послуг, що покривається державним фінансуванням)	Доповнююча (платежі пацієнтів)	Обов'язкові платежі пацієнтів, які встановлюються державною системою
Задоволеність пацієнтів (думка про якість медичних послуг)	Додаткова	Швидший доступ та право пацієнтів на ширший вибір пацієнтами

Добровільне страхування можна класифікувати відповідно до його ролі по відношенню до державної системи. Міжнародні дослідження показують, що ринки ДМС, як правило, формуються під впливом характеристик державної системи, зокрема, ступеня покриття державної системи. Тому прогалини в державному покритті є важливим фактором, що визначає розвиток ринків ДМС: коли ДМС компенсує прогалини в державному покритті ДМС відіграє альтернативну роль, коли воно компенсує прогалини в державній системі, надаючи економічний захист групам населення, які не охоплені державною системою або можуть відмовитись від неї. Крім того, ДМС відіграє додаткову роль, пов'язану з обмеженим обсягом та глибиною набору медичних послуг, гарантованих державою, та додаткову роль, яка реагує на ситуації низького рівня задоволеності користувачів державною системою (Таблиця 3.2).

Існують прогалини в охопленні, глибині та ширині державного страхового покриття, хоча величина цих прогалин суттєво варіюється залежно від рівня державних видатків на охорону здоров'я. Однак ці прогалини є недостатніми для забезпечення розвитку життєздатних ринків ДМС у більшості країн регіону. На заваді стоїть низка перешкод, серед яких брак платоспроможності, регуляторної спроможності та продовження неформальних платежів. Обмежена платоспроможність є основною перешкодою для розвитку ДМС. У деяких

країнах небажання роботодавців і держави субсидіювати ДМС призвело до необхідності використання податкових стимулів. Однак існує мало міжнародних доказів того, що податкові пільги сприяли розвитку ДМС, а витрати, пов'язані з ними, можуть бути величезними. На практиці, довіра громадян та роботодавців до ринку є більш важливим фактором, що стимулює розвиток ринку. [19] Недовіра до страхових ринків особливо виражена в країнах, де практикувалися фінансові піраміди, але також відображає ширшу суспільну недовіру до приватного ринку (через занепокоєння високими витратами та корупцією) і відсутність досвіду будь-якого страхування. ставлення громадськості до ДМС відображає переконання громадськості в тому, що загальний безкоштовний доступ до охорони здоров'я не може бути досягнутий без доступ, можливо, ускладнене переконаннями про роль держави у забезпеченні загального безкоштовного доступу до медичних послуг.

Збереження неформальних платежів у державному та приватному секторах, замість інших більш прозорих механізмів оплати, може стати на заваді розвитку ДМС як життєздатного варіанту.

Існують потенційні перешкоди для розвитку ДМС як життєздатного варіанту. По-перше, ДМС не завжди захищає від неформальних платежів, і люди можуть побоюватися, що їм доведеться робити подвійні платежі - страхові внески за ДМС та подальші неформальні платежі - для того, щоб отримати доступ до певних послуг. По-друге, люди, які купують ДМС, повинні бути впевнені, що оплата послуг через третіх осіб не вплине на швидкість та якість послуг, на які вони розраховують, здійснюючи неформальні платежі. По-третє, навіть якщо вони можуть дозволити собі ДМС, може бути дешевше (в короткостроковій перспективі) платити з власної кишені. Відсутність або майже повна відсутність неформальних платежів, як на більшості словенських ринків ДМС, сприяла

розвитку додаткового ДМС як частини фінансування словенської системи охорони здоров'я.

Якість та інформація є іншими питаннями, що впливають на попит на ДМС. Якщо страховики не можуть забезпечити належну якість медичної допомоги (наприклад, через обмежений вплив на постачальників медичних послуг), люди можуть не отримати додаткових переваг від оплати медичних послуг через ДМС. Люди можуть не усвідомлювати необхідність ДМС, якщо немає достатньої інформації про вартість та час очікування на послуги, що фінансуються державою.

Люди можуть хотіти придбати ДМС, але не мати змоги через обмеження з боку пропозиції. У деяких країнах ринок ДМС є нерозвиненим через відсутність зацікавленості держави у розвитку ДМС або через те, що законодавство про ДМС не супроводжується чіткою адміністративною та регуляторною базою, що призводить до невизначеності та інертності з боку страхових компаній. Наприклад, неадекватне регулювання (наприклад, резервні вимоги) підірвало ринок ДМС і призвело до банкрутства страховиків у деяких країнах. Крім того, відсутність нормативної бази для забезпечення збору даних та інформації про споживачів може перешкоджати ефективній конкуренції. [24].

Слабке регулювання - не єдиний фактор з боку пропозиції, що впливає на розвиток ДМС. Страховики можуть бути обмежені браком страхового ноу-хау, особливо у сфері медичного страхування (що обмежує розвиток продуктів) та операційної спроможності, включаючи людські ресурси, адміністрування, бухгалтерський облік та управлінські практики. Ці проблеми можуть загострюватися через обмеженість приватної інфраструктури та нестабільність державних субсидій. Страховики, які покладаються на приватних постачальників медичних послуг, можуть зіткнутися з проблемами, якщо приватні постачальники стикаються з високими стартовими витратами або якщо

приватний сектор не настільки добре розвинений, як це часто буває за межами великих міських центрів. Там, де державні гарантії на охорону здоров'я нечіткі або змінюються з року в рік, страховикам може бути складно розробляти страхові продукти і вони можуть бути не в змозі визначити, яке додаткове покриття необхідне. Страховики можуть з обережністю ставитися до об'єднання ризиків для певних видів послуг (наприклад, ліків, стоматологічних послуг, обов'язкових платежів пацієнтів) через побоювання щодо несприятливого відбору. В Естонії стоматологічні послуги для дорослих були виключені.

3.2. Пріоритетні напрями удосконалення системи державного управління в сфері охорони здоров’я

Існує кілька ключових особливостей і характеристик, які відрізняють успішні та неуспішні випадки реформування системи охорони здоров'я. Успішна реформа вимагає системного підходу з широкою і чітко визначеною політикою, включаючи чітке і реалістичне визначення права на охорону здоров'я, реорганізацію і реінвестування доходів від підвищення ефективності, стабільне і адекватне державне фінансування і відсутність культури судження.

Саме відсутність культури судження. Не можна очікувати, що заходи з реформування будуть ефективними самі по собі. Стабільне державне фінансування та підвищення ефективності через реструктуризацію надання послуг створюють необхідні, але недостатні умови для зменшення загального фінансового навантаження на пацієнтів. Згідно з місцевим досвідом, неформальні платежі пов'язані з недостатнім державним фінансуванням на ліки та медичне обладнання та/або значно нижчою заробітною платою медичного персоналу порівняно з середньою заробітною платою по економіці. Неофіційні платежі заповнюють розрив між вартістю виплат і наявними фінансовими ресурсами. Для

подолання цього розриву у фінансуванні може знадобитися багато часу, оскільки зекономлені кошти реінвестуються в охорону здоров'я за рахунок збільшення державних видатків та підвищення ефективності. Якщо державне фінансування стабілізується і надалі зростатиме, а зекономлені кошти будуть повністю реінвестовані в ліки, медичне приладдя та заробітну плату, загальний фінансовий тягар на пацієнтів почне зменшуватися.

Створення реалістичної, чіткої та прозорої програми державних гарантій надання медичних послуг є важливим політичним інструментом у контексті загальної системної реформи. Однак просте запровадження оплати за кожного пацієнта, виключення послуг та заохочення розвитку приватного сектору не зменшить загальне фінансове навантаження на пацієнтів. Створення реалістичної системи державних гарантій є непростим завданням. Це пов'язано з тим, що економічна доступність повинна бути збалансована з чітким і прозорим правом на охорону здоров'я. Однак навіть якщо споживачі чітко знають свої права, а система здатна забезпечити їх дотримання, неформальні платежі можуть продовжуватися, якщо системі не довіряють. Досвід реформ у регіоні показав, що прозорість є ключовим фактором успіху реформи неформальних платежів. Однак відносно простих і прозорих виплат, про які всі знають, недостатньо. Враховуючи інформаційну асиметрію між пацієнтами та надавачами медичних послуг, довіри бракує Навіть якщо медичні послуги надаються якісно, неформальні платежі медичним працівникам можуть заохочуватися та підтримуватися.

Не існує «чарівної палички», за допомогою якої можна зменшити неформальні платежі в системі охорони здоров'я. Заходи з реформування, які здійснюються у відриві від добре продуманого і послідовного комплексного плану реформ, швидше за все, не принесуть успіху. Цей урок про необхідність комплексної реформи особливо важливий для країн, які розглядають можливість запровадження або посилення самофінансування схем державних гарантій як

основного або єдиного засобу скорочення неформальних платежів. Чіткі схеми державних гарантій і політика самооплати можуть допомогти зменшити неформальні платежі, якщо вони вписуються в загальну програму реформ. Однак, якщо це єдиний доступний інструмент, він не може вирішити проблему неефективності, яка призвела до зростання неформальних платежів, або нестачі коштів на зарплати та ліки. У цьому випадку обмежена платоспроможність населення може зменшити неформальні платежі, але загальний фінансовий тягар може зрости, і населенню доведеться платити не лише за офіційні виплати, а й за ліки та інші медичні товари, які залишаються не профінансованими з державного бюджету.

Вирішення проблеми недостатнього державного фінансування заробітної плати, ліків та медичних товарів є ключовим для скорочення неформальних платежів шляхом реінвестування доходів від підвищення ефективності або збільшення державного фінансування. Платоспроможність держави визначає межі надання медичних послуг, тоді як готовність населення сплачувати податки обмежує ступінь, до якого пацієнти можуть зменшити свій фінансовий тягар. Ці характеристики також мають значний вплив на зусилля, спрямовані на підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

Нещодавній звіт визначив такі фактори на користь розвитку ринків ДМС, як зміцнення середнього класу, спроможність регуляторного нагляду та управління, життєздатні фінансові ринки для інвестування резервів та наявність інших джерел фінансування охорони здоров'я (Gottret and Schieber 2006). До цього можна додати довіру населення до страховиків та медичних закладів, зацікавленість роботодавців у виплатах працівникам та політичну волю до розвитку і підтримки ринків ДМС.

Політики в регіоні стикаються з великими труднощами у розширенні використання ДМС. Вони також стикаються з труднощами, пов'язаними із

забезпеченням того, щоб розширення не поставило під загрозу досягнення цілей політики фінансування охорони здоров'я. Досвід регіону викликає занепокоєння щодо ефективності, справедливості та сталості, які узагальнені нижче.

Занепокоєння щодо обмеженого обсягу більшості ринків ДМС наразі зменшується, але зростатиме в міру розширення покриття ДМС. Основні виклики полягають у запобіганні інфляції через недостатню купівельну спроможність страховиків та зростанню витрат через обмежену конкуренцію на ринках ДМС, а також у забезпеченні того, щоб існуюче ДМС не викривляло пріоритети національної системи охорони здоров'я, а саме: покращення закупівель, економічну ефективність та координацію медичної допомоги. У міру того, як ринки стають більш зрілими, а страховики отримують більше можливостей для ціноутворення та розробки продуктів, регулятори повинні запобігати жорсткій конкуренції, яка підриває здатність споживачів порівнювати продукти за ціною та якістю.

Питання справедливості включають питання нерівності в економічному захисті, ціновій доступності та доступі до медичної допомоги. Там, де політики намагаються обмежити державні видатки для підтримання фіскального балансу, перекладаючи витрати на охорону здоров'я на плечі домогосподарств (як у Словенії та Хорватії), це призводить до зниження рівня фінансового захисту та справедливості.

Хоча ДМС зменшує шкідливий вплив витрат на охорону здоров'я з власної кишені (особливо в Словенії), збільшення державного фінансування може бути розумною альтернативою, яка може сприяти досягненню цілей економічного захисту та справедливості. Міжнародний досвід показує, що перевагами ДМС найчастіше користуються соціально забезпечені верстви населення, тоді як бідні мають менше шансів отримати вигоду від ДМС або тому, що воно не надається їхніми роботодавцями, або тому, що вони не можуть дозволити собі придбати

страховку в приватному порядку. Можливо, саме з цієї причини політики в регіоні не просували ДМС як засіб зменшення фінансового тягаря високих витрат з власної кишені до початку реформ у Грузії. Аналіз, проведений протягом наступних кількох років, покаже, чи вдалося грузинським реформам трансформувати співоплату в пункті надання медичної допомоги в передоплату.

Життєздатності ринку ДМС загрожують проблеми, пов'язані з несприятливим відбором, якщо правила, що вимагають від ОМС надавати ДМС і розділяти обов'язкове і добровільне страхування, не будуть суворо виконуватися. Для розробки відповідної регуляторної бази необхідна політична та технічна спроможність. Регуляторні органи повинні адаптуватися до змін у поведінці страховиків по мірі розвитку ринків та зацікавленості страховиків у розвитку системи охорони здоров'я. Регуляторна база також повинна реагувати на міжнародні події, такі як вступ до ЄС, що веде до членства в єдиному європейському ринку. Наприклад, вплив Третьої Директиви Європейської Комісії про страхування, відмінне від страхування життя, на свободу центрального уряду у визначенні нормативно-правової бази ДМС, ймовірно, з часом зростатиме [70].

На нашу думку, сектор охорони здоров'я в Україні не є дотаційним, а навпаки, має потенціал для отримання економічної вигоди. Реформа охорони здоров'я розпочалася у 2018 році. Стара система вже не була конкурентоспроможною, а якість медичних послуг знижувалася. Основним принципом реформи стала страхова медицина. Чи повинна держава забезпечувати охорону здоров'я своїх громадян? Звичайно, повинна, частково або повністю. Чи приносить це державі прибуток? Ні, це дійсно збиткова система для держави. Але це зовсім не так. Є один варіант, де держава може прямо чи опосередковано отримувати прибуток від сектору охорони здоров'я. Це медичний туризм. Це медичний туризм. Ця тенденція чітко простежується в

таких сферах, як стоматологія, косметологія та пластична хірургія. Як це працює? Українська сфера охорони здоров'я наразі працює за всіма протоколами західної медицини. Велика конкуренція на внутрішньому ринку, розуміння безперервної освіти та постійний обмін досвідом з колегами з інших країн призвели до того, що якісні та унікальні, швидкі послуги обганяють всі західні країни. І наші громадяни, які були тимчасово вимушені мігрувати до європейських країн, тільки зараз це усвідомлюють.

Якісне та швидке обслуговування, низькі ціни та великий вибір лікарів і клінік дали можливість запрошувати пацієнтів не тільки з України, а й з інших країн. Медичний туризм має великий потенціал для перетворення галузі на щось корисне для держави. Особливо до війни популярними були міста з добре розвиненою логістикою та інфраструктурою, такі як Київ, Львів, Харків та Одеса. Лікарі домовлялися з інвесторами про створення висококласних лікарень і використовували різні механізми (кредити, лізинг) для придбання новітніх технологій. Вони інвестували в навчання не лише себе, а й цілих команд, запрошуючи спеціалістів до своїх клінік або запрошуючи фахівців для читання лекцій.

Вони запрошували фахівців до своїх клінік, запрошували фахівців на лекції та майстер-класи або будували спеціальні приміщення для їхніх курсів.

3.3. Вплив та наслідки війни на сферу охорони здоров'я

Повномасштабна війна розпочата російською федерацією, спричинила хаос у системі охорони здоров'я України. Постраждали відбудована медична інфраструктура та логістичні мережі, які відновлювалися десятиліттями, погіршилися або взагалі зникли умови для дотримання стандартів лікування та профілактики. Постраждала також кадрова політика в секторі охорони здоров'я.

В аптеках на сході України не вистачало найпоширеніших ліків, таких як жарознижувальні, антисептичні, антигіпертензивні та заспокійливі засоби, а також препаратів для лікування хронічних захворювань, таких як інсулін і гормони. Дефіцит був особливо гострим у тимчасово окупованих ворогом населених пунктах і за лінією фронту, де постачання було ускладнене.

Виїзд великої кількості громадян до країни та за кордон призвів до значної нерівності в забезпеченні медичними ресурсами, оскільки попит на медичні послуги значно різнився в різних регіонах. У зв'язку з цим, за даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року було зафіксовано 473 підтверджених напади на медичні заклади, в результаті яких загинуло щонайменше 98 осіб і 134 отримали поранення. Крім того, постраждали понад 927 медичних закладів, з яких понад 400 - на тимчасово окупованих Росією територіях, а 123 медичні заклади були зруйновані. На кінець 2021 року в Україні налічувалося близько 3 000 медичних закладів; станом на початок жовтня 2022 року 85 медичних закладів було відновлено, а ще 209 перебували на стадії реконструкції. Пріоритетами Міністерства охорони здоров'я є відновлення надання послуг населенню, в тому числі внутрішньо переміщеним особам (ВПО), та працевлаштування медичних працівників. У цих умовах, треба розгортати мережі мобільних клінік продовжує посилювати спроможність медичних закладів, але все ще існує велика потреба у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю ВПО. Майже третина (30%) ВПО наразі не мають доступу до медичної допомоги. За даними Міністерства охорони здоров'я, проблема нестачі лікарів не стосується України, оскільки наразі є можливість залучати іноземних медичних фахівців. Така можливість передбачена Законом України від 29 липня 2022 року, 2494-.

Ця можливість надається відповідно до розділу IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної допомоги та реабілітації в умовах воєнного стану». Водночас, цей захід слід розглядати як

суто додатковий. Це пов'язано з тим, що державна політика має бути спрямована на стабілізацію промислового ринку праці не лише шляхом надання ресурсів промисловості, а й шляхом всебічної підтримки працевлаштування внутрішньо переміщених осіб, у тому числі медичного персоналу. Крім того, оскільки надання медичних послуг іноземними фахівцями, як очікується, буде тимчасовим, сектор охорони здоров'я буде змушений повернутися до питання працевлаштування вже найближчим часом.

Станом на кінець вересня 2022 року 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників мали можливість працевлаштуватися в різних закладах охорони здоров'я. Більшість з них були зареєстровані у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також було створено портал з пошуку роботи для медичних працівників. Однак більшість вакансій на цьому порталі - для лікарів. Найбільше вакансій у Києві та Київській області, а також у центральних областях - Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій та Донецькій.

Водночас надходять повідомлення про труднощі з працевлаштуванням медичного персоналу зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Через це вони змушені погоджуватися на інші менш кваліфіковані професії або виїжджати з України, що погіршує кадровий потенціал сектору.

Ситуація ускладнюється відсутністю актуальної інформації про точну кількість наявного медичного персоналу [1].

ВООЗ також відзначає важливість людських ресурсів і рекомендує вже зараз розробити кадрову політику, а також цифровий реєстр медичних працівників, щоб врахувати повернення медичного персоналу [53].

На тлі зростаючого попиту на медичні послуги необхідно покращити мотивацію медичних працівників. Зокрема, важливим є встановлення конкурентоспроможної оплати праці. Статистика свідчить, що середній рівень попиту на лікарів зріс на 30 %, тоді як на молодий та середній медичний персонал

- лише на 16 %. При цьому споживчі ціни за січень-вересень 2022 року зросли на 21,8 %, що значно ускладнює ефект від такого підвищення для лікарів і свідчить про зниження купівельної спроможності середнього та молодого медичного персоналу. Це питання є особливо актуальним з огляду на постійний інституційний дефіцит молодих медичних кадрів протягом майже всього періоду незалежності України та значне навантаження на систему охорони здоров'я в умовах воєнного часу.

Вирішення кадрової проблеми має бути спрямоване не лише на збереження наявного потенціалу, а й на підготовку медичних кадрів за програмами, що відповідають потребам воєнного та повоєнного часу, зокрема у сферах фізичної реабілітації та психічного здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на доступ до лікарських засобів. З початку 2022 року державне підприємство «Українські медичні закупівлі» закупило 53% від необхідної кількості ліків та обладнання. З міркувань безпеки інтенсивні медичні закупівлі у 2022 році здійснюватимуться поза системою «Прозоро», відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 169 від 28 лютого 2022 року (зі змінами).

«Деякі питання здійснення заходів із забезпечення обороноздатності держави та закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану».

Відповідно до «Деякі питання здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони та закупівель товарів, робіт і послуг в умовах воєнного стану». Негативним наслідком цього факту є створення корупційного механізму у сфері закупівель у сфері охорони здоров'я.

Ускладнення регулярного потоку товарів на контрольно-пропускних пунктах призвело до затримок у перетині багатьох фармацевтичних вантажів на кордоні. Крім того, транспортування деяких лікарських засобів, сировини для їх виробництва та медичного обладнання вимагає дотримання температурного

режиму. Для вирішення цієї проблеми необхідно спростити перетин кордону, наприклад, шляхом надання лікарським засобам пріоритетного права на перетин кордону.

У проекті державного бюджету на 2023 рік передбачено бюджет на закупівлю ліків приблизно в такому ж обсязі, як і в поточному році. Враховуючи очікуваний рівень інфляції, зростання курсу іноземної валюти (більшість ліків в Україні імпортується), загострення хронічних захворювань та появу нових хвороб у населення, яке потребує медичної допомоги, ДПтС зіткнеться з дефіцитом якісних лікарських засобів. Частково цю проблему доведеться вирішувати самому населенню, що негативно позначиться на рівні його життя. Варто зазначити.

Програма «Доступні ліки». В першу чергу це стосується неокупованих територій Київської, Чернігівської, Сумської та Житомирської областей.

Триває міжнародна підтримка системи охорони здоров'я України. За даними Європейської комісії, понад 1 000 українських пацієнтів вже були перевезені до країн ЄС [76], і багато європейських країн оголосили про партнерство для зміцнення системи охорони здоров'я України, на що вже виділено 45 млн доларів США. США вже виділили 45 мільйонів доларів. З початку повномасштабної війни в українську систему охорони здоров'я було перераховано понад 4 мільярди гривень. Водночас, за оцінками Міністерства охорони здоров'я, на відновлення системи охорони здоров'я України потрібно від 14,6 до 20 мільярдів гривень [45].

Лікування травм, завданих психічному здоров'ю українців, набуває все більшого значення. За словами міністра охорони здоров'я, щонайменше 15 мільйонів людей потребуватимуть психологічної підтримки після закінчення війни. Незважаючи на те, що уряд наголошує на важливості реабілітації, в тому числі психологічної, її доступність наразі є низькою. Міністерство охорони

здоров'я надає інформацію про успіх деяких реабілітаційних програм Міністерства оборони та Міністерства у справах ветеранів, але національна політика реабілітації ще не розроблена.

Відносно автономне функціонування закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до прийняття управлінських рішень місцевими громадами з урахуванням специфіки місцевої ситуації сприяли успішному реагуванню на труднощі, спричинені війною.

Функціональність ДСЗ в умовах воєнних ризиків поступово покращується, оскільки в деяких частинах України медичні послуги надаються в повному обсязі, а медична інфраструктура відновлена.

Наступним кроком у забезпеченні належного функціонування ШПС є визначення поточних і майбутніх потреб у медичних послугах, а також відповідний перерозподіл ресурсів. Наприклад, актуальною залишається проблема низького рівня охоплення вакцинацією проти багатьох інфекційних захворювань, зокрема кору та поліомієліту [75], а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, зокрема COVID-19. Водночас зростає потреба в організації медичних послуг для лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом відновлення є правильний розрахунок медичних ресурсів для об'єктивної оцінки стану системи охорони здоров'я. Це стосується, зокрема, оцифрування даних та медичної статистики. Урядова політика передбачає перегляд функцій медичних реєстрів та розробку моделей взаємоінтеграції. Однак незрозуміло, скільки часу знадобиться на розробку та впровадження такої моделі. Крім того, існує ризик, що деякі дані можуть бути втрачені, якщо модель не буде адаптована, що впливає на якість і швидкість прийняття управлінських рішень.

Згуртованість громадянського суспільства та волонтерство можуть бути

потужними інструментами фінансування сектору охорони здоров'я. Водночас брак достовірної інформації про потреби медичних закладів ускладнює координацію цього ресурсу та спрямування допомоги туди, де вона найбільше потрібна. Це, зокрема, пов'язано з тим, що Кабінет Міністрів України дозволяє медичним закладам не вести жодного обліку гуманітарної допомоги.

Потребують перегляду тарифи на надання послуг СЕС. Наприклад, згідно з бюджетним запитом, тарифи на «реабілітаційний» пакет з 1 січня 2023 року в 2,5 рази перевищують чинні, при цьому немає підстав очікувати зниження витратної складової.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел фінансування та моделей заохочення приватного бізнесу в охороні здоров'я, особливо у звільнених після війни регіонах.

Однією з найбільших ІТ-систем України є Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ). Ця система була створена, серед іншого, для збору та аналізу даних, прогнозування та прийняття стратегічних рішень щодо здоров'я громадян України. Наразі в ЕСОЗ зареєстровано понад 35 мільйонів пацієнтів з сімейним лікарем. Понад 7 000 медичних організацій, як державних, так і приватних, користуються системою. Для розробки конкретних аналізів в контексті аналізу даних було створено кілька ЕСОЗ, щоб зрозуміти потреби Програми медичних гарантій (ПМГ). На основі введених та проаналізованих даних здійснюються виплати медичним закладам в рамках пакету ПМГ. Перш за все, вже існує низка інформаційно-аналітичних панелей для аналізу та прийняття рішень. Однак для забезпечення цілісності інформації всі медичні заклади країни мають бути підключені до ЕСОЗ. Для цього були внесені відповідні зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики та господарської діяльності з виробництва лікарських засобів та внесено відповідні зміни до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної

практики та господарської діяльності з роздрібної торгівлі лікарськими засобами. Цим закладам охорони здоров'я надано перехідний період для підключення до системи та ведення своєї діяльності.

Електронні медичні записи наразі охоплюють понад 80% паперових записів. Однак повнота та охоплення є важливими, так само як і створення записів. Це означає, що всі медичні організації повинні працювати з системою і вносити дані. Таким чином, це можна назвати повною електронною картою пацієнта. Це важливо як з точки зору демедицини, так і з точки зору створення єдиного медичного інформаційного простору. Таким чином, цілісність даних буде зберігатися в єдиному, захищеному місці - ЕСОЗ була створена для того, щоб зрозуміти потреби Програми медичних гарантій (ПМГ) в першу чергу. Потім вона була створена для здійснення платежів постачальникам медичних послуг в рамках пакету ПМГ на основі введених та проаналізованих даних.

З часом система почала розвиватися, і її функції були розширені за межі ПМД. Наприклад, було розроблено компонент імунізації, щоб задовольнити потреби реагування на COVID-19. Реабілітаційний компонент був розроблений для впровадження реабілітаційних заходів у секторі охорони здоров'я. Усі реалізовані функції та всі дані в системі аналізуються. Для цього доступні відповідні інформаційно-аналітичні панелі. Все робиться з точки зору фінансових виплат і з точки зору конкретних рішень.

Крім того, в ЕСОЗ є дані про те, скільки лікарів працює в лікарнях, де і яких спеціалістів не вистачає, скільки медперсоналу звільнилося, вийшло на пенсію або переїхало під час війни. Оперативна статистика для прийняття рішень збирається через систему MedDat. Кожна область вносить інформацію в систему щодня. Міністерство відстежує це і перевіряє кадрову ситуацію в кожному регіоні. Зокрема, скільки лікарів і медперсоналу виїхало з країни з початку повномасштабної війни, а скільки переїхало з одного регіону в інший. На основі

цих даних приймаються рішення. Для забезпечення оперативного управління ситуацією приймаються відповідні регуляторні рішення, в тому числі щодо забезпечення кадрових потреб. Зокрема, розроблені механізми направлення фахівців з інших регіонів. Йдеться про відрядження медичного персоналу в інші регіони, переважно тих, хто виявив бажання долучитися до якнайшвидшого відновлення нормального життя і здоров'я громадян, які позбавлені доступу до якісних медичних послуг. Наразі це питання розглядається для деокупованих територій, зокрема Харківської та Херсонської областей.

Міністерство охорони здоров'я вже почало думати про створення великого реєстру всіх медичних виробів. Все, що ми можемо сказати сьогодні - це те, що повний облік може бути можливим у цьому контексті. Адже гуманітарна допомога дійсно доставила дуже багато медичного обладнання. Гуманітарна допомога зараз обліковується в системі MedDat. Однак, якщо говорити про інклюзивний облік, то ці дані є в різних системах. Інтегрованого обліку медичного обладнання поки що немає. Але така можливість вивчається. Важливо розуміти, що є в наявності, що забезпечено і де є потреби. Це особливо актуально зараз, коли мережі закладів охорони здоров'я моделюються за кластерним принципом. Тому важливо визначити заклади, що входять до більш заможних мереж, і в першу чергу охопити ці заклади, якщо вони потребують оснащення. Відповідно до Наказу МОЗ № 587 від 28.02.2020 про введення лікарями як паперових, так і електронних документів, медичні працівники не мають права вести записи в паперовій формі, якщо всі дані вносяться в систему. Наразі проводиться аналіз понад 600 паперових форм, щоб визначити, які з них можна негайно скасувати, а які потребують перенаправлення для реструктуризації процесу. Це велика робота, яку ще треба зробити, щоб перейти до повноцінного електронного обліку. Під час війни ми бачили, що облік ведеться на папері, а в разі знищення установи дані втрачаються. Яскравий приклад - рутинна

імунізація. Дані не вносяться в систему, паперові записи знищуються і не підлягають відновленню. У деяких випадках попереднє щеплення неможливо перевірити, і потрібно зробити повторне щеплення. Якби всі ці дані були внесені в електронну систему, підтвердити їх було б простіше.

Водночас є гарантія, що ЕСОЗ надійно захищений. З початку повномасштабної війни і навіть раніше ЕСОЗ зазнавав численних кібератак. Найбільша з них відбулася 24 лютого, ще до російського вторгнення. За даними служби, жодні дані в ЕСОЗ не були «зламані»; доступ до медичних даних в ЕСОЗ мають лише медичні працівники за згодою пацієнта. Пацієнти також можуть отримати доступ до своїх даних через функцію «кабінет пацієнта». В існуючих медичних інформаційних системах. Наразі ми плануємо запустити централізовану функцію кабінету пацієнта, де всі користувачі та всі пацієнти матимуть доступ до певних функцій для доступу та управління своїми медичними даними та інших функцій. Наприклад, є багато корисних нагадувань про здачу крові та вакцинацію, які заохочують людей керувати власним здоров'ям. Пацієнти можуть переглянути кожну консультацію, імунізацію, направлення та історію хвороби, тобто всі записи, внесені в систему.

НСЗУ встановлює мінімальний стандарт - 150 пологів на рік. Цей мінімальний стандарт був запроваджений для того, щоб лікарі не були дискваліфіковані, а якість медичних послуг не погіршувалася. Розуміючи, що кількість жінок в Україні зменшується, НСЗУ планує надавати фінансову підтримку пологовим будинкам у наступному році, оскільки не всі пологові будинки можуть виконати цей норматив. Це означає, що реформи знову будуть відкочуватися назад. А НСЗУ планує фінансувати стіни та медичний персонал, а не лікарні для надання якісних послуг. Адже в лікарні, де приймається менше або трохи більше 150 пологів на рік, навряд чи лікарі будуть достатньо досвідченими та кваліфікованими, щоб заспокоїти породіллю.

Одним із пріоритетів ПМГ є раннє виявлення раку. Хоча кількість обстежень значно скоротилася в повоєнні місяці, статистика показує, що кількість скринінгових обстежень на рак повернулася до довоєнного рівня. Це важливо, оскільки кількість скринінгових обстежень на рак повернулася до довоєнного рівня. Це пов'язано з тим, що лікування пацієнтів на ранніх стадіях захворювання є більш ефективним і набагато дешевшим для держави, ніж лікування на пізніх стадіях.

Кількість людей, інфікованих COVID-19, значно зменшилася: у 2021 році (за 10 місяців) було діагностовано 288 000 випадків, у 2022 році - 171 000. Частково це пов'язано з тим, що не всі українці проходять тестування на хворобу, а деякі прифронтові регіони не мають повної статистики. Таким чином, за підрахунками НСЗУ, до кінця року вдасться заощадити близько 5 млрд грн, запланованих на стаціонарне лікування українців.

Найбільше запитань до Міністерства охорони здоров'я та НСЗУ стосувалося системи контролю якості медичних послуг. Влітку Верховна Рада ухвалила законопроект №6306 щодо удосконалення медичного обслуговування населення. Одне з положень цього законопроекту полягає в наступному - НСЗУ отримає можливість здійснювати моніторинг послуг відповідно до умов договору; за словами голови НСЗУ Наталії Гузак, у департаменті, який займається цим питанням, працювало лише 17 осіб; на перевірку даних з 17 лікарень пішло близько семи місяців. Тому не було часу на перевірку більшості з 3 000 медичних закладів. Зараз відділ розширено, а нові співробітники проходять навчання в сільській місцевості. Незабаром НСЗУ подасть на розгляд Уряду нові процедури оцінки якості медичних послуг. Перевірки проводитимуться як планові (наприклад, у пріоритетних сферах), так і позапланові (наприклад, перевірка електронних даних та скарг пацієнтів).

Висновки до третього розділу

1 Дослідження дійшло висновку, що Україна успадкувала багато закладів охорони здоров'я з радянських часів. Ці об'єкти були побудовані в контексті інших економічних та соціальних реалій, таких як велика кількість сільського населення та труднощі з переїздом до великих міст. Після здобуття незалежності відтік населення до великих міст прискорився. Як наслідок, населення районів і сіл скоротилося, а лікарні перестали справлятися з нормальною кількістю пацієнтів. Зокрема, це призвело до скорочення робочого дня лікарів. Як наслідок, знизилася ефективність їхньої роботи.

2 Можливим вирішенням цієї проблеми є об'єднання лікарень та здача в оренду неефективних приміщень. Однак це вимагатиме вирішення логістичних проблем країни, щоб люди могли відвідувати лікарні з будь-якої точки країни. Логістичний сектор був би не лише соціально корисним, але й економічно вигідним для розвитку регіону.

3. Очевидно, що розвиток сектору охорони здоров'я не повинен бути автономним. Система значною мірою залежить від законодавчої системи та бюджетного фінансування. Проявами такої ситуації є: неузгодженість та суперечливість законодавчої бази, що регулює охорону здоров'я в Україні, зокрема фінансово-економічну та господарську діяльність галузі; непослідовне та значною мірою ситуативне управління галуззю охорони здоров'я; відсутність послідовної та науково обґрунтованої політики щодо реформування галузі охорони здоров'я; хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я, нецільове використання бюджетних коштів та програмного забезпечення, серед іншого.

ВИСНОВКИ

Розглянуто теоретичні засади адміністрування у сфері охорони здоров'я, відповідно до яких визначено ефективні підходи до управління:

1. виявлено, що в моделі управління запланованими змінами формулювання цілей змін і процесів змін визнається важливою ланкою управління, тоді як у підході незапланованих змін темп і характер змін настільки швидкий і складний, що керівникам складно своєчасно реагувати на необхідні зміни Було виявлено, що керівникам складно вчасно реагувати на необхідні зміни. Це одна з особливостей сектору охорони здоров'я. 1. організації охорони здоров'я традиційно застосовують інституційний підхід до управління змінами, що пояснюється особливостями впровадження інновацій у державному секторі

2. на основі досвіду провідних країн світу в цій сфері було визначено пріоритетні напрями реформування Серед них: шляхи підвищення якості обслуговування пацієнтів; створення систем охорони здоров'я, орієнтованих на споживача; національна політика у сфері охорони здоров'я та її вплив на конкуренцію; тенденції у сфері злиття організацій охорони здоров'я;

3. ключові тенденції у сфері управління охороною здоров'я, такі як перехід у регулюванні охорони здоров'я від моделі саморегулювання до регуляторної моделі, яка підкреслює партнерські відносини між професіоналами та громадськістю, а також між лікарями та пацієнтами; впровадження нових методів телемедицини та інших форм телемедицини; збільшення залучення більшої кількості іноземних фахівців у цю сферу, Було згадано наступне: а. впровадження нових методів телемедицини та інших форм телемедицини

4. одним з найважливіших механізмів підвищення якості медичних послуг є посилення конкуренції. Саме ринкова конкуренція спонукає постачальників медичних послуг пропонувати більш якісні послуги за нижчими цінами. Посилення конкуренції на внутрішньому ринку, розуміння необхідності

безперервного навчання та постійного обміну досвідом з колегами з інших країн призведе до надання унікальних та швидких послуг вищої якості, ніж у західних країнах. Охорона здоров'я зазвичай сприймається як «унікальна». Однак термін «унікальна» часто використовується для позначення того, що принципи вільного ринку домінують в інших основних секторах і що економічні закони не можуть бути застосовані до охорони здоров'я.

5. також представив проблеми в українському секторі охорони здоров'я та шляхи реформування і підвищення якості управління. Проблеми включають традиційні, нераціональні методи управління та недостатнє фінансування сектору охорони здоров'я. Також було висвітлено питання неформальних платежів. Такі платежі, за своєю природою, не забезпечують прозорості і тому повинні бути обов'язково скасовані. Натомість оплата медичної праці має бути виведена з тіні, щоб забезпечити не лише справедливі умови, але й захист прав людей на медичні послуги.

6. до переліку реформаторських заходів включено реформування системи підтримки та залучення громадян до добровільного медичного страхування. Основні політичні підходи, які були сформовані, включають: посилення фінансового захисту, а не розширення охоплення; виявлення прогалин в охопленні державними послугами та фінансовим захистом та інших бар'єрів доступу; орієнтація на більш заможні групи населення, такі як державні службовці та інші працівники формального сектору. Зосередження зусиль на посиленні фінансового захисту тих, хто найбільше його потребує, а не на розширенні охоплення; забезпечення взаємодоповнюваності між державним і приватним фінансуванням охорони здоров'я; виявлення прогалин в охопленні державними послугами перед ухваленням політики захисту державних ресурсів. ДМС.

Розглянути варіанти захисту державних джерел фінансування, коли ДМС має доповнювати, а не замінювати державні джерела фінансування; визначити межі між обов'язковим і добровільним страхуванням, які можуть надаватися однією і тією ж організацією/відомством/компанією; наслідки субсидування ДМС за рахунок податкових надходжень з точки зору справедливості та ефективності розглянути можливість розвитку ДМС як невід'ємної частини ширшої системи фінансування охорони здоров'я.

7. дослідження дійшло висновку, що Україна успадкувала велику кількість закладів охорони здоров'я з радянських часів у містах, районах та сільській місцевості. Ці об'єкти були побудовані в контексті інших економічних та соціальних реалій, таких як велика кількість сільського населення та труднощі з доїздом до агломерацій. Після здобуття незалежності відтік населення до великих міст прискорився. Як наслідок, населення районів і сіл скоротилося, а лікарні перестали справлятися з нормальною кількістю пацієнтів. Зокрема, як наслідок, скоротився робочий час лікарів. Як наслідок, знизилася ефективність роботи. Іншими словами, щоб забезпечити функціонування всіх лікарень, держава продовжує фінансувати стіни та медичний персонал замість того, щоб надавати якісні послуги, які вона повинна надавати.

Одним із можливих варіантів вирішення цієї проблеми є об'єднання лікарень та передача в оренду неефективних будівель. Однак це вимагатиме вирішення логістичних проблем для населення, щоб воно могло відвідувати лікарні з будь-якої точки країни. Логістичний сектор допоміг би розвитку регіону не лише в соціальному, а й в економічному плані.

8. очевидно, що розвиток сектору охорони здоров'я не повинен бути автономним. Система сильно залежить від законодавчої системи та бюджетного фінансування. Проявами такої ситуації є: неузгодженість та суперечливість законодавчої бази, що регулює питання охорони здоров'я в Україні, зокрема,

фінансово-економічну та господарську діяльність галузі охорони здоров'я; непослідовне та значною мірою ситуативне управління галуззю охорони здоров'я; відсутність узгодженої, науково обґрунтованої єдиної політики щодо докорінного реформування галузі охорони здоров'я; хронічне недофінансування та хронічне недофінансування та нецільове використання бюджетних коштів і програмного забезпечення.

Таким чином, система управління реформою охорони здоров'я має бути спрямована на поєднання раціонального інституціоналізму з інноваційними підходами, враховуючи як чинні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Відновлення медичної системи після наслідків війни коштуватиме щонайменше 14,6 млрд євро / Урядовий портал. 2022. 30 вер. URL: https://www.kmu.gov.ua/news/vidnovlennia-medychnoi-systemy-pislia-naslidkiv-viiny-koshtuvatyme-shchonaimenshe-146-mlrd-ievro

2. Долотенко Є.В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління.2014. № 1. С. 89−95.

3. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я впрацях українських учених. URL:http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf (дата звернення: 11.07.14).

4. До війни. Чому страждають і лікарі, і пацієнти? ZN.UA. 2022. 29 вер. URL: https://zn.ua/ukr/HEALTH/nszu-dosi-ne-hotova-do-vijni-chomu-strazhdajut-i-likari-i-patsijenti.html

5. НСЗУ досі не готова Allied Health Workforce and Services: Workshop Summary. Washington, D.C.: The National Academies of Sciences Engineering Medicine; 2011.

6. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01.Київ, 2003. 35 с.

7. Рогова О.Г. Концептуальні засади розвитку охороноздоровчого права та законодавства України про охорону здоров'я // Часопис Академії адвокатури України. 2014. № 1. С. 163−164.

8. Чеканова Т.Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів усистемі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.:

25.00.02. Одеса, 2008. 20 с.

9. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик; под. ред. О.П. Щепина. 376 с.

10. Allsop J, Jones K. Quality Assurance in Medical Regulation in an International Context. Lincoln: University of Lincoln; 2006.

11. Annual Report 2013/14. Australia: Australian Health Practitioner Regulation Agency and the National Boards: 2014.

12. Ayres I, Braithwaite J. Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate. New York: Oxford UniversityPress; 1992.

13. Bamford DR, Forrester PL. Managing planned and emergent change within an operations management environment. Int J Oper Prod Man. 2003; 23(5): 546–564. doi: 10.1108/01443570310471857

14. Beck M. How to cut your health-care bill: pay cash. Wall Street Journal. February 15, 2016. https://www.wsj.com/articles/how-to-cut-your-health-care-bill-pay-cash-1455592277. Accessed August 25, 2018

15. Berezhna, Yu. V. (2012), “Objective necessity of the state regulation of the development of the sphere of health care in Ukraine”, Zbirnyk materialiv Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii [Collection of materials of the International Scientific and Practical Conference] Sotsialno-ekonomichnyi rozvytok Ukrainy ta yii rehioniv: problemy nauky ta praktyky [Socio-economic development of Ukraine and its regions: problems of science and practice], Kharkiv, pp. 236–239.

16. Berezhna, Yu. V. (2014), “Conception of state regulation in the public health sector of Ukraine”, Busines In-form, vol. 11, pp. 166–170.

17. Burnes B. Emergent change and planned change-competitors or allies? The case of XYZ construction. Int J Oper Prod Man. 2004; 24 (9): 886-902. doi: 10.1108/01443570410552108.

18. Burnes B. Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: a Re-appraisal. J. Manag. Stud. 2004; 41(6): 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x.

19. Colombo F, Tapay N (2003). The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.

20. Dafny L, Gruber J, Ody C, More insurers lower premiums: evidence from initial pricing in the health insurance marketplaces. Am J Health Econ. 2015; 1(1):53-81

21. Deloitte. 2019 global health care industry outlook: shaping the future. www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf. Accessed August 26, 2019.

22. Department of Health, UK. Extending Professional and Occupational Regulation. Published to DH website; 2009.

23. Dickson GS, Lindstrom R, Black C, der Gucht D. Canadian Health Services Research Foundation and Canadian Electronic Library (Firm). Evidence-informed change management in Canadian healthcare organizations – Canadian Health Services Research Foundation, 2012.

24. Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E (2004). Facing the challenges of health care financing. In: Figueras J et al., eds. Health systems in transition: learning from experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:51–83.

25. Dixon J. Regulating Health Care — The Way Forward. London: King's Fund; 2005.

26. Dywili S, Bonner A, Anderson J, O' Brien L. Experience of Overseas-Trained Health Professionals in Rural And Remote Areas of Destination Countries: A Literature Review. Aust J Rural Health. 2012 Aug;20(4):175-84. doi: 10.1111/j.1440-1584.2012.01281.

27. Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. Buckingham, Open University Press:106–125.

28. Gaál P et al. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions and dilemmas. Health Politics, Policy and Law, 31(2):251–293.

29. General Medical Council of UK. Accessed at http://www.gmc-uk.org/news/14172.asp on August 17, 2015.

30. Gilman DJ, Fairman J. Antitrust and the future of nursing: federal competition policy and the scope of practice.Health Matrix. 2014;24:143,163;

31. Goldhill D. Catastrophic Care: Why Everything We Think We Know about Health Care is Wrong. New York:Vintage Books; 2013

32. HealthyPeople.gov. Social determinants of health. www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health. Accessed August 26, 2019.

33. Hinings CR, Greenwood R. The dynamics of strategic change. Blackwell, UK: Walter de Gruyter; 1989. p. 223.

34. Hryhorovych, V.R., (2010), “Improving the management mechanisms of state support of the health care system in Ukraine”, Derjavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok [Public administration: improvement and development],vol. 2, available at:http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93 (Accessed 27 December 2017).

35. Hrytsyniak, O.I., (2014), “Improving the regulation of the healthcare system as the main institution of labor development”, Naukovyi visnyk Khersonskogo derjavnogo universytetu, Seriya: Ekonomichni nauky [Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: “Economic Sciences”], vol. 5(1), pp. 159–161

36. Iles V, Sutherland K. Organizational Change: A Review for Health Care

Managers, Professionals and Researchers. National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO) UK; 2001. p. 100.tion R&D (NCCSDO) UK; 2001. p. 100.

37. Institute of Medicine, National Acad. of Sciences. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. Washington DC: National Academies Press; 2011

38. Ivanov, Yu. B., Berezhna, Yu. V. (2014), "Tools for state regulation of health care in Ukraine", Ekonomika i region, Seriya:Ekonomika ta upravlinnia nacionalnym gospodarstvom [Economy and region. Series: "Economics and management of the national economy"], vol. 4(47), pp. 101–106.
4. Decree of the President of Ukraine,(2000), "About the Concept of development of public health services of Ukraine", no. 1313/2000, available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text(Accessed 27 December 2017).

39. Lansisalmi H, Kivimaki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. Nurs Sci Q. 2006; 19: 66-72.

40. LaPointe J. Value-based contracts with risk 3 to 5 years away for providers. RevCycleIntelligence.com. March 19, 2019. https://revcycleintelligence.com/news/value-based-contracts-with-risk-3-to-5-years-away-for-providers. Accessed August 26, 2019.

41. Lee MH, Schuur JD, Zink BK. Owning the cost of emergency medicine: beyond 2%. Ann Emerg Med. 2013;62(5):498-505.

42. Leng CH. Medical Tourism and the State in Malaysia and Singapore. Global Social Policy. 2010 Dec;10(3):336-57.

43. Lewin K. Quasi-stationary social equilibria and the problem of permanent change. In: Organization change. A comprehensive reader. Burke WW, Lake DG, Jill Paine W, editors. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 73-77.

44. Lewis M (2000). Who is paying for health care in eastern Europe and

central Asia? Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Human Development Sector Unit.

45. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M et al. Transformational change in health care systems: an organizational model. Health Care Manage Rev. 2007; 32(4): 309-320.

46. Martin GP, Weaver S, Currie G, Finn R, McDonald R. Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in routine practice.Health Serv Manage Res. 2012; 25(4): 90-199. doi: 10.1177/0951484812474246.

47. Newman D, Parente S, Barrette E, Kennedy K. DATAWATCH: Prices for common medical services vary substantially among the commercially insured. Health Aff. 2016;35:5923-5927. doi:10.1377/hlthaff.2015.1379

48. Occupational licensing: a framework for policy makers. U.S. Department of the Treasury, Council of Economic Advisors, and the Department of Labor. July 2015, at 31-32.

49. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in Healthcare delivery Systems: A Conceptual Framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal. 2010; 15(1): 2-16

50. Pashkov, V. (2006), “Stateregulationofhealthcareactivities”, Farmacevtika i farmaciia [Pharmaceutics and pharmacy], vol. 26(547), available at: https://www.apteka.ua/article/3256 (Accessed 27 December 2017).

51. Perry MJ. Chart of the day (century?): price changes 1997 to 2017. American Enterprise Institute. February 2, 2018. http://www.aei.org/publication/chart-of-the-day-century-price-changes-1997-to- 2017/. Accessed August 21, 2018.

52. Phelan D. Best Practice Change Management Guidelines. London: National Health Service; 2010. p.

53. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine.

Consultation draft. May 2022 / World Health Organization. 2022. 01 May. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf

54. Ramesh T, Gee E. Center for American Progress. Rural hospital closures reduce access to emergency care. Center for American Progress; September 9, 2019. www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2019/09/09/474001/rural-hospital-closures-reduce-access-emergency-care/. Accessed October 23, 2019.

55. Report of the Working Group on Differentiation between Medical Procedures and Beauty Services for Submission to the Steering Committee on Review of Regulation of Private Healthcare Facilities. HKSAR: Department of Health; 2013.

56. Safonov, Yu. M., Matukova-Yaryha, D.G., (2012), "Perspective directions of improvement of mechanisms of regulation by health care institutions", Efeknyvna ekonomika [Efficient economy], vol. 12, available at:https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/25056/Safonov_12_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Accessed 27 December 2017)

57. Schein E. Organizational Psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1988. p. 274.

58. Schmitt M. Do hospital mergers reduce costs? J Health Econ. 2017;52:75.

59. See Joint Hearing on Health Care and Competition Law and Policy Before the FTC and Department of Justice, 33-34 (Jun. 10, 2003), (statement of Dr. Morris Kleiner).

60. See, for instance, the Statement of the Federal Trade Commission in the Matter of Phoebe Putney Health Services, Inc., et al., Dkt. No. 9348 (Sept. 4, 2014)

61. Selznick P. Focusing Organisational Research on Regulation.In Noll R.G. (Ed.), Regulatory Policy and the Social Sciencespp. 363-8. Berkeley: University of California Press; 1985.

62. Sheldon H, Swain D, Harriss L. The Patient Voice in Revalidation: A

Discourse Analysis. London: Picker Institute Europe; 2011.

63. Short SD, McDonald F. Health Workforce Governance —Improved Access, Good Regulatory Practice, Safer Patients. England: Ashgate Publishing Limited; 2012.

64. Spending on shoppable services in healthcare. Healthcare Cost Institute. Issue Brief No. 11. March 2016. https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16_0.pdf. Accessed August 21, 2018.

65. Stigler GJ. The theory of economic regulation. Bell J Econ Man Sci. 1971 Spring;2(1):18-20; Kleiner MM. Occupational licensing. J Econ. Persp 2000;14:189,191.

66. Sutherland K, Leatherman S. Regulation and Quality Improvement - A Review of the Evidence. London: The Health Foundation; 2006.

67. The Authority Annual Report of Accounts 2013-2004. UK: Professional Standards Authority for Health and Social Care; 2014.

68. The Shipman Inquiry. Fifth Report — Safeguarding Patients:Lessons from the Past, Proposals for the Future. London:The Stationery Office; 2004.

69. Thompson R, Witter S (2000). Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. International Journal of Health Planning and Management, 15:169–187.

70. Thomson S, Mossialos E (2007). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. Journal of European Integration, 29(1):89–107.

71. Thomson S, Mossialos E (2009). Private health insurance in the European Union. Brussels, European Commission.

72. TransUnion. Out-of-pocket costs rising even as patients transition to lower cost settings of care: new TransUnion Healthcare analysis found that most patients

face a $500+ cost burden. June 25, 2019. https://newsroom.transunion.com/out-of-pocket-costs-rising-even-as-patients-transition-to-lower-cost-settings-of-care/. Accessed August 26, 2019.

73. Trust, Assurance and Safety: The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. UK: Department of Health; 2007.

74. Tullock G. The welfare costs of tariffs, monopolies, and theft. West Econ J. 1967;5(3):224–232; Murphy KM, Shleifer A, Vishny RW. Why is rent-seeking so costly to growth? Am Econ Rev. 1993;83(2):409–414.

75. Ukraine health crisis worsens as medics work amid shelling, WHO says. Reuters. 2022. 04 Aug. URL: https://www.reuters.com/world/europe/ukraine-health-crisis-worsens-medics-work-amid-shelling-who-2022-08-04/

76. Ukraine: 1,000 Ukrainian patients transferred to European hospitals / European Commission. 2022. 05 Aug. URL: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_22_4882

77. Van Parys J. ACA marketplace premiums grew more rapidly in areas with monopoly insurers than in areas with more competition. Health Aff. 2018 Aug; 37(8):1243 125. https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2018.0054. Accessed September 20, 2018.

78. Wong DSY. Beauty Parlour Deaths and the Medical Profession. Hong Kong Medical Journal. 2014; 20: 352-3.