

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
(повне найменування вищого навчального закладу)

Навчально-науковий інститут публічного управління та
адміністрування

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

кафедра публічного управління та адміністрування

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри публічного управління та адміністрування

О. Н. Євтушенко

“ _____ ” _____ 20__ року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

(ступінь вищої освіти)

на тему:

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ
СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Керівник: к.держ., упр., доцент
Штиршов Олександр Миколайович
(вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Рецензент: д.політ. н., професор
Євтушенко Олександр
Никифорович
Никифорович
(посада, вчене звання, науковий ступінь, П.І.Б.)

Виконав: студент VI курсу групи 639 МЗ
Федоренко Дмитро Юрійович
(П.І.Б.)

Спеціальності: 281 «Публічне управління та
адміністрування»
адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

ОПП: «Управління закладами охорони
здоров'я»
здоров'я»

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
1.1. Державна політика сфери медичних послуг як об'єкт наукових досліджень.....	7
1.2. Понятійно-термінологічний апарат дослідження сфери медичних послуг як об'єкту державної політики.....	16
1.3. Світовий досвід реалізації моделей державної політики у сфері медичних послуг та можливість імплементації в Україні.....	28
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	41
2.1. Особливості нормативно-правового механізму державної політики у сфері медичних послуг.....	41
2.2. Шляхи гармонізації вітчизняного медичного законодавства до законодавства країн ЄС.....	51
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	65
3.1. Вдосконалення організаційного механізму державної політики у сфері медичних послуг.....	65
3.2. Сучасні інструменти державної політики у сфері медичних послуг.....	75
ВИСНОВКИ	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	92

ВСТУП

Актуальність проблеми розвитку медичних послуг в Україні, набула ще більшої гостроти особливо після підписання Угоди про асоціацію з ЄС коли розпочались глобальні реформи в медичній сфері, які спрямовані на гармонізацію українського законодавства з європейськими стандартами. Це передбачає забезпечення доступу до якісних медичних послуг, впровадження іновативних технологій і покращення ефективності надання медичних послуг. Адже створення умов для активної конкуренції на ринку медичних послуг дозволить підвищити якість і доступність медичних послуг, зокрема через залучення приватних та державних медичних установ до конкуренції. В цьому контексті головним завданням є забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій громадян, особливо в умовах значних соціально-економічних труднощів, таких як недофінансування, старіння обладнання, незадовільний стан лікувальних закладів та в умовах військових дій саме в зазначених нами умовах виявляються розбіжності та прогалини в нормативно-правовому регулюванні, зокрема у взаємодії між державними та приватними медичними установами. Це ускладнює ефективне впровадження реформ та забезпечення контролю за якістю медичних послуг.

Серед інших проблем маємо також зазначити питання доступності та регулювання ринку лікарських препаратів, що є важливою проблемою, яка потребує ефективного регулювання ринку лікарських засобів. В Україні існують проблеми з недоступністю деяких ліків, а також з високими цінами на лікарські засоби, що обмежує їх доступність для широких верств населення, в цьому контексті варто згадати і про тінізацію оплати праці медичних працівників що також є однією із серйозних проблем, яка негативно впливає на мотивованість медичного персоналу та якість обслуговування. Ця ситуація спричиняє зниження ефективності та якості медичних послуг.

Таким чином для ефективного розвитку сфери медичних послуг як важливої складової державної політики у цій сфері необхідно провести детальний аналіз правових проблем, що виникають при регулюванні цієї сфери. Це дозволить виявити прогалини та розбіжності в існуючих нормативно-правових актах, а також визначити шляхи їх удосконалення та гармонізації з міжнародними стандартами в умовах сьогодення.

Проблемам розвитку та реформування державної політики в сфері медичних послуг присвятили свої праці як вітчизняні дослідники: А. Авраменко, М. Білинська, С. Войтович, С. Домбровська, Д. Карамішев, Н. Кризіна, Я. Радиш, Є. Рижкова, І. Рожкова, В. Шевчук, так і іноземні: З. Аванг, Ар. Вендт, Р. Гетце, М. Лагард, А. Сміт, Р. Солтман, Б. Старфілд, та інші.

Не дивлячись на достатньо вагомий внесок низки дослідників проблема розвитку медичних послуг, ефективного регулювання охорони здоров'я та економічних взаємин на ринку вимагають подальших наукових досліджень для пошуку оптимальних шляхів реформування та удосконалення медичної системи. Це надає значущу актуальність обраній темі, оскільки вона має безпосередній вплив на поліпшення якості медичних послуг та економічну стабільність в системі охорони здоров'я.

Мета роботи полягає у науковому обґрунтуванні теоретико-методологічних засад та вироблення практичних рекомендацій стосовно вдосконалення державної політики у сфері реалізації медичних послуг.

Для реалізації поставленої мети було сформульовано та розкрито наступні **завдання**:

- розкрити роль державної політики сфери медичних послуг як об'єкту наукових досліджень;
- проаналізувати понятійно-категоріальний апарат дослідження сфери медичних послуг як об'єкту державної політики;
- визначити можливості імплементації світового досвіду моделей державної політики у сфері медичних послуг у вітчизняну практику;
- дослідити нормативно-правовий механізм державної політики у

сфері медичних послуг;

- обґрунтувати шляхи гармонізації вітчизняного медичного законодавства до законодавства країн ЄС;
- окреслити напрями вдосконалення організаційного механізму державної політики у сфері медичних послуг;
- запропонувати сучасні інструменти державної політики у сфері медичних послуг з урахуванням сучасних реалій.

Об’єктом кваліфікаційної роботи є система державної політики щодо реалізації сфери медичних послуг.

Предметом кваліфікаційної роботи є теоретико-методологічні засади формування і реалізації державної політики у сфері медичних послуг.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети у роботі використано логіко-діалектичний метод пізнання: використовувався для визначення сутності поняття «державна політика у сфері медичних послуг» та допоміг з’ясувати взаємозв’язок між різними елементами державної політики та її вплив на медичні послуги. Це дозволило виявити основні тенденції та особливості розвитку цієї сфери в Україні. Метод системного аналізу та синтезу використовувався для вивчення взаємодії суб’єктів медичних послуг, таких як держава, медичні установи, страхові компанії та громадяни. Систематизація цих взаємодій дозволила визначити ключові чинники, що впливають на ефективність регулювання медичних послуг. Порівняльний метод був застосований для вивчення аналогічних практик та досвіду зарубіжних країн у сфері медичних послуг, що дозволило знайти ефективні моделі для їх впровадження в Україні. Використання міждисциплінарного підходу дало змогу комплексно проаналізувати різні аспекти державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема правові, економічні та організаційні. Це дозволило не лише вивчити нормативно-правовий механізм, але й оцінити, як ці механізми взаємодіють з структурою організаційного механізму державної політики в медичних послугах.

Практичне значення отриманих результатів. Здійснений аналіз⁶ та висновки, викладені у роботі, можуть бути впроваджені в практику – як у навчальний процес закладів вищої освіти для підготовки фахівців у сфері управління закладами охорони здоров'я, так і у нормотворчу діяльність з реформування системи надання медичних послуг.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, семи підрозділів, висновків та списку використаних джерел яке містить 77 найменувань, загальний обсяг роботи становить 100 сторінок

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Державна політика сфери медичних послуг як об'єкт наукових досліджень

Проблематика регулювання охорони здоров'я пов'язана з виникненням суперечностей між соціальною місією держави (забезпечення доступу до медичних послуг для всіх громадян) та приватними підприємницькими мотивами у медичному бізнесі. Це питання є актуальним як для України, так і для інших країн світу, оскільки часто державні та приватні інтереси не збігаються, що ускладнює ефективне регулювання.

Ринок медичних послуг має ряд особливостей, які відрізняють його від звичайного ринку споживчих товарів і послуг. Однією з основних відмінностей є важливість забезпечення населення якісним медичним обслуговуванням, оскільки це безпосередньо пов'язано з життям та здоров'ям нації. Крім того, медична система має критичне значення в умовах військової агресії та під час післявоєнного відновлення країни. Як показує світова практика, ефективність регулювання медичного ринку значною мірою залежить від рівня доходів держави. Чим бідніша країна, тим складніше сформулювати ефективну регуляторну політику в сфері охорони здоров'я. Це може бути пов'язано з обмеженими фінансовими ресурсами для забезпечення якісного медичного обслуговування, створення та впровадження ефективних механізмів державного контролю та підтримки.

Регулювання сфери медичних послуг є важливим, але складним завданням для держави, що вимагає балансування між соціальними цілями та економічними інтересами. Важливою складовою цього процесу є забезпечення доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян,

зокрема в умовах криз, таких як війна або економічна нестабільність. Однак, щоб забезпечити ефективне регулювання в цій сфері, держави з обмеженими ресурсами стикаються з додатковими труднощами, що вимагає розробки ефективних політик для подолання цих викликів.

Державне регулювання системи охорони здоров'я є основним інструментом, через який уряд забезпечує ефективність національної медичної системи, моніторить і контролює діяльність учасників ринку медичних послуг, зокрема медичних закладів, страховиків та постачальників. Створення чіткої правової бази для охорони здоров'я дозволяє забезпечити ефективну та безпечну діяльність медичних установ, у тому числі з урахуванням прав пацієнтів та медичних працівників. Останні десятиліття характеризуються відсутністю надмірного контролю з боку держави, що дозволяє більш гнучко реагувати на зміни ринку медичних послуг. Це дає можливість місцевим органам влади приймати рішення в залежності від місцевих потреб і умов, а також стимулювати конкуренцію серед постачальників послуг. Частина повноважень, які раніше виконувало Міністерство охорони здоров'я, тепер можуть здійснювати територіальні громади та місцеві органи влади. Це дозволяє адаптувати систему охорони здоров'я до конкретних регіональних умов.

У країнах з розвиненими системами охорони здоров'я уряди активно співпрацюють з приватними компаніями та неурядовими організаціями для надання медичних послуг, що допомагає зменшити навантаження на державний сектор і забезпечити ширший доступ до медичних послуг. Дерегулювання стало важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я, дозволяючи урядам країн знижувати державні витрати, підвищувати ефективність використання ресурсів та забезпечувати здорову конкуренцію на ринку медичних послуг. У результаті змін в організації медичних послуг, наявні схеми фінансування та управління медичними установами, більшою мірою передаються на місцевий рівень, що дає можливість краще відповідати на потреби населення.

Створення та розвиток державної політики сфери медичних послуг складним та багаторівневим процесом, який залежить від багатьох факторів: часу, рівня соціально-економічного розвитку країни, стану системи охорони здоров'я, а також від загальних соціальних політичних умов. Усі етапи цього процесу впливають на формування сучасної моделі медичних послуг, її ефективність та здатність реагувати на потреби населення. Перші спроби державного контролю в сфері охорони здоров'я з'явилися в країнах з розвинутою економікою в кінці XIX - на початку XX століття. У цей період заклади охорони здоров'я перебували в основному у приватних руках, а держава діяла переважно як регулятор, встановлюючи мінімальні стандарти для медичних послуг. У цьому контексті основною метою держави було забезпечення базових умов для існування системи охорони здоров'я, включаючи боротьбу з інфекційними захворюваннями та розвиток інфраструктури медичних установ.

Після Другої світової війни в багатьох країнах Європи відбувалася націоналізація системи охорони здоров'я, що передбачала державне фінансування медичних послуг через податки. На цьому етапі була сформована концепція соціального медичного страхування, що дозволила державам створювати універсальну систему медичного обслуговування для населення.

Основний акцент у цій системі робився на доступність медичних послуг для всіх верств населення, в тому числі для найбільш вразливих груп. Державне регулювання медичних послуг набуло суттєвого значення в рамках розвитку соціальної політики та соціальної держави.

З кінця XX століття почався процес запровадження моделей медичного страхування, які поєднують приватні та державні ресурси. Багато країн стали застосовувати модель обов'язкового медичного страхування (ОМС), в якій держава гарантує базовий рівень медичних послуг, а також сприяє розвитку приватних страхових компаній. Водночас, через дерегулювання та часткову приватизацію медичних установ, ринок медичних послуг став більш конкурентним, що вимагало від держави

нових підходів до регулювання. Це включає розвиток політики щодо забезпечення ефективності використання медичних ресурсів, а також управління системою медичних страховок.

«Певні правила, які регулювали діяльність із надання медичної допомоги ще діяли у стародавніх цивілізаціях. Так, ще в стародавньому Вавилоні в Кодексі Хаммурапі (XVIII ст. до н.е.) було зазначено, якщо хірург шляхом операції врятує життя пацієнтові, то він отримає 10 шекелів срібла. Якщо здоров'ю пацієнта буде завдано збитків, то хірургу слід відрізати руку. Аналогічні відносини між лікарем і пацієнтом були характерні для Стародавньої Індії, де згідно із Зводом законів Ману (X-V ст. до н.е.) лікар піддавався штрафу за невдале лікування. Прості товарно-грошові відносини між лікарем і пацієнтом визначали найпершу модель охорони здоров'я. Проте по мірі розвитку людства і ускладнення умов його існування зростала потреба в медичній допомозі та економічних законах, що регламентують її» [75; 76].

Науковці розглядають «принципи латинської державної політики, описані в «папських листах», виданих у Ватикані в ХХ ст. Головним принципом, про який йде мова в даних документах, є допомога іншому. У християнському соціальному вченні даний принцип означає, що допомога (по-перше, індивіду або членам його сім'ї) в вирішенні проблем, що виникають, має бути надана найближчою громадою або соціальною організацією. Наступною інстанцією є місцева громада, уособлюючи церкву, громадські організації, сусіди; якщо і це не допоможе, то людина має попросити допомоги у держави. Така модель має сімейно-релігійний характер, де церкві відводиться головна роль, використовувалась в основному в католицьких державах того часу. На сьогодні приблизно така модель збереглась в країнах Латинської Америки» [64; 69; 71]. «Дослідженням еволюції розвитку державної політики сфери медичних послуг займалися такі науковці, як Салтман Р. Б., Фігейрас Дж., переважна частина робіт яких присвячена вивченню сучасних стратегій регулювання ринку» [68].

«Реформування системи охорони здоров'я в ряді країн світу останніх років, в тому числі в Грузії, Польщі, Україні викликали нову хвилю наукового переосмислення та переоцінки даного досвіду; серед науковців, чії роботи присвячені даному питанню, відзначимо Рейдера Ф., Урушадзе А., Шеймана І. та інших» [44].

Вивчення проблем, пов'язаних із системою охорони здоров'я та моделями соціального захисту, є важливою частиною економічних і соціальних досліджень. У своїх працях такі відомі вчені, як А. Сміт, Кейнса Дж. М., Гарбарха С., К. Маркс, а також сучасні дослідники, досліджували різні аспекти цих систем, вплив держави на соціальну політику та розвиток соціального захисту.

Дослідження процесів регулювання в останні десятиліття науковцями охоплюють три основні сфери: адміністративне регулювання - регулювання, яке стосується управління та контролю в секторах з конкурентоспроможною ринковою структурою, а також управління процесами ціноутворення і ввезення товарів. Адміністративне регулювання спрямоване на забезпечення справедливого та прозорого функціонування ринків, де є кілька учасників, і часто застосовується для запобігання антиконкурентній поведінці. Це включає антимонопольне регулювання, поліпшення умов для підприємств, забезпечення рівних умов доступу на ринок для нових учасників. Регулювання в монополістичних галузях економіки – у галузях, де існують монополії або олігополії, регулювання стає критично важливим для забезпечення чесної конкуренції та запобігання зловживанню ринковою владою. Це включає нагляд за ціноутворенням, якістю продукції та іншими умовами, що можуть бути використані монополістами для отримання надприбутків за рахунок споживачів. «Якісне» регулювання - регулювання, яке спрямоване на вирішення проблем, що виникають через ринкові дисбаланси, і які не завжди стосуються безпосередньо ціноутворення чи структури ринку. Це включає заходи, що стосуються покращення якості продукції та послуг, запобігання їх низькому рівню або небезпечним характеристикам для

споживачів. Таке регулювання включає нормативно-правові механізми, що визначають стандарти для товарів і послуг, стандартизацію, ліцензування та інші заходи для забезпечення безпеки та якості на ринку. «У роботах Джоскоу Д. та Нолла Р. досліджено регулювання цін у галузях з конкурентною ринковою структурою» [58] «у працях Прасол А., Стіглера Дж. досліджено регулювання діяльності ринку на основі ліцензування» [57; 65; 66].

Науковці Онишко С. та Шевчук В. зазначають, що «стосується питань, пов'язаних із вдосконаленням державної політики розвитку системи охорони здоров'я України зазначають, що історично у світі склалися й існують кілька підходів до забезпечення населення медичними послугами» [23]:

– «ринковий підхід – послуги купують їхні споживачі – пацієнти у відповідності до власного соціально-економічного становища» [23];

– «підхід, заснований на благодійності – можна виділити декілька основних груп населення, що знаходяться у вкрай несприятливому становищі та яким необхідна державна (чи приватна) підтримка» [23];

– «підхід, що засновано на соціальних механізмах перерозподілу, які забезпечують загальне право на отримання медичного обслуговування. Даний підхід є обов'язковим страхуванням здоров'я громадян (оплата здійснюється за рахунок страхових внесків) або державною системою охорони здоров'я (оплата за рахунок бюджету різних рівнів)» [23].

Відповідно до класифікації систем охорони здоров'я, яку представили Гутхмюлер С., Паруоло П., Верзіло С., п'ять основних типів систем можуть бути визначені за структурними та соціально-політичними критеріями рис.1.1. Кожна з цих систем має свої особливості у вигляді організації медичної допомоги, фінансування, а також роль держави в забезпеченні доступу до послуг охорони здоров'я [54].



Рис.1.1. Типів системи охорони здоров'я

«Кроузен М., Хоегарден В., Батенбург Р. розглядають сучасні системи охорони здоров'я, які базуються на категорії країн, віднесених до різних рівнів соціального розвитку. Вони виділяють такі моделі систем охорони здоров'я» [60]:

- «універсалістська (модель Беверіджа)» [60];
- «соціального страхування (модель Бісмарка)» [60];
- «південна модель (Іспанія, Португалія, Греція, частково Італія)» [60];
- «інституційна або соціал-демократична «скандинавська модель» [60];
- «ліберальна (залишкового соціального забезпечення)» [60].;
- «консервативно-корпоративна (Японія)» [60];
- «латиноамериканська; системи охорони здоров'я держав Східної Азії» [60];
- «системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою» [60].

Науковці рекомендують «розрізнити три основні типи систем охорони здоров'я: утилітарну, комунотарну та ліберальну» [69].

Існують кілька історичних класифікацій систем охорони здоров'я, що ґрунтуються на різних ознаках, таких як ступінь централізації ресурсів, джерела фінансування, а також роль держави в управлінні та організації медичних послуг. В основі цих класифікацій лежать різні підходи до організації охорони здоров'я та забезпечення доступу до медичних послуг.

Як зазначає Стеценка В., що «в сучасному підході до типології систем охорони здоров'я повинні переважати правові характеристики універсальних взаємовідносин лікаря й пацієнта, що визначаються фундаментальними (конституційними) свободами особистості. Він вважає, що відповідну цим свободам сучасну модель системи охорони здоров'я, описану ним й обгорнену законодавчою «оболонкою», необхідно будувати, базуючись власне на такому принциповому підході» [43].

Аналізуючи питання розвитку типологій системи охорони здоров'я, слід відзначити, що перші спроби класифікації були зроблені ще в 1970-х роках. Один із перших і найбільш впливових підходів до типології систем охорони здоров'я був запропонований британським економістом і соціологом Філдом М. «який використовував два основні виміри «власності» та «автономії лікарів», для того, щоб виділити чотири типи систем надання медичних послуг: плюралістична система, в якій є високе приватне забезпечення та медична професія має високу автономію, система медичного страхування, в якій суб'єкти соціального страхування відіграють важливу роль, а медична професія має високу автономію; система, в якій більшість закладів надання послуг належать державі, лікарі мають високу автономію (національна); соціалістична система, в якій всі заклади належать державі та контролюються нею» [61].

Типології систем охорони здоров'я пройшли значну еволюцію від початкових спроб класифікації до більш складних концепцій, що враховують різні аспекти медичних систем у контексті їх реформування. Спочатку основна увага була приділена традиційним типам, таким як бісмаркська і беверіджянська моделі, які стали класичними підходами до класифікації систем охорони здоров'я. Однак, із часом, з розвитком

наукових досліджень і практики, вчені почали звертати увагу на моделі, які не підпадають під ці класичні категорії, а також на нові концепції, що виникали в процесі реформування систем охорони здоров'я.

«Ці версії типологій системи охорони здоров'я підтримуються інституціональною теорією як через зацікавленість в інституціональних змінах» [3], «так і через зацікавленість у тому, як інституційні установки та «налаштування» систем охорони здоров'я можуть бути пов'язані з вирішенням конкретних проблем у сфері охорони здоров'я, наприклад, таких, як нерівність в доступі до медичних послуг різних верств населення, неякісне надання медичних послуг та інших» [53]. Поява інституту страхової медицини є важливим кроком у розвитку ринку медичних послуг, оскільки він вводить новий учасник, який значно впливає на діяльність інших учасників цього ринку. З кожним роком його роль у медичному секторі зростає, адже він відіграє важливу роль у регулюванні фінансування та доступу до медичних послуг. У контексті інституціоналізму, головним об'єктом дослідження стає не лише агент (наприклад, пацієнт, лікар або медична установа), але й інститут, а саме організації та структури, які взаємодіють між собою.

Управління змінами в медичній сфері через призму інституціоналізму дозволяє створювати прогнози щодо майбутнього розвитку медичних послуг, а також визначати оптимальні стратегії для досягнення високого рівня доступності та якості медичної допомоги для громадян.

«Загалом інституціональний підхід представлено сьогодні цілим спектром різних напрямків, в тому числі новим інституціоналізмом в державному управлінні та соціології, з погляду методології застосуємо його при дослідженні складних соціальних і медичних систем, до вивчення процесів управління в цих системах. Основною спрямованістю досліджень в цьому напрямку є розгляд інституціональних змін поведінки людини як агента і соціальних груп (популяції агентів), а також динаміки розвитку медико-соціологічних систем в цілому, пов'язаних з хворобами і охороною

здоров'я та еволюційними процесами в суспільстві» [55].

Сучасні наукові дослідження в галузі державного управління, особливо в країнах ЄС, зокрема в Німеччині, Польщі, Австрії та інших, орієнтовані на вдосконалення існуючих інституційних структур і покращення взаємодії між ними. Замість того, щоб впроваджувати нові інститути, фахівці зосереджуються на глибшому розумінні вже наявних інституційних установок і взаємозв'язків у системах охорони здоров'я.

Сучасні тенденції в сфері медичних послуг визначають нові вимоги до регулювання ціноутворення, зокрема в контексті приватних медичних закладів. Це питання є комплексним і багатогранним, оскільки включає багато факторів, які взаємодіють між собою, впливаючи на цінову політику медичних послуг.

Узагальнюючи теоретичне дослідження, важливо зазначити, що питання регулювання ціноутворення на медичні послуги, зокрема у приватних медичних закладах, вимагають комплексного підходу, який включає не тільки прямі фактори ціноутворення, але й вплив посередників, таких як компанії страхового сектору. Цей аспект є важливим для формування чіткої системи ціноутворення, оскільки страхові компанії можуть впливати на рівень фінансування медичних послуг і визначати тарифи для пацієнтів, що має прямий вплив на їх доступність та якість.

1.2. Понятійно-термінологічний апарат дослідження сфери медичних послуг як об'єкту державної політики

Відсутність чіткого визначення поняття «медична послуга» в українському законодавстві є суттєвою проблемою для ефективного регулювання ринку медичних послуг. Наразі в законодавстві існує лише термін «медична допомога», який охоплює широкий спектр медичних дій, що надаються пацієнтам, але не охоплює всі аспекти медичних послуг, зокрема послуги, які надаються приватними медичними установами чи в

межах платних послуг. З огляду на це, відсутність чіткого визначення «медичної послуги» ускладнює правове регулювання таких аспектів, як ціноутворення, стандартизація та контроль якості медичних послуг. Чітке визначення «медичної послуги» могло б спростити розробку конкретних правових норм щодо тарифів, прав і обов'язків медичних установ, а також підвищити рівень захисту прав пацієнтів. Науковець Євтушенко О. зазначає, що «ринок медичних послуг визначений, з одного боку, як сукупність усіх медичних технологій, виробів медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, що реалізуються в умовах конкурентної економіки, і, з іншого боку, як сукупність наявних і потенційних виробників та споживачів медичних послуг. Водночас науковцем встановлено, що медична послуга є складним комплексом елементів, процесів і послуг, що розвивається в часі та просторі і має певну фазність, стадійність і етапність, які охоплюють усі види робіт, що пов'язані із збереженням, упровадженням і практичною реалізацією медичної допомоги» [11].

Виділяє декілька специфічних особливостей медичної послуги дослідник Янчак Я.:

- «медична послуга – це діяльність (сукупність дій), яку можуть здійснювати не всі особи. До кваліфікації виконавця, що пропонує таку послугу, закон ставить підвищені вимоги. Саме це є основою для видачі ліцензії на здійснення діяльності суб'єкта господарювання» [46];

- «діяльність повинна здійснюватися для досягнення певної мети. Пацієнт (замовник), звертаючись до лікаря, має на меті усунення певних психофізіологічних негативних проявів свого організму. Медична діяльність ґрунтується на об'єктивній потребі людей у збереженні та відтворенні свого тілесного існування» [46];

- «за загальним правилом медична послуга не має матеріального результату. Водночас вона може бути поєднана зі створенням матеріального компонента» [46];

- «як правило, результат послуги виконавець не може

гарантувати» [46];

– «медична послуга, будучи об'єктом цивільних прав, має визначену вартість, тому її надання супроводжується еквівалентним обов'язком з її оплати. В оплату входять витрати виконавця на її надання та його винагорода» [46].

Види медичних послуг	
Проста медична послуга	неподільна послуга, коли присутній один елемент діагностики або лікування
Детальна медична послуга	елементарна і неподільна послуга
Складна медична послуга	сукупність простих послуг, що відбивають сформований в кожному конкретному закладі технологічний процес надання допомоги
Комплексна медична послуга	сукупність різних видів медичних послуг, націлених на отримання будь-якого результату, який не може бути отриманий шляхом надання простою і складною послуги

Рис. 1.2. Види медичних послуг. [2].

Класифікація медичних послуг, що включає різні види послуг в залежності від складності та комбінації, є важливим кроком до більш чіткого розуміння та правового регулювання надання медичних послуг в

Україні. Зокрема, ця класифікація дозволяє виділити різні рівні та типи медичних послуг для чіткішого визначення прав і обов'язків учасників ринку медичних послуг, а також для ефективного впровадження механізмів контролю та стандартизації.

Прості медичні послуги - послуги, що не потребують значних ресурсів і проводяться в рамках базового медичного обслуговування. Вони можуть включати консультації лікаря, базове лікування, вакцинацію, профілактичні огляди тощо. Комбіновані медичні послуги - такі послуги поєднують кілька різних аспектів медичної допомоги, наприклад, діагностичні послуги разом з лікувальними процедурами або обслуговування, яке включає кілька етапів лікування. Комплексні медичні послуги - це більш складні послуги, які включають різноманітні види медичних процедур, наданих в рамках одного лікувального процесу, наприклад, хірургічне втручання з подальшою реабілітацією або послуги, що охоплюють кілька рівнів медичного обслуговування, такі як стаціонарне лікування, реабілітація і подальше спостереження. Прості медичні послуги, що поєднуються з клінічними дослідженнями - цей вид послуг передбачає використання медичних процедур, що включають участь у клінічних випробуваннях або медичних дослідженнях, що дозволяє покращити діагностику та лікування. Прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу - це послуги, які поєднують основну медичну допомогу з додатковими елементами, такими як фізична терапія, психосоціальна підтримка або інші види реабілітації для полегшення процесу одужання пацієнта.

Представлено на рисунках 1.2. та 1.3 структуру та основні види вартості медичних послуг.

Структуризація вартості медичних послуг є важливим інструментом для забезпечення прозорості та ефективності в управлінні витратами медичних закладів. Вона дозволяє здійснювати детальний аналіз і контролювати витрати на кожному етапі надання медичних послуг, що

важливо для прийняття обґрунтованих рішень у сфері охорони здоров'я. Така структуризація допомагає в оцінці економічної ефективності роботи медичних установ, а також у розробці стратегій оптимізації витрат.

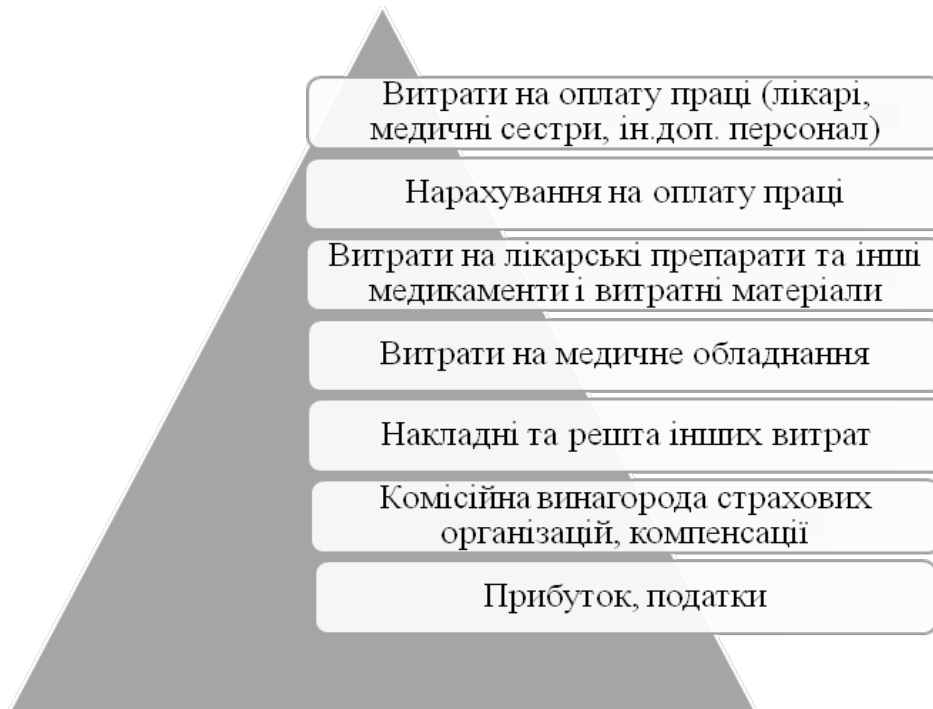


Рис. 1.3. Піраміда вартості медичних послуг.

«Наведена нижче базова структура основних елементів вартості медичних послуг відповідає принципам міжнародної методики «Joint Learning Network. Costing of Health Services for Provider Payment, 2022» (зокрема, облік витрат здійснюється за принципом їх розподілення «зверху вниз»)» [63], «яку закладено в Методику розрахунку вартості медичних послуг, затверджену постановою КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075, із змінами, внесеними згідно з постановою КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1073» [20].

Для розуміння концепції «ринок медичних послуг» та процесів його регулювання важливо чітко визначити, що саме означає цей термін у контексті соціально-економічної діяльності та охорони здоров'я. Для формування власного підходу у визначенні поняття «ринок медичних послуг» у роботі проаналізовано низку наукових праць українських та зарубіжних учених із використанням понятійного апарату цього поняття та класифікації. Результати представлені у вигляді таблиці 1.1.

Визначення поняття «ринок медичних послуг»

	Визначення	Автор	Рік
1.	Сукупність медичних технологій, виробів медичної техніки, ліків; методів організації медичної діяльності, яка реалізується в умовах конкурентної економіки; складова частина ринку громадського здоров'я	Складно виявити першоджерело, зустрічається у багатьох працях вчених	
2.	Ринок, однією з головних особливостей якого є досить великий вплив інституту посередників (страховиків) на інших учасників ринку – державних та приватних медичних закладів та споживачів-пацієнтів	Салтман Р, Фігерас Дж.	1998 рік
3.	Ринок, на якому центральне місце займають взаємовідносини суб'єктів виробництва і споживання медичних послуг в рамках специфічної цивілізованої форми суперництва між медичними працівниками (лікарями) по досягненню найвищого ступеню задоволення цільових потреб пацієнта	Ясинська Е.Ц.	2015 рік
4.	Ринок, специфічною рисою якого є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку. Товаром на даному ринку є медична послуга.	Солоненко І.М.	2011 рік
5.	Ринок, на якому діє нестандартна модель пропозиції та попиту за умови специфічності сфери охорони здоров, в якій є найважливішим товаром або послугою є здоров'я та життя людини	Юринець З.В., Петрух О.А.	2018 рік
6.	Сукупність всіх медичних послуг, медичного обладнання та технологій, форм та інструментів і технологій реалізації медичної діяльності та існуючих і потенційних виробників товарів і споживачів медичних послуг	Гапонова Є.О., Belitzky E., Bach C., Belitzky E.	2018, 2021 рік
7.	Ринок, на якому продається один товар – медична послуга (допомога) та специфічною рисою якого є складність взаємодії між інститутом страхових організацій та державних регуляторних органів у сфері охорони здоров'я	Ghorbanian Zolbin M., Huvila I. and Nikou S	2022 рік

Більшість дослідників акцентують увагу на тому, що на ринку існують чотири основні групи: державні органи, які здійснюють регуляторну діяльність, медичні заклади (як державні, так і приватні), споживачі та посередники (страхові організації).

Ринок медичних послуг є складною та збалансованою системою, в основі якої лежить взаємодія різних учасників, що забезпечують її функціонування. У такій системі важливою є інтеграція організацій та установ, що не лише надають медичні послуги, а й регулюють їх, а також безпосередньо споживають.

Науковець Дудка В. зазначає, що «державне регулювання – це заснована на законодавстві одна з форм державного впливу, яка реалізується за допомогою встановлення державними органами правил, спрямованих на коригування господарської діяльності фізичних і юридичних осіб, підкріплених можливістю застосування правових санкцій у разі їх порушення» [7].

Желюк Т. вважає, що «державне регулювання має на меті створення сприятливих умов для діяльності об'єктів та суб'єктів управління, що відповідає інтересам держави та сприяє загальному розвитку системи управління. Автор вбачає в державному управлінні невід'ємну складову державного регулювання» [12].

Науковець Рябець Д. «під державним регулюванням слід розуміти загальний благоустрій суспільних відносин у певній галузі, який проводиться відповідно до вимог законодавства шляхом непрямого впливу на господарську діяльність суб'єктів економічних відносин, встановлення загальних правил, нормативів, стандартів щодо певного виду господарської діяльності, а також правових засад юридичної відповідальності за їх порушення, контролю за їх виконанням, створення та забезпечення ефективного функціонування фінансової системи, обмеження монополізму, сприяння конкуренції тощо» [41; 42].

Державне регулювання сфери медичних послуг можна визначити як систему організаційних, правових і економічних заходів, спрямованих на досягнення цілей і пріоритетів державної політики в сфері охорони здоров'я. Це регулювання передбачає активну роль держави у забезпеченні якості медичних послуг, доступності для всіх верств населення, контролі за медичними установами та запобіганні зловживанням на ринку. Державне

регулювання є багатогранним інструментом, який забезпечує баланс між ринковими принципами і соціальною справедливістю у доступі до медичних послуг, створюючи основу для ефективного функціонування системи охорони здоров'я в цілому. У таблиці 1.2. наведено різноманітні визначення «державне регулювання медичних послуг», українськими науковцями.

Таблиця 1.2.

Визначення «державне регулювання медичних послуг»

Визначення	Автор	Рік,
Діяльність держави, спрямована на забезпечення громадян якісними медичними послугами; забезпечення гарантованої державою безкоштовної допомоги; забезпечення фінансовими ресурсами; забезпечення новітніми технологіями; керування охороною здоров'я; підвищення кваліфікації кадрів; забезпечення удосконаленою правовою системою; створення конкуренції на медичному ринку	Карамішев Д. В.	2006 рік
Сукупність вже наявних і потенційних споживачів, що мають спільні потреби або запити, які можуть бути задоволені спеціалізованими операторами за допомогою надання послуг високої контактності	Бережна Ю.В.	2014 рік
Сукупність прямих та непрямих методів та інструментів, що впливають на учасників ринку та визначають особливості та стан його кон'юнктури в певний момент часу	Горин В.П.	2015 рік
Сукупність регуляторних дій державних органів влади, направлених на підтримку та поліпшення здоров'я нації, що має сприйматись не тільки і не скільки як здатність до фізичного благополуччя а, скільки як здатність до виконання соціально-трудоових функцій, відтворення сукупності людських здібностей та потреб	Миколаєць І. В.	2017 рік 2018 рік
Складна система, в яку входять державна, муніципальна і приватна системи, і потребує державного регулювання, яке підвищує доступність і якість надання медичних послуг. Держава виступає основним замовником медичних послуг, що сприяють зміцненню здоров'я пацієнта, поліпшенню якості життя й національній безпеці країни	Бобришева О. В, Янчак Я.	2014 рік 2017 рік
Діяльність з надання громадянам лікувально-профілактичної допомоги в Україні, що є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в сфері охорони здоров'я	Комарова І.В., Redfern J., Coorey G., Mulley J., Scaria A., Neubeck L., Hsfiz N., Pitt C.H., Weir K., Forbes J., Parker Sh., Bsmipi F., Coenen A., Enright G. та інші	2014 рік, 2020 рік

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України) виконує важливу роль у структурі ринку медичних послуг. Як центральний орган виконавчої влади, МОЗ формує та реалізує державну політику в галузі охорони здоров'я, зокрема у таких важливих напрямках:

- **Епідеміологічний нагляд.** МОЗ здійснює контроль за станом здоров'я населення, виявленням та попередженням інфекційних захворювань, що має величезне значення для загальної безпеки нації. Це включає моніторинг епідеміологічної ситуації та розробку заходів для запобігання розповсюдженню інфекцій.

- **Державні фінансові гарантії медичного обслуговування.** МОЗ координує реалізацію державних фінансових гарантій медичного обслуговування для всіх верств населення, що є ключовим елементом для забезпечення доступності медичних послуг і лікарських засобів. Це дозволяє державі здійснювати фінансування основних медичних послуг через систему охорони здоров'я.

- **Забезпечення якісними лікарськими засобами.** МОЗ регулює та контролює якість і безпеку лікарських засобів, що поступають на ринок, а також організовує механізми їхнього забезпечення для населення. Це включає ліцензування виробників та контроль за дистрибуцією медикаментів.

- **Технічне регулювання медичних виробів.** МОЗ відповідає за встановлення стандартів і вимог до медичних виробів, включаючи медичне обладнання, що використовуються в медичних установах. Це гарантує відповідність технічних характеристик медичних виробів встановленим вимогам, що сприяє безпеці пацієнтів.

- **Розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.** МОЗ здійснює підготовку, атестацію та сертифікацію медичних працівників, що сприяє підвищенню професіоналізму медичних кадрів. Це важливо для покращення якості медичних послуг, оскільки кваліфіковані фахівці можуть ефективно надавати медичну допомогу [35].

«Держлікслужба України забезпечує реалізацію державної політики

у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, здійснює регулювання оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами, проводить ліцензування фармацевтичних виробництв, займається питаннями імпорту лікарських засобів, здійснює контроль за дотриманням ліцензійних умов та сертифікації, у тому числі контроль у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, інший нагляд за обігом медичних виробів» [21]. Державна регуляторна служба України була створена в 2014 році з метою забезпечення ефективного регулювання ринку та підтримки сталого економічного розвитку. Цей орган влади виконавчого спрямування здійснює функції, пов'язані з формуванням, виконанням і контролем за регуляторними нормами, а також моніторингом за виконанням вимог законодавства, що стосуються різних суб'єктів ринку. «Державний Експертний Центр при МОЗ забезпечує незалежну експертизу фармацевтичної продукції для її допуску на ринок та використання в процесі надання медичних послуг державними та приватними медичними закладами» [5; 6].

Оскільки на сьогодні немає чіткого закріплення порядку та принципів регулювання сфери медичних послугв Україні, необхідно зосередити увагу на структурі державних органів, які здійснюють управлінську діяльність у сфері охорони здоров'я в цілому.

Так, справді, в Україні основні функції, пов'язані з регулюванням медичних послуг, фармацевтики та інших підсекторів охорони здоров'я, виконуються через підрозділи Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). Це включає розробку політик, контроль за їх виконанням, а також здійснення нагляду за дотриманням стандартів і ліцензійних вимог у медичних закладах.

Однак, як ви зазначили, на даний момент в Україні ще не створено окремих спеціалізованих державних органів або агентств, які б повністю займалися регулюванням кожного з підсекторів, зокрема медичних послуг, фармацевтики чи страхування. Це може бути серйозною проблемою для розвитку сектора, оскільки відсутність спеціалізованих органів може

призвести до надмірної концентрації функцій в одному органі (МОЗ), що ускладнює ефективне управління і контроль.

«На початку 2019 року завершився етап автоматизації медичних закладів, коли медичні установи мали можливість реорганізуватися на пільгових засадах. Зараз у парламенті є законопроект № 9075, що так досі і не був включений у Порядок денний ВРУ, яким мають продовжити ще на рік спрощену процедуру реорганізації закладів у комунальні некомерційні підприємства» [57].

Таблиця 1.3.

Функціональне призначення органів влади в сфері охорони здоров'я

№	Назва	Опис регулятора	Відповідальний орган влади	Дія	НПА
1	Охорона здоров'я	Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я,	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	
2	Контроль якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері контролю якості та безпеки лікарських засобів	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	
3	Епідеміологічний нагляд (спостереження) Санітарне та епідемічне благополуччя населення	Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення	Міністерство охорони здоров'я України	Забезпечує формування державної політики	Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України
				Реалізує державну політику	

Аналізуючи ефективність діяльності державних регуляторних органів на сфері медичних послугта суміжних ринках, можна визначити кілька важливих завдань, які потребують вирішення для покращення роботи системи регулювання в Україні:

– «забезпечення неухильного дотримання органами виконавчої влади вимог Закону України «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності»» [31];

– «продовження практики підвищення рівня кваліфікаційної спроможності фахівців центральних та місцевих органів виконавчої влади щодо застосування законодавства про державну регуляторну політику» [31];

– «активне залучення представників бізнес-середовища, громадських об'єднань а також міжнародних і вітчизняних експертів та науковців до участі у формуванні державної політики у сфері функціонування медичних послуг(в тому числі через механізми М-Тесту)» [31].

«Із початком повномасштабного військового вторгнення програма «Доступні ліки» продовжила свою роботу та станом на 10 листопада 2022 року має такі результати» [8; 37]: «1 458 899 українців отримали 6 199 590 електронних рецептів на «Доступні ліки» та інсуліни; 1 260 034 пацієнти погасили 4 949 822 е-рецептів» [8; 37].

Реформування сфери медичних послугта системи охорони здоров'я в цілому дійсно є надзвичайно складним і багатогранним процесом, що вимагає узгоджених зусиль на всіх рівнях управління та в рамках різних секторів. Для досягнення позитивних результатів реформи в галузі охорони здоров'я потрібно враховувати всі ці аспекти та спрямовувати зусилля на створення стійкої системи, яка буде здатна ефективно реагувати на зміни і виклики. Важливим є комплексний підхід, що охоплює політичні, економічні та інституційні реформи, а також забезпечує ефективну реалізацію кожного з етапів перетворень.

1.3. Світовий досвід реалізації моделей державної політики у сфері медичних послуг та можливість імплементації в Україні

Ринок медичних послуг в розвинутих країнах та країнах, що розвиваються, які активно реформують цей сектор, дійсно відрізняється великомасштабними глобальними конкурентами в суміжних сегментах, зокрема на фармацевтичному та страховому ринках. Це створює певні виклики та можливості для розвитку ринку медичних послуг.

«Система охорони здоров'я населення перевантажена в кількох країнах, де універсальні медичні послуги доступні для всіх громадян. Щодо регіонального розподілу, то світовий ринок медичних послуг може бути сегментовано на Північну Америку, Європу, Азіатсько-Тихоокеанський регіон, Латинську Америку, Близький Схід та Африку. Витрати на медичні послуги в Північній Америці достатньо високі, оскільки США становлять майже 40% світових витрат на охорону здоров'я. Очікується, що Азіатсько-Тихоокеанський регіон також становитиме значну частку світового ринку медичних послуг, а витрати на охорону здоров'я в Китаї, за прогнозами, до 2023 року перетнуть 1,5 трлн дол.» [59].

Хочемо зазначити, що ринок медичних послуг, як і більшість інших ринків, має певні особливості, що визначаються балансу між покупцями та продавцями послуг, а також бар'єрами для вступу нових учасників на ринок. Ці фактори формуються на основі низки законодавчих і регуляторних норм, що діють як на національному, так і на міжнародному рівнях.

«Є досить позитивною практика розрахунку ринкового ціноутворення та ринкового рівня рентабельності послуг для медичних закладів не тільки приватної форми власності, а й державної на основі досвіду ЄС та США. Результат - покращення як якості наданих медичних послуг, так спрощення процедури регулювання на суміжних ринках – фармацевтичному та торгівлі медичним устаткуванням. У підсумку це

вплине на фінансові результати діяльності учасників ринку, державний бюджет (зокрема в оподаткуванні імпортованих операцій) та поліпшить доступність послуг для населення» [53].

Практика державно-приватного партнерства (ДПП) є важливим механізмом, який дозволяє поєднати сильні сторони як державного, так і приватного секторів для досягнення ефективності та доступності медичних послуг. У багатьох країнах, зокрема в розвинених економіках, державні витрати на медичні послуги часто комбінуються з приватними асигнуваннями, що дозволяє створювати більш стійкі та ефективні моделі медичного обслуговування. «Державні асигнування можуть фінансуватися за рахунок загального оподаткування (наприклад, у Великій Британії) та/або нарахувань на заробітну плату, які потім спрямовуються до специфічного фонду медичного страхування. Приватні витрати можуть складатись з витрат, що фінансують страхові компанії приватного сектору за власний рахунок, а також за рахунок пацієнтів. Приватне медичне страхування може бути або добровільним, або обов'язковим; Нідерланди використовують останній підхід. Система може бути «безкоштовною в місці користування нею», як у Сполученому Королівстві, або включати повне чи часткове відшкодування витрат страховиками» [68].

Проблема покриття витрат на лікарські засоби та певні медичні послуги є актуальною для багатьох країн, зокрема тих, що мають пострадянську спадщину. У таких країнах, як правило, державне медичне страхування забезпечує лише базову медичну допомогу, але не охоплює придбання ліків, реабілітацію, стоматологічні послуги, деякі спеціалізовані процедури чи лікування в приватних клініках. Це стає суттєвим бар'єром для доступу до необхідних послуг для соціально незахищених верств населення.

Класифікація національних моделей державної політики ринку медичних послуг, застосовуваних в різних регіонах світу, є важливим інструментом для розуміння різних підходів до організації охорони здоров'я представлена на рис.1.4.

Світові національні моделі регулювання ринку медичних послуг

Назва моделі	Держави, що її використовують	Стисла характеристика моделі
Лібералізована	США, Австралія, Канада, Японія	Регулювання діяльності страхового інституту на ринку медичних послуг здійснюється на основі розвинених систем страхування на принципах мінімального втручання держави, яка виступає в ролі регулятора визначеного.
Англійська	Сполучене Королівство (Великобританія), Ірландія	Діє універсальний підхід державних регуляторів ринку щодо уніфікації медичних послуг та забезпечення ліками населення, що виражається в однаковому розмірі обсягів медичного обслуговування та необхідних виплат, а також в релевантних умовах їх.
Західноєвропейська (перерозподільча)	Німеччина, Польща, Франція	Бюджетні відрахування покриття витрат на медичне обслуговування та ліки примірно кореспондують із сумами страхових внесків працюючого населення та працевластців, загалом держава здійснює функцію перерозподілу та контролю даних коштів. Діє досить сильна система страхового захисту, що підтримується.
Південно-європейська	Італія, Іспанія, Греція та інших	Соціальна захищеність громадян в даних державах досить низького рівня, характер державної політики переважно пасивний та орієнтований на компенсацію витрат в загальних структурах доходів окремих.
Західноєвропейська (основана на оподаткуванні)	Швеція, Швейцарія Данія, Норвегія, Фінляндія, Нідерланди	В рамках моделі одним з головних завдань державної влади вважаються вирівнювання рівня доходів населення з метою гарантування забезпечення доступу до медичного обслуговування. Зі свого боку це підкріплено розвиненим державним сектором економіки та високим рівнем оподаткування.
Латиноамериканська	Держави Латиноамериканського регіону	Державний сектор відіграє дуже пасивну роль, вирішальна роль з питань допомоги та забезпечення населення необхідними ліками та медичним обслуговуванням належить церкві, сім'ї та громаді. Інститут страхування.

Ринок медичних послуг у розвинених країнах світу характеризується різними моделями державного регулювання, залежно від участі або відсутності посередників (страхових компаній) у фінансуванні та наданні медичних послуг.

Країни з недостатньо розвиненим інститутом медичного страхування. У таких країнах, як Україна, де інститут медичного страхування тільки розвивається або не має значного впливу на ринок медичних послуг, роль держави є ключовою. Міністерство охорони здоров'я виступає основним органом, що здійснює регулювання ринку

медичних послуг, контролюючи всі аспекти від фінансування до стандартизації послуг. Державне регулювання в таких країнах, як правило, зосереджене на забезпеченні доступу до медичних послуг, контролі за діяльністю державних та приватних медичних установ, а також у впровадженні політики охорони здоров'я, спрямованої на досягнення загальних соціальних цілей.

Країни з розвиненим інститутом медичного страхування. У країнах, де страхові компанії є постійними учасниками ринку медичних послуг, державне регулювання зазвичай має більш складну структуру. Окрім Міністерства охорони здоров'я, на ринку діє державна комісія або інші регулятори, які контролюють не тільки медичні послуги, але й суміжні ринки, такі як фармацевтика та медичне обладнання. Регуляція на цих ринках включає такі аспекти, як контроль за ціноутворенням, стандартизація послуг, контроль якості медичних послуг, а також розподіл ресурсів для медичного страхування.

Діяльність комісій, органів та агентств. У країнах з розвинутою моделлю медичного страхування створюються окремі регуляторні органи для контролю за різними аспектами ринку медичних послуг. Державна комісія чи агентства контролюють дотримання стандартів у медичних установах. Ринкові комісії або регулятори медичного страхування координують діяльність страховиків та медичних постачальників послуг.

Структура регулювання сфери медичних послуг залежить від рівня розвитку медичного страхування та рівня державного втручання. У країнах з сильною роллю держави, наприклад, в Україні, регулювання медичних послуг зосереджено в руках уряду. В країнах з розвиненим медичним страхуванням, таких як Німеччина або Франція, регуляція є більш багаторівневою, включаючи роль державних та приватних органів. Для ефективного функціонування сфери медичних послуг необхідно інтегрувати як державне, так і приватне регулювання, забезпечуючи баланс між доступністю, якістю та ефективністю медичних послуг.

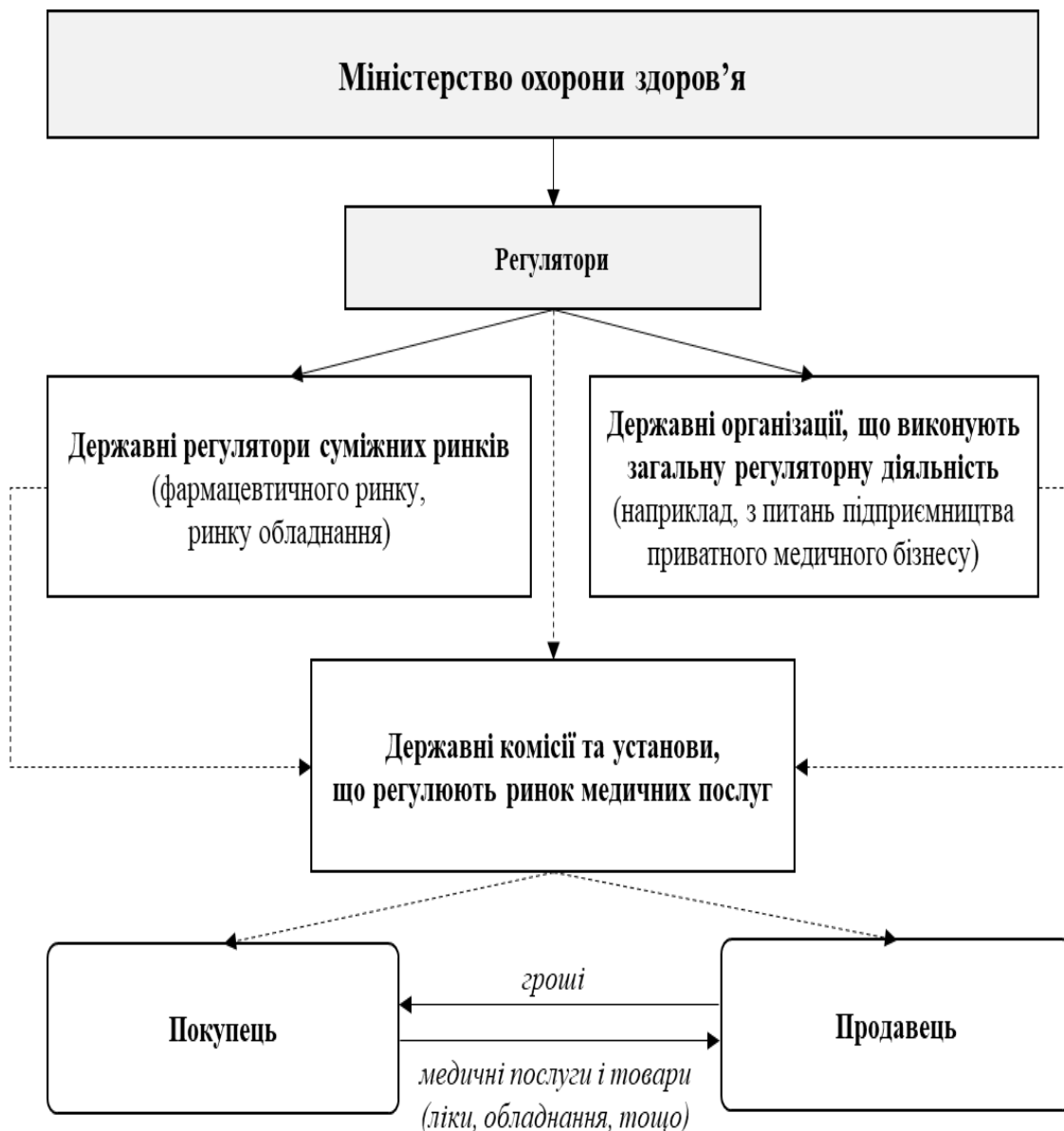


Рис. 1.4. Модель взаємодії у сфері регулювання сфери медичних послуг України.

Модель, де державне регулювання сфери медичних послуг взаємодіє з посередником – страховими компаніями, є широко поширеною в країнах, де існує розвинена система медичного страхування. У таких країнах, як США, Канада та багато країн Європейського Союзу представлені на (рис. 1.5.), державні органи, зокрема органи охорони здоров'я, разом з приватними страховими компаніями виконують важливу роль у забезпеченні доступу до медичних послуг для населення, контролюючи діяльність ринку.

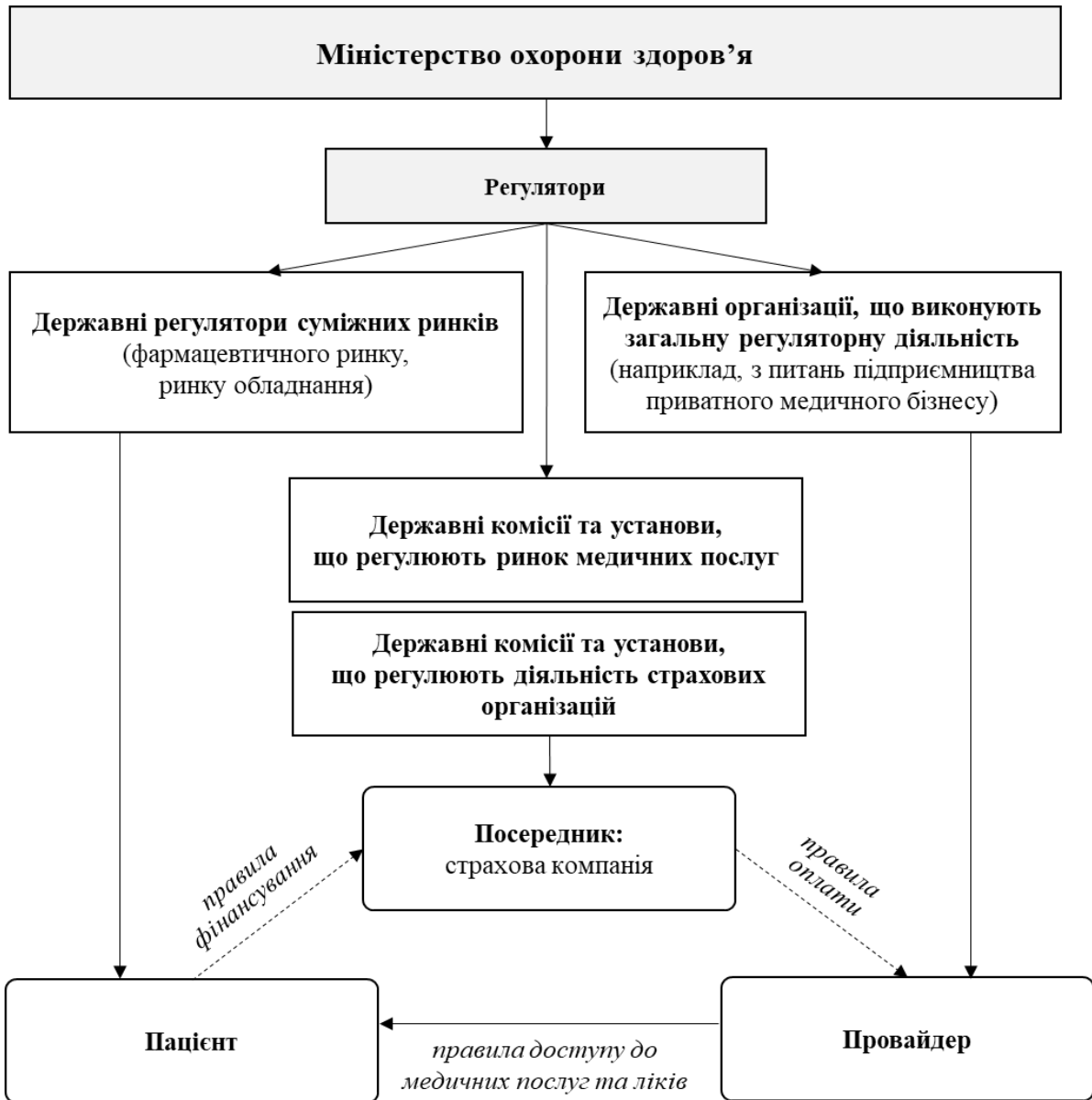


Рис. 1.5. Модель взаємодії у сфері регулювання ринку медичних країни ЄС та США

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS) відіграє ключову роль у забезпеченні медичного обслуговування в США. Одним з основних завдань HHS є не лише нагляд за загальними проблемами охорони здоров'я, але й ініціювання та підтримка нових законів та ініціатив, що сприяють покращенню здоров'я громадян та зменшенню їх витрат на медичне обслуговування.

Закон про поліпшення якості охорони здоров'я (Health Care Quality Improvement Act of 1986, HCQIA), який був прийнятий у 1986 році, має важливе значення для системи охорони здоров'я США, оскільки він надає медичним працівникам та установам імунітет під час проведення оцінок та

експертних оглядів. Головною метою цього закону було забезпечення прозорості та об'єктивності у процесах оцінки кваліфікації лікарів та інших медичних працівників, а також захист від неправомірних позовів, що могли б бути подані на основі цих оглядів [74].

Програма Medicare була започаткована у США для забезпечення медичного страхування для людей похилого віку. З моменту її заснування в 1945 році вона охоплює громадян віком від 65 років і старше, а також певні категорії молодших людей, таких як ті, хто має хронічні захворювання або інвалідність. Medicare є ключовим компонентом медичної системи США, надаючи мільйонам громадян доступ до необхідних медичних послуг. Програма не тільки забезпечує фінансову підтримку для людей похилого віку, але й активно адаптується до змін у медичному секторі, що дозволяє зберігати свою ефективність і стабільність у довгостроковій перспективі [74].

Закон HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) був прийнятий у 1996 році і став важливою частиною американської медичної та соціальної політики. Його основною метою є захист працівників від дискримінації в сфері медичного страхування, а також забезпечення портативності медичних полісів. Це дозволяє працюючим громадянам США зберігати медичне страхування при зміні місця роботи або зміні сімейного статусу [74].

Закон про безпеку та поліпшення якості пацієнтів (PSQIA) від 2005 року та Закон про доступну допомогу (ACA) від 2010 року є двома важливими етапами в реформуванні системи медичного обслуговування в США. Закон про безпеку та поліпшення якості пацієнтів (PSQIA) Цей закон спрямований на покращення безпеки пацієнтів, захищаючи медичних працівників, які повідомляють про небезпечні умови, інциденти або практики в медичних установах. Однією з головних цілей закону є створення системи звітності, яка дозволяє медичним установам збирати інформацію про події, що можуть впливати на безпеку пацієнтів. Це включає створення сприятливих умов для повідомлення про інциденти без

страху перед юридичними наслідками. Закон PSQIA дозволяє медичним працівникам подавати анонімні звіти про інциденти, пов'язані з безпекою пацієнтів, що дозволяє зібрати дані про можливі загрози здоров'ю та покращити систему медичних послуг. Закон про доступну допомогу (ACA). Закон ACA, ініційований Президентом Бараком Обамою, є однією з найбільш значущих реформ системи охорони здоров'я в США. Основною метою цього закону є розширення доступу до медичного страхування, забезпечення більшої доступності медичних послуг і зниження витрат на медичну допомогу [73].

«В Європейському Союзі цілі універсальної охорони здоров'я та доступу до лікування без фінансових бар'єрів були конкретизовані шляхом застосування принципу солідарності в національному масштабі» [32].

Реалізація державної політики сфери медичних послуг Європейського Союзу (ЄС) зосереджена на забезпеченні рівного доступу до медичних послуг, підвищенні ефективності та якості медичного обслуговування для всіх громадян ЄС, а також на спільних зусиллях для боротьби з транснаціональними загрозами для здоров'я. Це включає не лише національні системи охорони здоров'я, а й значну координацію та взаємодію між країнами-членами ЄС.

Європейський Союз (ЄС) активно займається регулюванням і координацією питань охорони здоров'я через низку директив, рекомендацій і політичних ініціатив, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я своїх громадян. «Регуляторні органи ЄС з державної політики ринку медичних послуг, як визначено в документах, що регламентують їхню діяльність, мають рис.1.6.» [15]:



Рис.1.6. Регламентация сферы медицинских услуг ЕС

«Згідно зі статтею 168 Договору про функціонування Європейського Союзу забезпечується високий рівень захисту здоров'я людини при визначенні та здійсненні політики та заходів Союзу; що дія Союзу, яка доповнює національну політику, має бути спрямована на поліпшення охорони здоров'я, Союз сприяє співпраці між державами-членами у сфері охорони здоров'я та, якщо необхідно, надає їм підтримку та повністю дотримується обов'язків держав-членів щодо організації та надання медичних послуг та медичного обслуговування» [49].

«Рекомендація 2009/С 151/01 та Директива 2011/24/ЄС Європейського Парламенту та Ради від 09 березня 2011 року щодо застосування прав пацієнтів у транскордонній системі охорони здоров'я вимагають, щоб пацієнти отримували медичну допомогу відповідно до стандартів та настанов щодо безпеки та якості і надають право на отримання інформації чітко та прозоро, що стосується заходів безпеки та якості, які застосовуються, процедур подання скарг та механізмів страхового відшкодування» [49].

Стосовно реалізації позитивного досвіду зарубіжних країн, зокрема ЄС та США, в реформуванні медичної сфери в Україні варто зазначити що одним із важливих кроків уряду стало покращення доступу населення до медичних послуг, що включає спрощення процесу реєстрації ліків. Це важливий крок у контексті медичної реформи, адже рівень доступності ліків є критичним для забезпечення якісної медичної допомоги.

Україна імплементувала досвід таких країн, як США, Швейцарія, Японія, Австралія, Канада та Європейський Союз, спрощуючи процес реєстрації ліків, які вже були зареєстровані в цих країнах. Це дозволяє скорочувати час на реєстрацію ліків в Україні, зокрема для препаратів, що вже мають доведену безпеку та ефективність на міжнародному рівні. Ліки, зареєстровані компетентними органами в інших країнах, тепер можуть проходити спрощену реєстрацію в Україні.

«До затвердження постанови Кабінету Міністрів України «Про державне регулювання цін на лікарські засоби», затвердженої в листопаді 2016 року, Україні бракувало комплексної системи контролю за цінами на ліки. Це суттєво вплинуло на здатність населення купувати ліки, зокрема це пов'язано із знеціненням гривні як валюти у 2014-2015 роках» [29].

На підставі проведеного аналізу та дослідження зарубіжних здобутків для покращення медичної системи України важливо впроваджувати медичне страхування, підтримувати приватні інвестиції, використовувати новітні технології та налагоджувати глобальне управління запасами. Ці кроки допоможуть підвищити ефективність, доступність і якість медичних послуг, а також забезпечать стабільність та рівний доступ до медичних ресурсів для всіх громадян України.

Висновки до 1 розділу

Державна політика щодо реалізації сфери медичних послуг визначено як складну, багаторівневу систему державного впливу, що складається із суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ,

що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення; методів, інструментів впливу) задля ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юнктурі з метою забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя в державі.

Можна виділити наступні види медичних послуг: прості медичні послуги; комбіновані медичні послуги (де поєднуються різні види супутніх медичних послуг; комплексні медичні послуги (поєднання повністю різноманітних за видами послуг, які об'єднані в одну); прості медичні послуги, що поєднуються з клінічними дослідженнями; прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу.

Показано що державна політика у сфері медичних послуг розглядається як складна, багаторівнева система державного впливу на ринок медичних послуг. Ця система включає: суб'єкти впливу: органи державної влади, які формують і реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Об'єкти впливу: заклади й установи, які надають населенню медичні послуги, діють на ринку та перебувають під впливом регулюючих органів і чинних норм. Технології впливу: набір методів, інструментів і ресурсів, за допомогою яких держава здійснює свій вплив на ринок медичних послуг.

Серед них: нормативно-правове забезпечення (закони, підзаконні акти, стандарти). Організаційне забезпечення (управлінські рішення, державні програми). Фінансове забезпечення (фінансування, субсидії, страхові виплати). Інформаційне забезпечення (розповсюдження інформації, моніторинг, аналітика).

Метою застосування державної політики та її інструментів є забезпечення якісних медичних послуг для населення, підвищення

загального рівня та якості життя в державі, а також ефективне функціонування учасників ринку медичних послуг.

Досліджено різноманітні наукові підходи до формування та реалізації державної політики у медичних послуг, основою якої є забезпечення якості та доступності медичної послуги для кінцевого споживача. Зокрема, виокремлено три ключові підходи:

1. Підхід, орієнтований на кількісні показники. Головною метою є охоплення максимальної частки населення медичними послугами. При цьому критеріями ефективності виступають кількісні показники, такі як обсяг наданих консультацій, кількість діагностичних та лікувальних процедур у співвідношенні до чисельності населення. Основний акцент робиться на доступності медичних послуг для усіх верств суспільства.

2. Підхід, заснований на якісних показниках. Увага зосереджена на відповідності наданих медичних послуг міжнародним стандартам і протоколам, рекомендованим Міністерством охорони здоров'я, а також на якісних показниках здоров'я населення. Таким чином, не лише кількість, а й якість медичних послуг, а також їх відповідність сучасним медичним практикам стають головним орієнтиром державної політики.

3. Комплексний підхід. Поєднує в собі як вимоги до доступності медичних послуг для населення, так і необхідність забезпечення високих стандартів якості у їхньому наданні. Метою є досягнення оптимального рівня медичного обслуговування, поліпшення стану здоров'я громадян та підвищення якості їх життя. Цей підхід передбачає комплексне використання принципів, методів та інструментів державного управління, що забезпечують баланс між доступністю та якістю медичних послуг у контексті міжнародних стандартів.

Проаналізовано принципи державної політики реалізації сфери медичних послуг у розвинених країнах. Відзначено, що в більшості індустріально розвинених країн пріоритетом є якісне надання медичної допомоги, навіть за умови певного кількісного дефіциту послуг.

Здійснено класифікацію моделей державної політики сфери медичних послуг за географічними та економічними характеристиками країн:

1. Лібералізована модель. Канада, США, Японія, Австралія. Характеризується значною часткою приватної ініціативи, конкуренцією серед постачальників медичних послуг та великою роллю страхових компаній.

2. Англійська модель. Ірландія, Великобританія. Передбачає домінуючу роль держави в організації та фінансуванні системи охорони здоров'я, гарантованість медичних послуг для всіх громадян.

3. Перерозподільча модель. Польща, Німеччина, Франція. Заснована на принципах соціального страхування, активного перерозподілу коштів через страхові фонди та механізми солідарності.

4. Південноєвропейська модель. Греція, Іспанія, Італія. Характеризується високим рівнем державного втручання, але водночас більшим акцентом на регіональному рівні управління та певною децентралізацією.

5. Західноєвропейська модель. Нідерланди, Данія, Швеція, Норвегія, Швейцарія, Фінляндія. Поєднує державне регулювання з приватною ініціативою, ефективні системи страхування та високі стандарти якості медичної допомоги.

6. Латиноамериканська модель. Характеризується нестабільністю фінансування та інституцій, більш значущим впливом приватного сектору та обмеженою доступністю медичних послуг для населення.

Зроблено акцент, що досвід кожної країни у державному регулюванні сфери медичних послуг є унікальним. При цьому, між індустріально розвиненими країнами та країнами з перехідною економікою існують принципові відмінності, зумовлені історичним розвитком, тривалістю функціонування системи охорони здоров'я та ступенем її зрілості.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1 Особливості нормативно-правового механізму державної політики у сфері медичних послуг

В державному управлінні механізм управління визначає, як здійснюється організація та координація діяльності державних органів та інших учасників для реалізації національних стратегій та політик. Механізм регулювання застосовується для контролю, коригування та забезпечення виконання норм і стандартів в різних секторах, таких як охорона здоров'я, економіка, екологія тощо. Механізм управління можна визначити як сукупність взаємопов'язаних елементів, процедур та методів, за допомогою яких здійснюється управління в певній сфері або системі. Механізм регулювання має схожі елементи, але його основною метою є забезпечення контролю та впливу на певні процеси або сфери діяльності через використання різноманітних інструментів і заходів, щоб досягти певних результатів [27].

«Наявність механізмів є структурою, яка відображає роботу будь-якого підприємства, тому науково-теоретичні дослідження встановили, що вони властиві організаційним системам» [39].

Аналіз механізму державної політики сфери медичних послуг дозволяє виділити кілька важливих аспектів, що визначають цей складний та багатогранний процес. Різні вчені і дослідники підходять до трактування цього механізму з різних перспектив, але всі вони акцентують увагу на важливості взаємодії між державними органами, медичними установами, ринковими суб'єктами та громадянами для досягнення ефективності в системі охорони здоров'я.

В енциклопедії державного управління механізми державної

політики сфери медичних послугописуються як сукупність форм, методів, засобів, важелів та інструментів, за допомогою яких здійснюються державно-управлінські та регуляторні впливи у сфері охорони здоров'я. Вчені визначають механізм регулювання як комплекс загальнодержавних рішень або зобов'язань, спрямованих на збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення. Вони підкреслюють, що цей механізм є ключовим елементом соціальної політики держави, оскільки забезпечує основні умови для здоров'я і благополуччя населення [19] підкреслюють, що державне управління охороною здоров'я — це сукупність цілеспрямованих впливів органів державної влади, які здійснюються в рамках відповідних соціально-економічних систем для забезпечення порядку та перетворення системи охорони здоров'я.

Механізм регулювання в системі охорони здоров'я справді є одним з найважливіших інструментів ефективного управління, оскільки охорона здоров'я є не лише економічною, але й соціальною категорією, що безпосередньо впливає на благополуччя людини і суспільства в цілому. Роль державної політики в цій сфері полягає в тому, щоб забезпечити оптимальне використання наявних ресурсів для задоволення потреб населення в медичних послугах. Згідно з думкою Рожкова І. і Солоненко І., основною метою державної політики є створення такої системи охорони здоров'я, яка б орієнтувала на вибір найефективніших варіантів використання ресурсів [40].

Механізм державної політики в охороні здоров'я, як зазначено, має два основних напрями дії, кожен з яких орієнтований на досягнення ключових цілей у системі охорони здоров'я:

- Розвиток та функціонування системи державної політики- це стосується створення та підтримки ефективних інструментів і процесів для регулювання медичних послуг на національному, регіональному та місцевому рівнях. Це включає законодавчі ініціативи, механізми контролю за якістю послуг, а також налаштування ефективних каналів фінансування та забезпечення інфраструктури охорони здоров'я.

- Створення умов для надання доцільної та кваліфікованої медичної допомоги: - цей напрямок спрямований на забезпечення всіх громадян доступом до високоякісних медичних послуг, незважаючи на їх соціальний, економічний чи географічний статус. У рамках цього напрямку важливим є збереження соціальної справедливості в наданні медичної допомоги та створення рівних можливостей для всіх груп населення.

Глущенко Н. виділяє два основних підходи до визначення механізму державного регулювання: *Структурно-функціональний підхід* - це організаційно-динамічна система, яка є реально існуючою і адаптується до змін у суспільстві. У цьому контексті механізм регулювання охорони здоров'я розглядається як живий організм, здатний змінювати свою структуру та функції відповідно до змін, що відбуваються в країні (економічні, соціальні, політичні). У рамках цього підходу важливою є роль адаптивності системи, тобто здатності органів управління швидко реагувати на зміни, що відбуваються на ринку медичних послуг, та впроваджувати інновації для підвищення ефективності; *Структурно-організаційний підхід*: - це підхід, який акцентує увагу на сукупності певних складових (як організаційних, так і процесуальних), за допомогою яких здійснюється державне керівництво. У межах цього підходу механізм державної політики виступає як система, що складається з органів державної влади, норм та стандартів, а також методів управління, що регулюють ринок медичних послуг [4].

Механізм державної політики сфери медичних послуг в Україні потребує гнучкості, інтеграції різних підходів та постійного вдосконалення з огляду на сучасні соціально-економічні умови. Використання структурно-функціонального та структурно-організаційного підходів дозволяє забезпечити ефективне та адаптивне управління в сфері охорони здоров'я, а також гарантує досягнення цілей щодо забезпечення рівного доступу та високої якості медичних послуг для всіх громадян.

Виділяють певні перешкоди у практиці державного управління

сферою охорони здоров'я, які представлені на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Перешкоди державного управління в сфері охорони здоров'я

Механізм державної політики в охороні здоров'я є основою для забезпечення стабільного розвитку цієї важливої сфери. Успішне регулювання вимагає від держави інтеграції інновацій, постійного вдосконалення управлінських структур, а також гарантування ефективності, якості та справедливості на всіх етапах надання медичних послуг.

У сучасних умовах ринок медичних послуг зазнає значних змін, які визначаються як внутрішніми трансформаціями в охороні здоров'я, так і впливом зовнішніх факторів, таких як економічні, соціальні та технологічні зміни. Ось основні актуальні зміни на ринку медичних

послуг:

1. Інтеграція цифрових технологій і телемедицини: електронне здоров'я (eHealth); телемедицина;
2. Перехід до системи фінансування через медичне страхування: медичне страхування; моделі фінансування;
3. Зростання приватного сектору в охороні здоров'я: розвиток приватних медичних закладів; нова роль приватних лікарів;
4. Фокус на профілактику та здоровий спосіб життя: профілактика захворювань; тренд на персоналізовану медицину;
5. Зміни в структурі медичних послуг та їх доступності: модернізація медичних установ; розширення доступу до медичних послуг;
6. Зміни в системі державної політики: реформи в охороні здоров'я; державні програми та ініціативи;
7. Зростання уваги до якості медичних послуг: стандартизація медичних послуг; моніторинг якості послуг.

У статті 3 Конституції України зазначено, що «людина, її права і свободи є найвищою соціальною цінністю» [16]. Це положення закріплює фундаментальний принцип, відповідно до якого всі інші норми законодавства, включаючи ті, що регулюють охорону здоров'я, повинні сприяти захисту прав людини, забезпеченню її добробуту та гідного рівня життя. В контексті сфери охорони здоров'я це означає, що система надання медичних послуг має бути орієнтована на захист прав пацієнтів, забезпечення доступу до якісних медичних послуг та створення умов для ефективного функціонування медичних установ. Стаття 49 Конституції України є ключовим положенням, яке регулює право громадян на медичне обслуговування та визначає роль держави в організації та забезпеченні доступу до медичних послуг [16].

Коротич О. у монографії «Державне управління регіональним розвитком України», вивчаючи механізми управління, «поділяє їх за рівнями впливу на вищій (вищі органи держави), територіальній (обласні державні адміністрації), районі і місцеві (районі державні адміністрації,

міські і сільські ради)» [18].

Науковці Харченко Т., Нагорна А. розширюють його «класифікацію за масштабною впливу та функціональним призначенням та виділяють комплекси наддержавного, державного, регіонального, місцевого рівня, загальні і специфічні механізми окремих галузей, локальних організацій, підприємств, установ як певний мікрорівень» [45].

У «Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020 рр.» [22] та «проєкту Національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» [38] «зазначено, що соціально-політичний механізм державного управління з метою стабілізації треба запроваджувати через нормативно-правові механізми управління (закони, постанови, укази, накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація, інструменти регулювання), які знайдуть своє застосування в медичній сфері. Кожний нормативно-правовий механізм треба спрямувати на якість сфери охорони здоров'я, зокрема медичної допомоги, доступність та безпеку медичної послуги для населення. Сфера охорони здоров'я є ефективною тоді, коли відносини між її суб'єктами мають чітко визначену взаємодію і відповідальність» [25].

«Проєкт Національної стратегії розвитку системи охорони здоров'я в Україні до 2030 року» [38], «Концепція розвитку системи громадського здоров'я» [36] та «Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України» [37] «є базовими документами, що визначають стратегію системи охорони здоров'я та наголошують, що в майбутньому медична сфера України має перейти на новий шлях управління та самостійність управління лікувальних установ, беручи до уваги європейський вектор розвитку. Важливим документом також є Концепція розвитку системи громадського здоров'я, метою якої є формування та реалізація ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом

об'єднання зусиль усього суспільства» [36]. Положення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [30] зазначає «особливості нормативних, фінансових та інформаційних механізмів державного управління сферою та містить розробки певної частини програми медичних гарантій на тлі галузевих стандартів охорони здоров'я» [30].

«Стратегічними напрямками розвитку сфери охорони здоров'я України згідно з Концепцією розвитку охорони здоров'я населення № 1313/2000, що була прийнята у 2000 році для удосконалення нормативно-правового регулювання реформи медичного обслуговування у відповідності до положень Конституції та законів України є» [33]: ефективного використання є одними з найважливіших аспектів розвитку системи охорони здоров'я. Запровадження багатоканального фінансування дозволяє забезпечити не лише стійкість фінансування медичних послуг, але й значно підвищує прозорість та підзвітність у використанні бюджетних коштів. Це важливо для підвищення довіри громадян до системи охорони здоров'я та забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення. «Раціонального використання медичними закладами, а також соціальний характер фінансування охорони здоров'я залишаються актуальними і в сучасних умовах, бо не мають відображення у відповідному законодавстві» [28]. «З 1 січня 2020 року Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» регулює усі взаємовідносини в сфері медичної допомоги населенню» [30]. Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» регулюються фінансові, інформаційні та нормативні механізми державного управління в медичній сфері. «Згідно статті 1 Розділу 4 надаються гарантії повної оплати медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України усім громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту» [30].

Правовий механізм у сфері охорони здоров'я є основою для ефективного функціонування медичної системи, забезпечуючи реалізацію прав і обов'язків всіх учасників цього процесу: держави, медичних установ, працівників охорони здоров'я та пацієнтів. Такий механізм складається з організованих і взаємопов'язаних елементів, які мають за мету забезпечити законну реалізацію прав і інтересів суб'єктів, що беруть участь у наданні медичних послуг (рисунок 2.2).

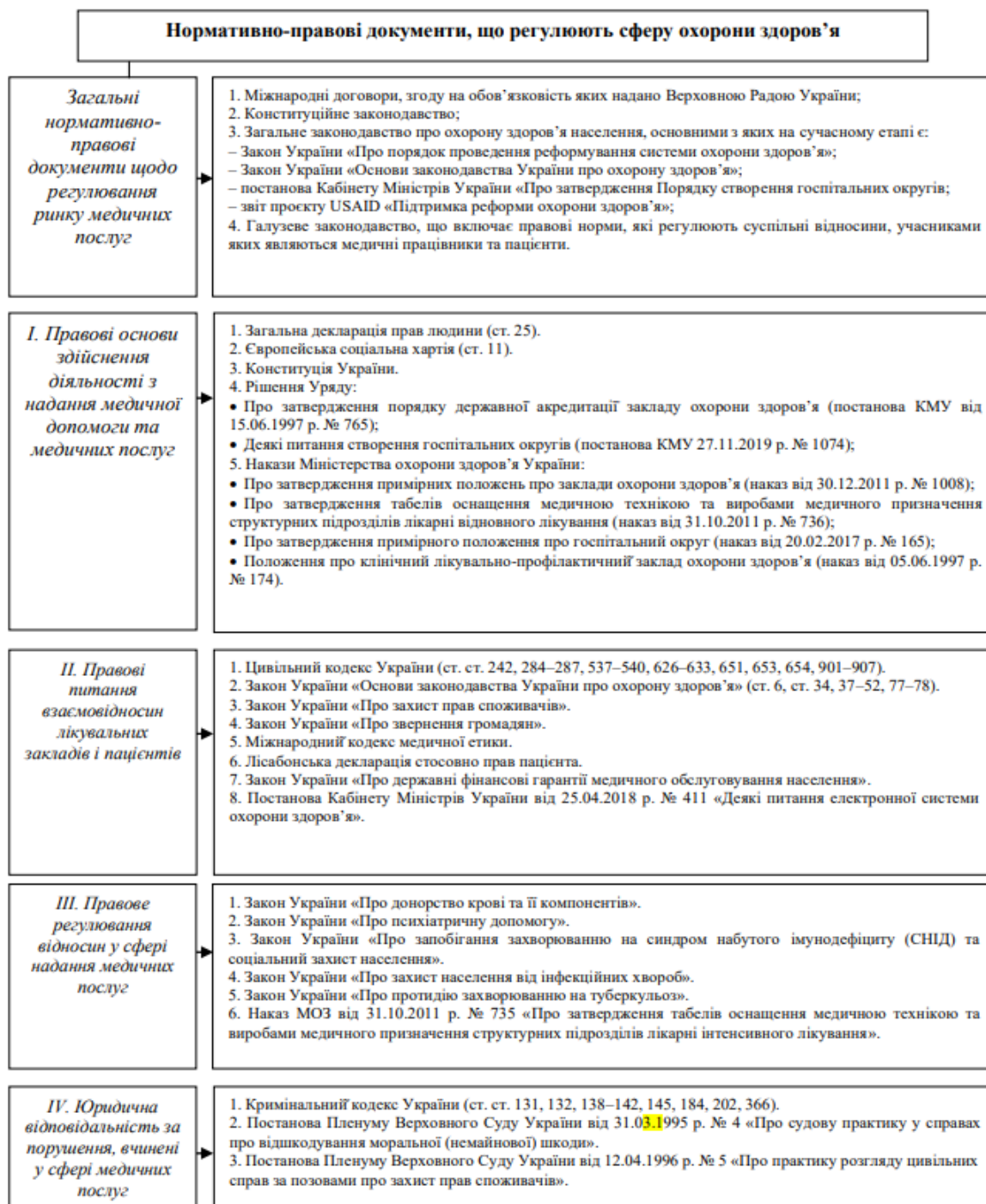


Рис. 2.2. Документи, що регулюють сферу охорони здоров'я.

Доцільно виділити загальні та спеціальні функції державної політикиринку медичних послуг, оскільки вони сприяють забезпеченню ефективності та організованості в сфері охорони здоров'я. Кожна з функцій відіграє важливу роль у регулюванні та розвитку медичних послуг. *Загальні функції державної політикиринку медичних послуг:* розробка стратегії та механізмів фінансування розвитку медичної сфери; впровадження державних галузевих програм та кадрових змін; контроль за реалізацією прийнятих рішень; моніторинг ефективності медичних закладів. *Спеціальні функції механізму державної політикимедичних послуг:* визначення правил поведінки і дій посадових осіб та персоналу у відповідності до законодавства; встановлення конкретних процедур надання медичних послуг; здійснення контрольної та координаційної діяльності різних внутрішніх і зовнішніх структур; розробка стратегії, постановка завдань та визначення етапів управлінської діяльності [57].

«На сьогодні всі рівні державної політикисфери медичних послуг(міждержавний, державний та регіональний) потребують формування нових та удосконалення існуючих механізмів регулювання. Так, регіональна модель регулювання повинна формуватися як система зі здатністю до саморегуляції і має бути спрямована на досягнення рівноваги між потребами і попитом, можливістю виробництва якісних медичних послуг і достатнього їхнього ресурсного забезпечення» [45].

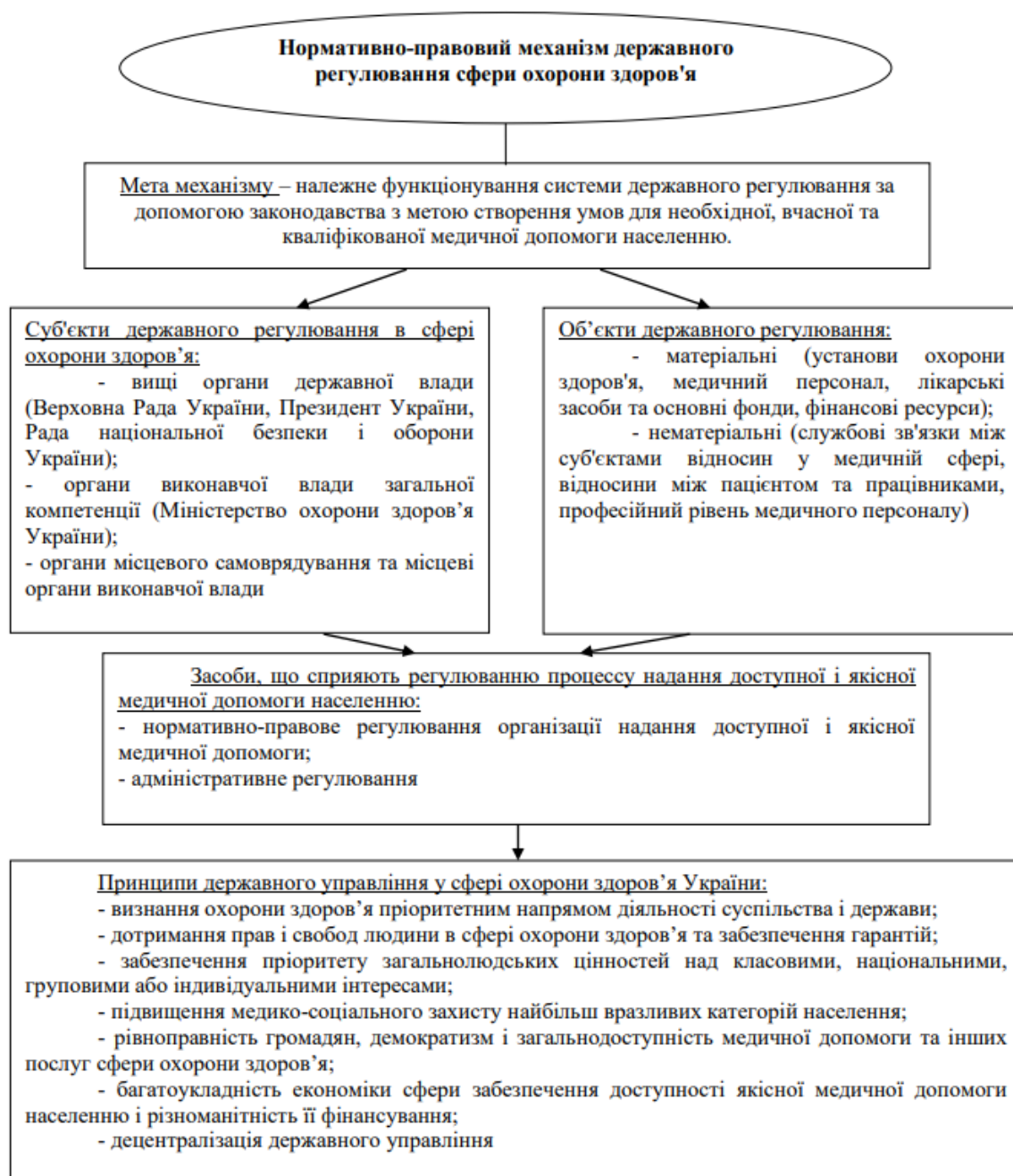


Рис. 2.3. Механізм державної політики сфери ОЗ

Передача повноважень від центральних органів влади до регіональних чи муніципальних органів влади є поширеною практикою в системах охорони здоров'я деяких країн. Такий підхід дозволяє краще адаптувати управління медичною сферою до місцевих умов та потреб населення, зокрема з урахуванням демографічних характеристик, рівня захворюваності та інших соціально-економічних факторів. У багатьох країнах держава передає частину своїх функцій регіональним чи муніципальним органам влади для забезпечення більш ефективного управління на місцевому рівні. Це включає: розподіл бюджетних коштів

між різними регіонами в залежності від потреб; організацію медичних послуг, адаптованих до специфіки кожного регіону; визначення необхідних заходів для поліпшення доступності та якості медичних послуг.

Зважаючи на важливість ефективного державної політики ринку медичних послуг, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України розробило методичні рекомендації для поліпшення планування та організації медичних послуг. Ці рекомендації включають кілька основних напрямків, які допомагають оцінити потреби населення, а також забезпечити високий рівень медичних послуг через вдосконалення фінансування та кадрової політики.

Здійснена систематизація законодавства в сфері охорони здоров'я на основі чіткої класифікації нормативно-правових актів дозволяє ефективно регулювати ринок медичних послуг в Україні. Розподіл на основні групи є важливим кроком для забезпечення прозорості та організованості в цій сфері. Ось ключові напрямки цієї систематизації:

1. Основи здійснення діяльності з надання медичної допомоги та медичних послуг;
2. Питання взаємовідносин лікувальних закладів і пацієнтів;
3. Регулювання відносин у сфері надання медичних послуг;
4. Відповідальність за порушення, вчинені у сфері медичних послуг.

Сучасні реформи в сфері охорони здоров'я спрямовані на створення ефективної законодавчої бази, яка дозволить покращити медичне обслуговування населення, забезпечити доступність та якість медичних послуг, а також привести систему охорони здоров'я у відповідність до сучасних вимог та європейських стандартів.

2.2 Шляхи гармонізації вітчизняного медичного законодавства до законодавства країн ЄС

Дійсно, міжнародно-правові акти з прав людини, які визначають міжнародні стандарти в системі охорони здоров'я (СОЗ), є ключовою основою для забезпечення прав людини на національному рівні. Вони не лише встановлюють загальні норми і принципи щодо прав людини, а й конкретизують права в контексті доступу до медичних послуг, якості охорони здоров'я та рівних умов для всіх громадян.

Європейська соціальна хартія є важливим міжнародно-правовим документом, який гарантує певні соціальні та економічні права, зокрема в сфері охорони здоров'я, та має велике значення для розвитку правової системи в Україні. Вона закріплює право кожної людини на доступ до медичних послуг і вимагає від держав, зокрема України, вжиття заходів для забезпечення цього права. Ключові аспекти, що стосуються охорони здоров'я в Європейській соціальній хартії. Стаття 11 Європейської соціальної хартії містить зобов'язання держав щодо усунення причин захворювань та створення умов для доступу до якісних медичних послуг для кожного громадянина. Це включає в себе не тільки безпосередній доступ до медичних послуг, але й попередження захворювань, створення консультативних та освітніх закладів, сприяння зміцненню здоров'я через профілактику, запобігання епідеміям та нещасним випадкам. Хартія підкреслює важливість виховання особистої відповідальності людей за своє здоров'я, що є ключовим елементом у запобіганні захворюванням і покращенні стану здоров'я нації [9]. У 1995 році Україна стала членом Ради Європи, що значно посилило її зобов'язання щодо виконання європейських стандартів у сфері прав людини та охорони здоров'я. Визнання юрисдикції Європейського Суду з прав людини та виконання його рішень дозволило Україні інтегрувати європейські правові норми в свою правову систему, що суттєво покращило механізми правозастосування. Вивчення та впровадження прецедентної практики цього суду дозволяє Україні застосовувати європейські правові цінності та принципи в національному правотворенні. Це особливо важливо для ефективної реалізації прав людини, зокрема права на охорону здоров'я, що

передбачає рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян [12].

Згідно з Законом України «Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» від 18 березня 2004 року №1629-IV затвердження загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу (ЄС) є важливим кроком у напрямку європейської інтеграції України. Ця програма є частиною зовнішньої політики країни і спрямована на приведення національного законодавства у відповідність до європейських норм і стандартів, що є важливим компонентом для розвитку правової системи і забезпечення ефективної інтеграції України в Європейський Союз [32]. «Угодою про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими співтовариствами та їхніми державами-членами від 14 червня 1994 року визначено основні сфери адаптації законодавства, серед яких охорона здоров'я є першочерговою сферою на першому етапі виконання Програми» [26]. Постановою Кабінету Міністрів України. № 1496 «Про Концепцію адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу» адаптація законодавства України до законодавства ЄС є ключовим процесом, який передбачає поступове приведення українського законодавства у відповідність з нормами і стандартами Європейського Союзу. Це є важливим етапом на шляху інтеграції України в Європейський Союз, що дозволяє забезпечити гармонізацію правової системи та підвищити ефективність державного управління [32].

У світі існують різні моделі фінансування медичного страхування, і кожна з них має свої особливості в залежності від джерел фінансування, ролі держави та участі громадян у процесі. Вибір оптимальної моделі для України залежить від різних факторів, включаючи економічну ситуацію, рівень розвитку медичних установ. Є чотири основні моделі фінансування медичного страхування, розглянемо їх детальніше та проаналізуємо, яку з них найкраще адаптувати в Україні (рисунок 2.4.):

1. Модель Бісмарка: у цій моделі всі заклади охорони здоров'я є

приватними, а оплата медичних послуг здійснюється через фонд страхування працівників. Цей фонд акумулює кошти від роботодавців та працівників шляхом відрахувань із заробітної плати. Джерело фінансування: страхові внески працівників та роботодавців. Система фінансування базується на обов'язковому медичному страхуванні, що забезпечує доступ до медичних послуг усім громадянам через страхові компанії. Країни, що застосовують модель: Франція, Нідерланди, Німеччина, Бельгія, Японія, Швейцарія. Переваги: висока якість медичних послуг завдяки конкуренції серед приватних постачальників. Недоліки: високі витрати на адміністрування, нерівномірний доступ до медичних послуг залежно від внесків.

2. Модель Беверіджа: у цій моделі медичні установи знаходяться переважно в державній власності, і фінансування медичних послуг здійснюється за рахунок податків, що збираються урядом. Пацієнти не платять безпосередньо за медичні послуги. Джерело фінансування: податкові надходження. Держава фінансує систему охорони здоров'я, надаючи медичні послуги безкоштовно або за низьку плату. Країни, що застосовують модель, Великобританія, Іспанія, Скандинавські країни, Нова Зеландія. Універсальний доступ до медичних послуг, незалежно від соціального статусу. Можливе перенавантаження системи, низька мотивація для медичних установ до підвищення якості послуг через відсутність конкуренції.

3. Модель змішаного фінансування (комбінація моделей Бісмарка та Беверіджа): у цій моделі медичні послуги надаються приватними постачальниками, але фінансуються вони через державну програму медичного страхування. Крім того, держава контролює витрати на медичні послуги шляхом обмеження відшкодування вартості деяких послуг. Джерело фінансування: комбінація державних фондів і приватних страхових компаній. Система забезпечує високий рівень медичних послуг, при цьому зберігається контроль з боку держави щодо витрат. Країни, що застосовують модель: Канада. Баланс між приватними і державними

фондами дозволяє забезпечити доступ до високоякісних медичних послуг. Може виникнути обмежений доступ до певних послуг через системи очікувань та обмеження фінансування.

4. Модель прямої оплати: пацієнти оплачують медичну допомогу безпосередньо медичним установам за конкретні послуги, що надаються. Джерело фінансування: прямі платежі пацієнтів. Пацієнти сплачують за медичні послуги з власних коштів або через медичне страхування. Це може включати плату за лікарські засоби, що відпускаються без рецепта. Країни, що застосовують модель: США (для деяких видів послуг), більшість країн для певних категорій послуг. Гнучкість в отриманні послуг, зазвичай швидший доступ до спеціалізованої медичної допомоги. Можливе обмеження доступу до медичних послуг для малозабезпечених верств населення.



Рис. 2.4. Моделі організації, фінансування галузі ОЗ

Жодна з моделей охорони здоров'я не є універсальною або ідеальною для всіх країн. Вибір моделі залежить від багатьох факторів, таких як соціально-економічні умови, політична ситуація, рівень розвитку медичних технологій, фінансова спроможність держави, а також культурні та історичні особливості. Однак, можна виділити три основні системи охорони здоров'я, які застосовуються в різних країнах: страхова система (Франція, Бельгія, Швейцарія, Японія, Австрія) державна система (Великобританія); приватна система (Сполучені Штати Америки).

«Проте у вище вказаних країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування» [48; 70]. Так, державна система регулювання сфери медичних послуг у країнах з державним фінансуванням охорони здоров'я, таких як Великобританія, є важливим інструментом соціальної політики, де держава має значний вплив і контроль над медичними та страховими організаціями. У Великобританії, наприклад, основне фінансування медичних послуг здійснюється через кошти з державного бюджету. Це дозволяє забезпечити універсальний доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи економічної спроможності. Держава через податки акумулює кошти, які потім розподіляються по різних секторах охорони здоров'я, що дозволяє ефективно керувати системою. Розподіл коштів і ресурсу на охорону здоров'я здійснюється централізовано, що дає змогу державі не тільки контролювати витрати на медичне обслуговування, але й забезпечувати рівний доступ до лікування для всіх громадян. Кошти надходять із державного бюджету та спрямовуються на забезпечення медичних закладів, закупівлю ліків, оплату праці медичних працівників і підтримку інфраструктури. Оскільки вся система охорони здоров'я фінансується з державного бюджету, уряд також відіграє важливу роль у стимулюванні впровадження інновацій у медичній сфері. Це включає в себе фінансування медичних досліджень, розробку нових ліків, технологій і методів лікування.

Система охорони здоров'я Австрії є однією з найефективніших у світі, із сильною орієнтацією на профілактичну медицину, що забезпечує високий рівень здоров'я населення та ефективність медичних послуг. Австрія зробила великий акцент на організаційній структурі своєї медичної системи. Основним кроком у цьому напрямку стало створення Федерального медичного управління, яке має на меті координацію та контроль за наданням медичних послуг на національному рівні, а також забезпечення виконання федеральних стандартів охорони здоров'я. Крім того, існують Регіональні медичні комітети, які здійснюють управління медичними послугами на місцевому рівні. Це дозволяє враховувати специфіку та потреби конкретних регіонів і забезпечувати більш гнучке та ефективне надання медичних послуг. Соціальне страхування в Австрії є основною моделлю фінансування медичних послуг і включає в себе широкий спектр послуг у випадку: захворювання; інвалідності; вагітності та народження дитини; безробіття; похилого віку; смерті годувальника. Система соціального страхування передбачає, що внески сплачують як роботодавці, так і застраховані особи. Це дозволяє забезпечити стабільне фінансування медичних послуг та соціальних виплат для громадян [72].

Медичне соціальне страхування в Австрії є основним інструментом фінансування медичних послуг, що забезпечує доступ громадян до медичного обслуговування без значних витрат з їхнього боку. Застраховані громадяни Австрії мають право на лікування в стаціонарних умовах без обмежень щодо тривалості перебування в медичних закладах. Це дозволяє пацієнтам отримувати необхідну медичну допомогу без додаткових фінансових витрат, що забезпечує високий рівень доступності медичних послуг для широких верств населення. Одним із важливих аспектів австрійської системи є надання деяких медичних та сестринських послуг вдома. Це включає: ін'єкції; перев'язування післяопераційних ран; догляд за важкохворими. Така практика дозволяє забезпечити пацієнтів необхідною допомогою в комфортних умовах вдома, зменшуючи навантаження на стаціонари та надаючи пацієнтам можливість залишатися

вдома під час лікування.

Страховання в Австрії покриває лише психологічні діагностичні процедури. Це означає, що страхова компанія покриває вартість процедур, пов'язаних із діагностикою психологічних розладів. Однак психотерапія є послугою, яку пацієнт має оплачувати самостійно. Це відображає практику, яка є характерною для більшості європейських країн, де психотерапія може бути доступною на умовах приватної оплати, навіть якщо загальна психіатрична допомога включена в систему медичного страхування [72].

«Естонська Республіка. В Естонії була реалізовано одну з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн» [72].

Реформа охорони здоров'я в Естонії, що розпочалась в 1990 році, була стратегічним кроком для покращення медичної системи країни, і результати цих змін стали яскравим прикладом для інших країн, які прагнули до модернізації своїх систем охорони здоров'я. У 1992 році було створено 22 державних фонди медичного страхування в кожному регіоні країни. Це дозволило децентралізувати систему і зробити її більш гнучкою та адаптованою до потреб регіонів. У 1994 році ці фонди були об'єднані в Центральний фонд медичного страхування (ЦФМС), що стало важливим кроком для централізованого управління і контролю за фінансуванням медичних послуг по всій країні.

Реформа охорони здоров'я в Естонії також включала надання автономії клінікам, що дозволило медичним установам самостійно ухвалювати рішення щодо організації роботи, використання ресурсів та фінансування. Така автономія сприяла покращенню ефективності управління і зростанню якості медичних послуг. Система медичного страхування в країні була орієнтована на все населення і забезпечувала широкий доступ до медичних послуг. Це було важливим кроком для забезпечення фінансової доступності медичних послуг, оскільки більшість громадян могли отримати необхідну медичну допомогу через соціальне страхування. Створення Центрального фонду медичного страхування

(ЦФМС) стало основою для централізованого управління медичним страхуванням і стало гарантованим інструментом для стабільного фінансування медичної системи в країні. Цей фонд відповідає за розподіл коштів на медичні послуги та контроль за їх витрачанням.

У результаті цих реформ в Естонії була створена ефективна система соціального медичного страхування, яка забезпечила більшість населення доступом до медичних послуг без значних фінансових витрат. У цій системі важливу роль відіграло поєднання державного фінансування, індивідуальних внесків та страхівки [72].

Великобританія є прикладом країни, де переважає державна система охорони здоров'я, що забезпечує основну частину медичних послуг для населення. У Великобританії більшість медичних установ належать державі — близько 95%. Це означає, що державний сектор здійснює більшість медичних послуг, що забезпечує доступність і рівність у наданні медичної допомоги. Система охорони здоров'я Великобританії організована через NHS (Національна служба здоров'я), яка фінансується за рахунок податків. NHS відповідає за більшість медичних послуг, включаючи первинну та вторинну медичну допомогу. Департамент охорони здоров'я Великобританії (Department of Health) створює законодавчу і нормативну базу в медичній сфері, визначає стратегічні напрями розвитку і контролює впровадження всіх відповідних актів. Первинна медична допомога — це послуги, що надаються сімейними лікарями, лікарями загальної практики, а також іншими фахівцями на місцевому рівні. Цей рівень служить основою для первинного звернення пацієнтів. Вторинна медична допомога охоплює спеціалізовані медичні послуги, що надаються лікарями-спеціалістами, наприклад, у лікарнях або клініках, для лікування складніших захворювань.

Важливою частиною системи є місцеві підрозділи NHS, що приймають рішення на локальному рівні, адаптуючи політику до специфічних потреб кожного регіону. Трасти (Trusts) — це організації, які керують наданням медичних послуг. Вони поділяються на кілька типів,

зокрема (трасти первинної ланки — організують невідкладну медичну допомогу, психологічну підтримку та інші послуги для населення; трасти вторинної ланки — спеціалізуються на більш складних медичних послугах, таких як хірургія або лікування важких захворювань).

Фінансування охорони здоров'я в Великобританії здійснюється за рахунок податків, що дозволяє пацієнтам отримувати медичну допомогу безкоштовно або з мінімальними витратами. Система дозволяє забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, без залежності від їхнього доходу чи місця проживання [72].

Республіка Словенія є прикладом країни, де система охорони здоров'я побудована на обов'язковому медичному страхуванні, що покриває всі верстви населення, включаючи безробітних. Це дозволяє забезпечити рівний доступ до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу. У Словенії кожен громадянин зобов'язаний мати медичне страхування, яке охоплює як обов'язкові медичні послуги, так і додаткові послуги. Це страхування включає в себе лікування в лікарнях, амбулаторне обслуговування, медичні процедури, а також профілактичні послуги. Страхування є обов'язковим для всіх верств населення, включаючи безробітних, що дозволяє забезпечити загальнодоступність медичних послуг.

Словенія активно реформує свою систему охорони здоров'я з фокусом на підвищення якості медичних послуг і їх доступності для всіх громадян. У 2004 році прийняття Закону про медичне страхування, що було приведено у відповідність до директив Європейського Союзу, стало важливим кроком у гармонізації національного законодавства з європейськими стандартами. Це свідчить про прогресивний підхід Словенії до регулювання медичних послуг та адаптації до вимог ЄС.

Законодавчі зміни, спрямовані на приведення медичного страхування у відповідність до вимог ЄС, дозволяють покращити якість медичних послуг та зробити їх доступними для всіх верств населення, в тому числі найбільш вразливих категорій, таких як безробітні. Цей підхід

також допомагає знизити витрати на охорону здоров'я для громадян і забезпечити рівний доступ до медичних послуг.

«Приватна система медичного страхування найбільш широко представлена у США. Вона характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США діє приблизно 1500 приватних страхових компаній» [56].

Модель охорони здоров'я, яка отримала назву модель Беверіджа в Західній Європі і модель Семашко в країнах колишнього Радянського Союзу, є однією з основних форм державного фінансування медичної системи. У цих країнах держава забезпечує більшу частину фінансування системи охорони здоров'я за рахунок своїх бюджетів. Модель Беверіджа має широку підтримку в країнах Європи та інших частинах світу, де держава бере на себе основну відповідальність за охорону здоров'я своїх громадян, сприяючи рівному доступу до медичних послуг. Однак вона також має свої виклики, пов'язані з фінансуванням і ефективністю системи. Тому основним покупцем і постачальником медичних послуг є держава. «Ринок медичних послуг тут відіграє підпорядковану роль. Ця модель датується 1948 роком. Він присутній у Великобританії, а також в Ірландії (1971), Данії (1973), Португалії (1979), Італії (1980) та Іспанії (1986)» [61; 62].

Модель фінансування охорони здоров'я, відома як бюджетно-страхова модель або модель Бісмарка, поєднує ринкові механізми з соціальними гарантіями та державним регулюванням. Вона є однією з найбільш розвинених у країнах з високим рівнем економічного розвитку і спрямована на забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення. У цій моделі вся або більшість населення країни забезпечена обов'язковим медичним страхуванням. Страхові внески можуть оплачуватися роботодавцями та працівниками через систему відрахувань із заробітної плати, а також за рахунок державних субсидій для певних

категорій громадян. Страхові фонди акумулюють кошти, які використовуються для покриття витрат на медичну допомогу. Держава виконує роль гаранта доступності медичних послуг для всіх громадян незалежно від їхнього доходу. Вона бере участь у фінансуванні страхових фондів і забезпечує базовий рівень медичної допомоги. Хоча обов'язкове медичне страхування забезпечує основний рівень медичних послуг для всіх громадян, держава не є єдиним постачальником медичних послуг. Однак вона гарантує, що навіть найбільш вразливі верстви населення зможуть отримати необхідне медичне обслуговування. Кожен громадянин забезпечений мінімально необхідними медичними послугами завдяки обов'язковому медичному страхуванню.

В Україні дійсно ратифіковано більшість міжнародних нормативно-правових актів щодо системи державної політики ринку медичних послуг, що дозволяє інтегрувати європейські стандарти в національну медичну політику. Однак система охорони здоров'я в країні все ще перебуває на стадії реформування. Ключові аспекти цієї реформи орієнтовані на поліпшення якості медичних послуг, забезпечення доступу до лікування та покращення кадрового потенціалу.

Реформа спрямована на забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян, незалежно від їхнього соціального статусу чи місця проживання.

Запровадження національних стандартів і клінічних протоколів для підвищення якості медичного обслуговування є важливим етапом на шляху до покращення результатів лікування та зниження рівня медичних помилок. Одним із пріоритетів реформи є забезпечення доступу до ліків. Програми державного фінансування лікарських засобів для окремих категорій громадян, таких як люди похилого віку або пацієнти з хронічними захворюваннями, можуть значно покращити стан охорони здоров'я в країні.

Підвищення кваліфікації медичного персоналу, створення стимулів для роботи в державних медичних установах, а також підтримка місцевих

лікарів є важливими завданнями на етапі реформ.

Створення умов для медичних працівників, таких як кращі зарплати, розвиток кар'єрних можливостей і забезпечення постійної атестації кадрів, може призвести до підвищення рівня медичних послуг. Одна з важливих цілей реформи — забезпечення більш ефективного використання бюджетних коштів, перерозподілення фінансування між різними рівнями медичної допомоги, створення прозорих механізмів для фінансування закладів охорони здоров'я. Важливо також сприяти розвитку приватного сектора медичних послуг, що дозволить створити конкуренцію в системі та підвищити загальну ефективність. Завершення реформи та оцінка її ефективності можлива після втілення всіх етапів, що включають не лише покращення фінансування та доступу до медичних послуг, а й важливі зміни в організації роботи медичних закладів та забезпеченні їх кваліфікованими кадрами. Лише через повне впровадження змін та аналіз результатів можна буде точно оцінити реальний вплив реформи на загальне покращення стану охорони здоров'я в Україні.

Висновки до 2 розділу

Досліджено нормативно-правовий механізм державної політики у сфері медичних послуг в Україні та зроблено низку важливих висновків і пропозицій. Проведено систематизацію спеціального законодавства в сфері медичних послуг за предметом регулювання, яке поділено на акти, що визначають загальні основи надання медичної допомоги та медичних послуг; акти, що регулюють взаємовідносини лікувальних закладів і пацієнтів; акти, що регулюють відносини у сфері надання медичних послуг; акти, що передбачають відповідальність за порушення у сфері медичних послуг. Зазначено, що нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері медичних послуг є недостатньо систематизованим та складається з фрагментарних механізмів. Повноцінно врегульовано переважно фінансово-економічні та частково організаційно-

адміністративні питання (через ліцензування, встановлення тарифів, спеціальний режим господарювання закладів). Потребують подальшої оптимізації інституційний та інформаційно-комунікаційний аспекти державної політики у сфері медичних послуг. Відповідно, обґрунтовано актуальність створення ефективної правової бази, яка складатиметься з удосконалених і взаємопов'язаних елементів, спрямованих на забезпечення реалізації законних прав та інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

Доведено можливості адаптації українського медичного законодавства до законодавства Європейського Союзу та розроблено пропозиції щодо внесення змін до нормативно-правових актів з метою гармонізації з європейськими стандартами.

Наголошено на необхідності розвитку джерел фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я до 2030 року. Рекомендовано надати закладам охорони здоров'я господарську автономію, що сприятиме розширенню їх повноважень та можливостей щодо самофінансування.

Запровадити державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я задля залучення приватних інвестицій у державний (комунальний) сектор.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РЕАЛІЗАЦІЇ СФЕРИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1 Вдосконалення організаційного механізму державної політики у сфері медичних послуг

Державне регулювання сфери медичних послуг є важливим аспектом політики, спрямованої на забезпечення доступності та якості медичного обслуговування для населення.

Для досягнення цієї мети, держава використовує різні функції, які складають регуляторний механізм представлений на рис. 3.1.

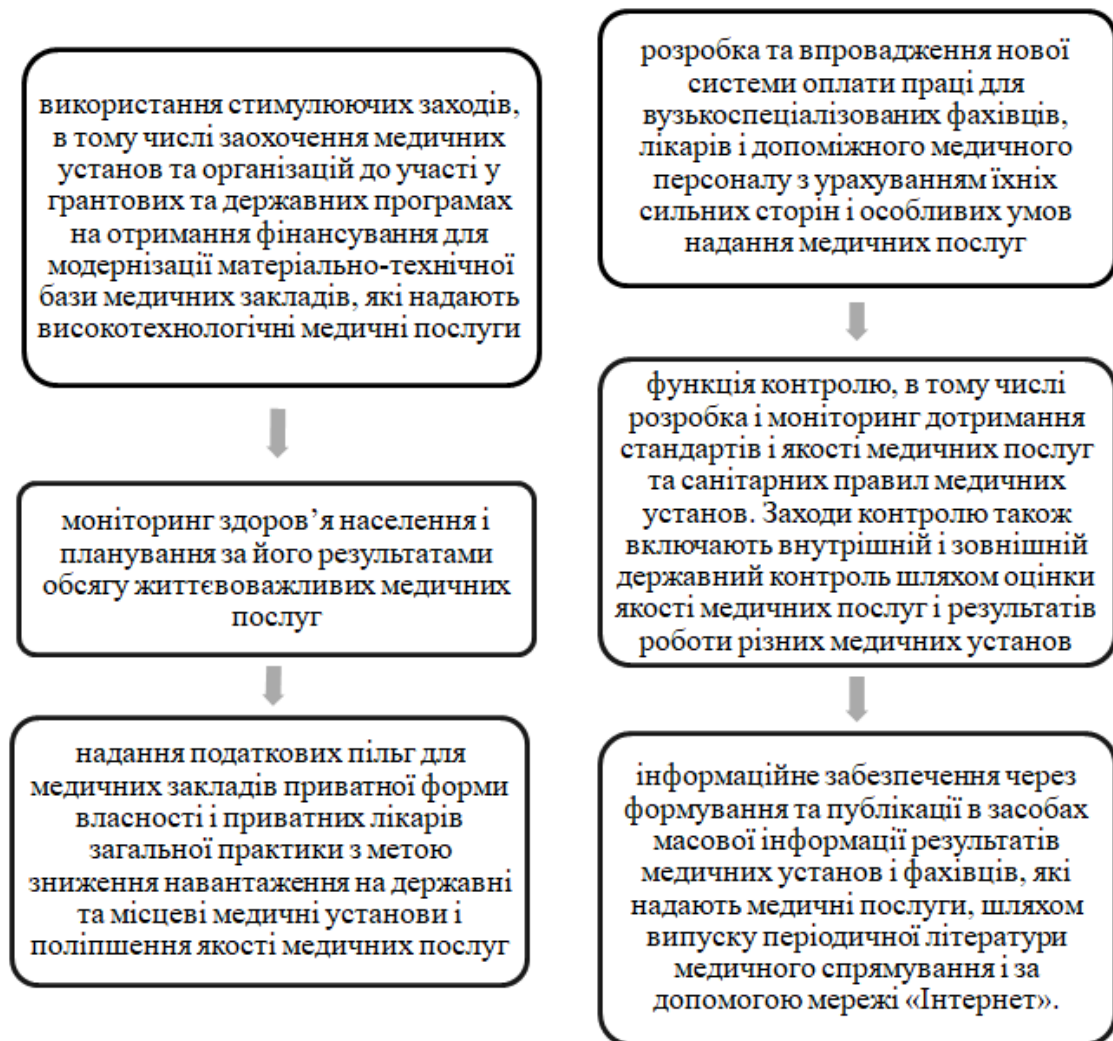


Рис. 3.1. Функції які складають регуляторний механізм

Реалізація регуляторного механізму на сфері медичних послуг передбачає комплексний підхід, що включає нормативно-правове забезпечення, контроль, фінансування, організацію та управління медичними установами, а також інформування громадян. Це допомагає забезпечити не тільки доступність медичних послуг, але й їх високу якість, що є критичним для здоров'я населення.

Основною метою державної політики є створення умов для доступу споживачів до медичних послуг, відповідно до попиту, а також забезпечення співвідношення попиту та пропозиції на ринку. Це включає забезпечення доступності та якості медичних послуг для населення на основі нормативно-правових актів, контролю та моніторингу. Держава виступає як регулятор, який забезпечує справедливу конкуренцію і доступ до необхідних послуг для всіх громадян. Метою саморегулювання є забезпечення платоспроможності населення, покриття витрат і забезпечення прибутковості для учасників ринку. Саморегулювання зосереджене на динаміці ринку, де медичні установи та компанії працюють без прямого втручання держави, але повинні діяти в межах встановлених стандартів та норм. Це дозволяє ефективно реагувати на зміни в попиті та пропозиції, а також підтримувати економічну стабільність і розвиток медичного бізнесу. Державне регулювання зосереджено на забезпеченні доступності, якості та справедливості медичних послуг для всіх громадян, а саморегулювання в основному спрямоване на забезпечення ефективності економічних операцій і стабільності ринку для медичних постачальників та споживачів. З точки зору державної політики важливо забезпечити загальну доступність і контроль за якістю послуг, тоді як саморегулювання більше стосується оптимізації витрат та доходів учасників ринку.

Управління ринком медичних послуг потребує поєднання державної політики та саморегулювання. Державне регулювання гарантує доступність та справедливість медичних послуг для громадян, а саморегулювання дозволяє оптимізувати економічні процеси на ринку і забезпечити ефективність діяльності медичних установ. Останнє має

важливе значення для підтримки платоспроможності населення та розвитку медичного бізнесу.

Державне регулювання сфери медичних послугв Україні здійснюється на трьох основних рівнях:

- Макрорівень. Включає загальнодержавні заходи та політики, що регулюють медичну сферу в цілому, такі як національні програми охорони здоров'я, законодавство про медичні послуги та медичне страхування.

- Регіональний рівень. Це регіональні органи влади, які відповідають за управління медичними установами та надання медичних послуг на рівні областей або країв. На цьому рівні можуть функціонувати як державні, так і приватні медичні заклади.

- Місцевий рівень. Це місцеві органи влади, які координують надання медичних послуг на рівні міст і сіл, і можуть мати власні медичні установи для обслуговування місцевого населення.

На регіональному сфери медичних послуг активно функціонують позадержавні (приватні) та муніципальні медичні заклади. Приватні медичні установи здебільшого фінансуються через власні кошти споживачів медичних послуг і підприємств, установ, організацій, включаючи медичні заклади страхової медицини. Вони працюють на основі укладених договорів із замовниками послуг.

Основою діяльності медичних закладів приватного сектору є надання медичних послуг, які оплачуються клієнтами безпосередньо або через медичне страхування. Приватні медичні заклади мають більшу гнучкість у визначенні цін та наданні послуг, що дозволяє їм швидше адаптуватися до змінюваного попиту та забезпечувати більш індивідуальний підхід до пацієнтів.

Регулювання сфери медичних послугв Україні здійснюється на кількох рівнях, що дозволяє ефективно управляти системою охорони здоров'я та забезпечити доступ до медичних послуг на різних етапах. Приватні медичні заклади, що функціонують на регіональному рівні, грають важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичних

послуг через власне фінансування та медичне страхування.

Процес сегментування сфери медичних послуг на регіональному рівні з урахуванням джерела фінансування медичної діяльності та форми власності на медичні матеріали. Такий підхід дозволяє краще зрозуміти взаємодію між різними суб'єктами ринку медичних послуг. Розглянуті чотири сегменти ринку виглядають таким чином:

- Сегмент перший - це сукупність медичних закладів, що знаходяться у державній, регіональній та муніципальній власності. У цих закладах ринковий механізм значною мірою обмежений, оскільки вони фінансуються здебільшого за рахунок державних бюджетів або місцевих коштів, і їх діяльність залежить від політики в сфері охорони здоров'я. Державні та муніципальні медичні установи часто мають стабільне фінансування, але можуть бути менш гнучкими в плані адаптації до ринкових умов.

- Другий сегмент, ключає регіональні та муніципальні медичні заклади, які мають місцеве фінансування. Вони виконують основну роль у наданні медичних послуг на рівні областей чи міст. Ці заклади часто мають більш обмежені ресурси, але їх діяльність, як правило, орієнтована на забезпечення доступності медичних послуг для широких верств населення.

- До третього сегменту належать медичні організації переважно недержавної форми власності, а також приватно практикуючі лікарі. Діяльність у цьому сегменті носить підприємницький характер, і організації та лікарі отримують фінансування через платні послуги, що надаються пацієнтам або через укладені договори з медичними страховими компаніями. Сегмент 3 часто характеризується більшою гнучкістю, інноваційністю та високою конкурентоспроможністю на ринку медичних послуг.

- Четвертий сегмент складається з недержавних медичних організацій і лікарів приватної практики, діяльність яких є суто комерційною. Вони отримують фінансування переважно за рахунок платних медичних послуг, що надаються пацієнтам, та, можливо, через

укладення договорів з приватними медичними страховими компаніями. Ці медичні заклади та лікарі орієнтовані на високий рівень обслуговування і спеціалізацію, надаючи послуги, які часто мають високу вартість.

Сегментування сфери медичних послуг за джерелами фінансування та формами власності дозволяє чітко визначити взаємодію між різними суб'єктами на цьому ринку. Кожен з сегментів має свої особливості у фінансуванні, організації медичних послуг і взаємодії з пацієнтами. Це сегментування допомагає краще розуміти, як працюють різні частини медичного ринку і яким чином вони можуть взаємодіяти для забезпечення високоякісних послуг для населення.

Ринок медичних послуг має значну різноманітність у сегментах, що залежать від рівня державного фінансування та ринкових умов. Для сегменту 3 важливими є державні гарантії фінансування, які забезпечують стабільність, а для сегменту 4 основним фактором є здатність медичних установ ефективно працювати в умовах ринкової конкуренції. Водночас важливою складовою є підтримка з боку держави у вигляді маркетингових механізмів, що дозволяє приватним медичним установам підвищувати свою ефективність і залучати необхідні ресурси.

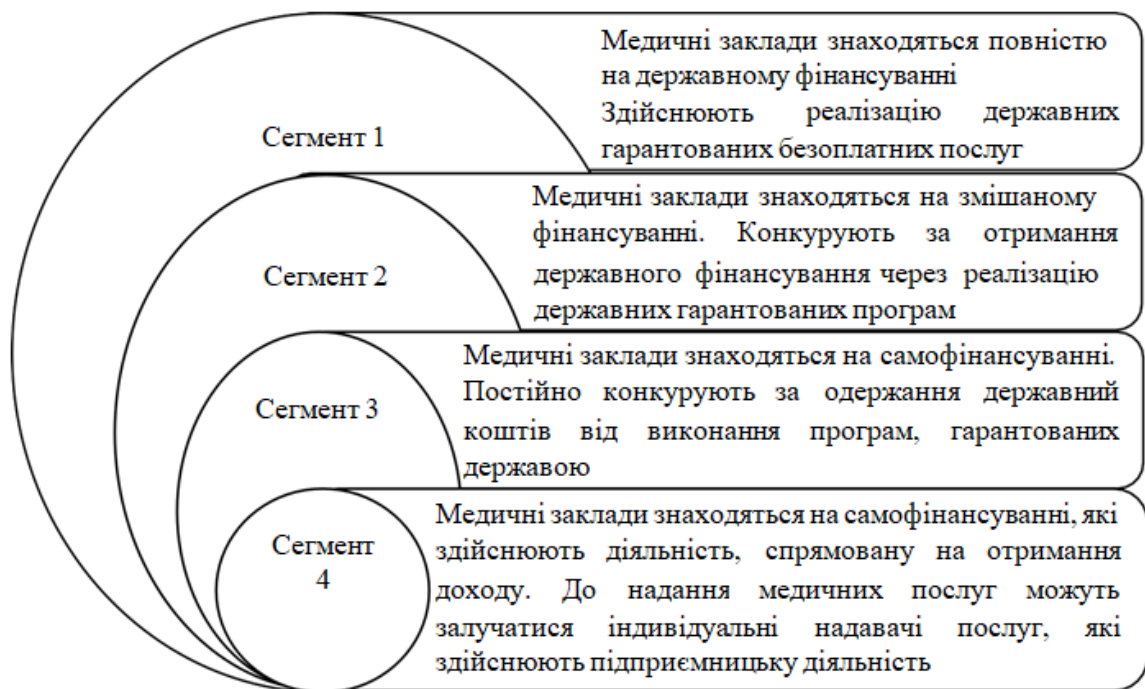


Рис. 3.2. Платні медичні послуги.

У підсумку, результати сегментування сфери медичних послуг показують, що суб'єкти ринку (як державні, так і приватні медичні заклади) конкурують, в першу чергу, за дешевші ресурси для функціонування, серед яких державні кошти є головним джерелом фінансування. Кошти населення та страхові внески можуть слугувати додатковими джерелами фінансування, але основним залишається бюджетне фінансування з боку держави, особливо для медичних закладів державної та муніципальної форми власності. Для підвищення ефективності сфери медичних послуг Україні необхідно створити конкурентні умови, оптимізувати фінансування та покращити планування та управління медичними закладами. Реформа системи охорони здоров'я повинна враховувати не лише економічні фактори, а й соціальні потреби населення.

Основні умови, які можуть позитивно вплинути на конкуренцію між ресурсами покупців медичних послуг і якістю медичних послуг, включають:

1. Покращення фінансування медичних закладів

- **Забезпечення стабільного фінансування.** Для забезпечення доступності та якості медичних послуг необхідно стабільне і прозоре фінансування медичних установ. Це дозволить медичним закладам належно оплачувати працю медичних працівників, закуповувати необхідне обладнання та забезпечувати інші ресурси для надання високоякісних послуг.

- **Інвестиції в інфраструктуру.** Вкладення в модернізацію медичних закладів та впровадження новітніх технологій, що підвищують ефективність лікування та забезпечують кращі умови для пацієнтів.

2. Покращення доступності та прозорості фінансування

- **Чітке регулювання медичного страхування.** Розвиток системи медичного страхування та створення зрозумілих і доступних умов для участі в цій системі дозволить пацієнтам краще планувати витрати на

медичні послуги і забезпечить більшу доступність для всіх соціальних груп.

- Розширення програм державного фінансування для вразливих груп населення. Підвищення доступу до медичних послуг для малозабезпечених груп населення через програми соціального медичного страхування та компенсацій.

3. Посилення конкуренції між медичними установами

- Забезпечення рівних умов для всіх учасників ринку. Рівні умови для державних та приватних медичних установ сприятимуть здоровій конкуренції, що призведе до покращення якості послуг, зниження цін та підвищення доступності.

- Механізми державного контролю за якістю послуг. Встановлення єдиних стандартів якості медичних послуг і забезпечення їх дотримання через незалежний моніторинг та аудит. Це допоможе усім медичним установам покращити якість своїх послуг, щоб задовольнити вимоги пацієнтів та витримати конкурентний тиск.

4. Підвищення кваліфікації медичних працівників

- Постійне професійне навчання. Організація програм підвищення кваліфікації для медичних працівників забезпечить їх професіоналізм, що в свою чергу покращить якість медичних послуг. Конкуренція на сфері медичних послугтакож буде сприяти впровадженню інноваційних методів лікування.

- Мотивація лікарів та медичних працівників. Система стимулів для медичних працівників, яка враховує їх кваліфікацію, ефективність роботи та відгуки пацієнтів, сприятиме наданню кращих медичних послуг.

5. Забезпечення прозорості та доступності інформації

- Інформація про послуги та ціни. Важливою умовою для розвитку конкуренції є доступність інформації про медичні послуги та їх вартість. Створення відкритих платформ для порівняння послуг та цін допоможе покупцям обирати найкращі варіанти.

- Зворотний зв'язок від пацієнтів. Впровадження механізмів зворотного зв'язку від пацієнтів, де вони можуть оцінювати якість медичних послуг, дозволить формувати репутацію медичних установ і стимулювати їх покращувати якість обслуговування.

6. Інновації та технології в медичній сфері

- Впровадження нових медичних технологій. Використання новітніх медичних технологій та інноваційних методів лікування може суттєво покращити якість медичних послуг, знизити витрати на лікування та зробити медичні послуги доступнішими для пацієнтів.

- Цифровізація медичних послуг. Створення електронних записів, телемедицини та онлайн-консультацій підвищує доступність медичних послуг та робить їх більш зручними для пацієнтів, що сприяє підвищенню конкуренції між медичними установами.

7. Правова регуляція та боротьба з корупцією

- Антикорупційні заходи. Оскільки корупція в медичній сфері може сильно впливати на якість послуг, важливо впроваджувати ефективні антикорупційні заходи. Прозорість у фінансуванні та наданні медичних послуг дозволить створити справедливую конкурентну середу.

Покращення умов конкуренції між ресурсами покупців медичних послуг і якістю медичних послуг вимагає комплексного підходу, що включає ефективне фінансування, відкритість, стимулювання конкуренції та інвестиції в інновації. За цих умов медичні установи будуть змушені покращувати якість своїх послуг, що призведе до загального підвищення рівня охорони здоров'я в країні.

Фінансова відповідальність у сфері медичних послуг реалізується через план фінансової участі, де держава та страхові компанії взаємодіють для забезпечення фінансування медичних послуг. Страхові компанії можуть брати участь у частковому фінансуванні, проте їхня відповідальність за структуру та розмір медичних витрат має бути чітко визначена, щоб вони мали стимул контролювати витрати та ефективно використовувати ресурси. Якщо страхові компанії не несуть

відповідальності за структуру та обсяг витрат на медичні послуги, то у них зникає мотивація для ефективного управління ресурсами, що може призвести до нераціональних витрат і зниження ефективності використання медичних ресурсів. Хоча основну фінансову відповідальність за медичні витрати несе держава, часткова відповідальність має лягати на страхові компанії. Це дозволить їм мати більше стимулів до контролю за витратами та ефективністю використання коштів, що, у свою чергу, може підвищити загальну ефективність медичної системи. Основний ризик, який мають медичні заклади та страховики, полягає в відхиленні фактичних витрат від запланованих державних коштів на охорону здоров'я. Це відхилення може виникати через різні фактори, включаючи зростання попиту на медичні послуги, зміни в технологіях лікування тощо. Важливим кроком є поступовий перехід до більш конкурентної моделі на ринку медичних послуг, де страховики і медичні заклади змагатимуться за ресурси, а не лише за бюджетні кошти. Це дозволить поліпшити якість послуг і знизити витрати. Такий перехід вже спостерігається в багатьох західних країнах, де конкуренція серед страховиків і медичних установ призвела до підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

У країнах, де функціонують схеми медичного страхування, існують три основних напрямки розвитку нових моделей конкуренції на ринку медичних послуг:

1. Конкуренція між страховими компаніями. Страхові компанії змагаються за клієнтів, пропонуючи різні пакети медичних послуг, рівні покриття, умови і тарифи. Це дозволяє споживачам вибирати найбільш вигідні та підходящі варіанти медичного страхування в залежності від їхніх потреб. В умовах конкуренції страховики мають стимул до покращення своїх послуг, інвестицій у нові технології та підтримки високої якості медичних послуг.

2. Конкуренція серед медичних постачальників послуг (лікарень, клінік та лікарів). Медичні установи, які працюють на ринку медичних

послуг, конкурують за пацієнтів, що обирають заклади на основі доступності, якості послуг і вартості лікування. Приватні медичні заклади мають більшу гнучкість у встановленні цін і стандартів обслуговування, в той час як державні заклади часто обмежені бюджетними рамками. Така конкуренція стимулює медичні установи покращувати умови, впроваджувати нові технології, знижувати витрати та оптимізувати управлінські процеси для залучення більше пацієнтів.

3. Конкуренція за фінансування між медичними страхувальниками та державою. У деяких країнах є конкуренція між державним фінансуванням охорони здоров'я та приватними страховими компаніями щодо забезпечення медичних послуг. Це включає питання покриття витрат на лікування для пацієнтів, медичне страхування для населення та субсидії. У таких умовах державні і приватні страхові компанії можуть співпрацювати або конкурувати за участь у національних програмах медичного страхування, що включають пільги або підтримку для малозабезпечених верств населення.

Розвиток нових моделей конкуренції в країнах з медичним страхуванням стимулює покращення якості медичних послуг, зниження витрат та підвищення доступності для населення. Конкуренція між страховими компаніями, медичними установами та фінансуванням з боку держави допомагає створити більш ефективну, інноваційну та доступну систему охорони здоров'я.

Перехід до інтеграції дій між страховими компаніями та медичними установами є ключовим для підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я та покращення якості медичних послуг. Конкуренція серед медичних установ і лікарів є більш важливою для підвищення ефективності медичних послуг, а конкуренція серед покупців медичних послуг (страхових компаній) може бути корисною лише в тому випадку, якщо вона стимулює поліпшення роботи лікарень і медичних працівників. Для досягнення цих цілей необхідно створити умови, які дозволять лікарям і медичним установам мати реальну мотивацію до

покращення своїх послуг, забезпечивши здорову конкуренцію на всіх рівнях медичної системи.

Сегментація сфери медичних послуг допомагає чітко визначити різні групи медичних установ і лікарів, що працюють в різних умовах. У залежності від форми власності та фінансування ці сегменти мають різний рівень залежності від державних коштів і різні можливості для впровадження ринкових механізмів. Це дозволяє ефективніше організувати надання медичних послуг, а також планувати політику в сфері охорони здоров'я, орієнтуючи її на потреби кожного сегмента.

3.2. Сучасні інструменти державної політики у сфері медичних послуг

Важливість державного впливу на стан медичних послуг та роль різних методів регулювання, що використовуються для контролю за цією сферою. Економічний вплив держави здійснюється через різноманітні методи, включаючи законодавчі, адміністративні та економічні інструменти. Ці методи сприяють формуванню правил та норм, що визначають функціонування різних ринків, зокрема і ринку медичних послуг. Оскільки ринок медичних послуг є соціально значущим, держава має особливу роль у його контролі. Тут йдеться про захист інтересів населення, забезпечення доступу до медичних послуг, підтримку якості надання медичних послуг, а також забезпечення справедливого та рівного доступу для всіх громадян. Прямий вплив держави означає, що рішення, які приймають учасники ринку (наприклад, медичні установи та страховики), мають бути відповідними національним правилам і законам, а не ґрунтуватися лише на економічних міркуваннях ринку. Ефективність прямого впливу полягає в тому, що він дозволяє швидко досягти бажаних економічних результатів, таких як регулювання цін, доступність послуг та

захист інтересів споживачів. Це важливо, оскільки медичні послуги повинні бути доступними і відповідати соціальним потребам. Держава повинна активно регулювати ринок медичних послуг, оскільки цей ринок має важливе соціальне значення. Пряме регулювання є ефективним для досягнення швидких економічних результатів, але воно може обмежувати гнучкість і конкурентоспроможність учасників ринку. Для забезпечення ефективності державної політики важливо збалансувати прямі адміністративні впливи з ринковими механізмами, щоб стимулювати конкуренцію і покращення якості медичних послуг, не порушуючи основних принципів ринкових відносин. Таким чином, держава повинна ретельно підходити до вибору методів регулювання, щоб забезпечити баланс між ефективним управлінням медичним сектором і підтримкою конкуренції.

Ідеальна модель державної політики сфери медичних послуг передбачає кілька ключових елементів, які мають забезпечити ефективне, рівне та справедливе надання медичних послуг для всіх громадян. Ось основні моменти цієї моделі:

- ✓ Наявність різних, але рівних прав власності в охороні здоров'я;
- ✓ Економічна свобода і відповідальність на сфері медичних послуг щодо профілактики захворювань;
- ✓ Неприйнятність монополії в охороні здоров'я та профілактичному лікуванні;
- ✓ Медичні установи несуть відповідальність за ліки та обладнання, які використовують в роботі.

Ідеальна модель державної політики сфери медичних послуг має створювати умови для рівної конкуренції між різними формами власності в охороні здоров'я, стимулюючи економічну свободу при збереженні відповідальності. Вона повинна забезпечувати відсутність монополій у галузі, особливо в профілактиці та лікуванні захворювань, а також покладати відповідальність за ліки та обладнання на медичні установи, гарантуючи високий рівень безпеки та якості послуг для пацієнтів.

Ринок медичних послуг є складною багатовимірною системою, яка тісно взаємопов'язана з іншими ринками, такими як фармацевтичний ринок, ринок медичного обладнання, технологічних розробок та праці медичного персоналу. Це означає, що ефективне управління та регулювання кожного з цих ринків вимагає застосування спеціальних інструментів та механізмів державного впливу. Ось деякі інструменти державної політики для кожного з ринків: ринок медичних послуг (ліцензування та акредитація медичних установ; цінове регулювання та тарифікація; моніторинг і контроль за якістю); фармацевтичний ринок (регулювання цін на ліки; ліцензування фармацевтичних компаній та контроль якості ліків; система регулювання лікарських засобів і моніторинг безпеки); ринок медичних технологій і обладнання (ліцензування медичного обладнання; державне фінансування та інвестиції в інновації); ринок праці медичного персоналу (регулювання освіти та сертифікації медичних працівників; умови праці та соціальні гарантії; контроль за мобільністю та кваліфікацією персоналу); інструменти взаємодії між ринками (інтеграція та співпраця між різними секторами; гармонізація стандартів).

У таблиці 3.1. представлено аналіз інструментів та ефективність їх застосування.

Інструменти державної політики

Вид ринку	Інструменти державного регулювання ринку медичних послуг			
	Прямого впливу		Непрямого впливу	
	Адміністративні	Економічні	Підвищення пропозиції та якості медичних послуг	Розширення платоспроможного попиту
Фармацевтичний ринок	Реєстрація та стандартизація якості лікарських засобів і виробів медичного призначення; ліцензії на виробництво, оптову та роздрібну торгівлю фармацевтичних препаратів і медичних виробів; державний контроль за ліками та медичним обладнанням	Здійснення державних витрат на закупівлю лікарських засобів та виробів медичного призначення	Витрати на окремі види аптечної діяльності, лікарської діяльності і пільгові патенти віднімаються зі списку платників податку	Прийняття зниженої ставки ПДВ на поставку і імпорт лікарських засобів. Звільнення від податків імпоротної фармацевтичної продукції. Застосування ставки зниження ПДВ при постачанні ліків і імпорту засобів на клінічні дослідження
Ринок праці медичного персоналу	Ліцензування та сертифікація навчальних закладів; Акредитація освітніх послуг	Здійснення державних витрат на забезпечення фінансування навчання, перепідготовки та підвищення кваліфікації і заробітної плати медичних працівників	На даному ринку не застосовуються	
Ринок технологічних розробок	Захист права інтелектуальної власності при подачі заявки на патенти	Витрати на дослідження в сфері суспільної охорони здоров'я	На даному ринку не застосовуються	
Ринок медичного обладнання та устаткування	Реєстрація та сертифікація медичних виробів	Здійснення державних витрат на закупівлю медичних виробів	На даному ринку не застосовуються	Звільнення від споживчого податку при продажу товарів для інвалідів. Застосування зниженої ставки ПДВ при поставках медичних виробів та імпорتنі операції.

Як результат державної політики сфери медичних послуг важливо сформулювати чіткі заходи для його розвитку, що базуються на класифікації ринку і моніторингу діяльності кожного напрямку в межах цього ринку. Державне регулювання сфери медичних послуг має бути засноване на чіткій класифікації ринку за його видами, що дозволить організувати ефективний моніторинг і контроль за діяльністю кожного напрямку. Це включає контроль якості послуг, цінову політику, доступність послуг і впровадження інновацій. Завдяки прозорій системі збору даних та забезпеченню взаємодії між різними учасниками ринку можна досягти оптимальної ефективності в наданні медичних послуг, що забезпечить доступність та високий рівень медичного обслуговування для населення.

У цьому контексті держава має надзвичайно важливу роль як системоутворююча ланка на ринку медичних послуг, оскільки вона забезпечує правову основу для соціально-економічної взаємодії між учасниками ринку, включаючи медичні установи, страхові компанії, пацієнтів та інші зацікавлені сторони. Це створює стабільні умови для розвитку галузі та підтримки ефективного надання медичних послуг. Держава повинна продовжувати виконувати свою роль в забезпеченні стабільності та розвитку ринку медичних послуг, надаючи правову основу для соціально-економічної взаємодії між усіма учасниками. Хоча вітчизняний ринок медичних послуг і мав певні досягнення, в порівнянні зі світовою практикою є багато простору для вдосконалення. Потрібно активно впроваджувати міжнародні практики та технології, щоб забезпечити конкурентоспроможність і високу якість медичних послуг в Україні.

Акцент робиться на важливості профілактики та формування здорового способу життя як основних складових державної політики в сфері охорони здоров'я. Оскільки громадяни можуть отримати безкоштовно лише обмежену частину медичних послуг, їх відповідальність за власне здоров'я стає ще більш важливою. Це визначає роль держави в

регулюванні і розвитку медичних послуг, сприяючи підвищенню якості і доступності медичного обслуговування.

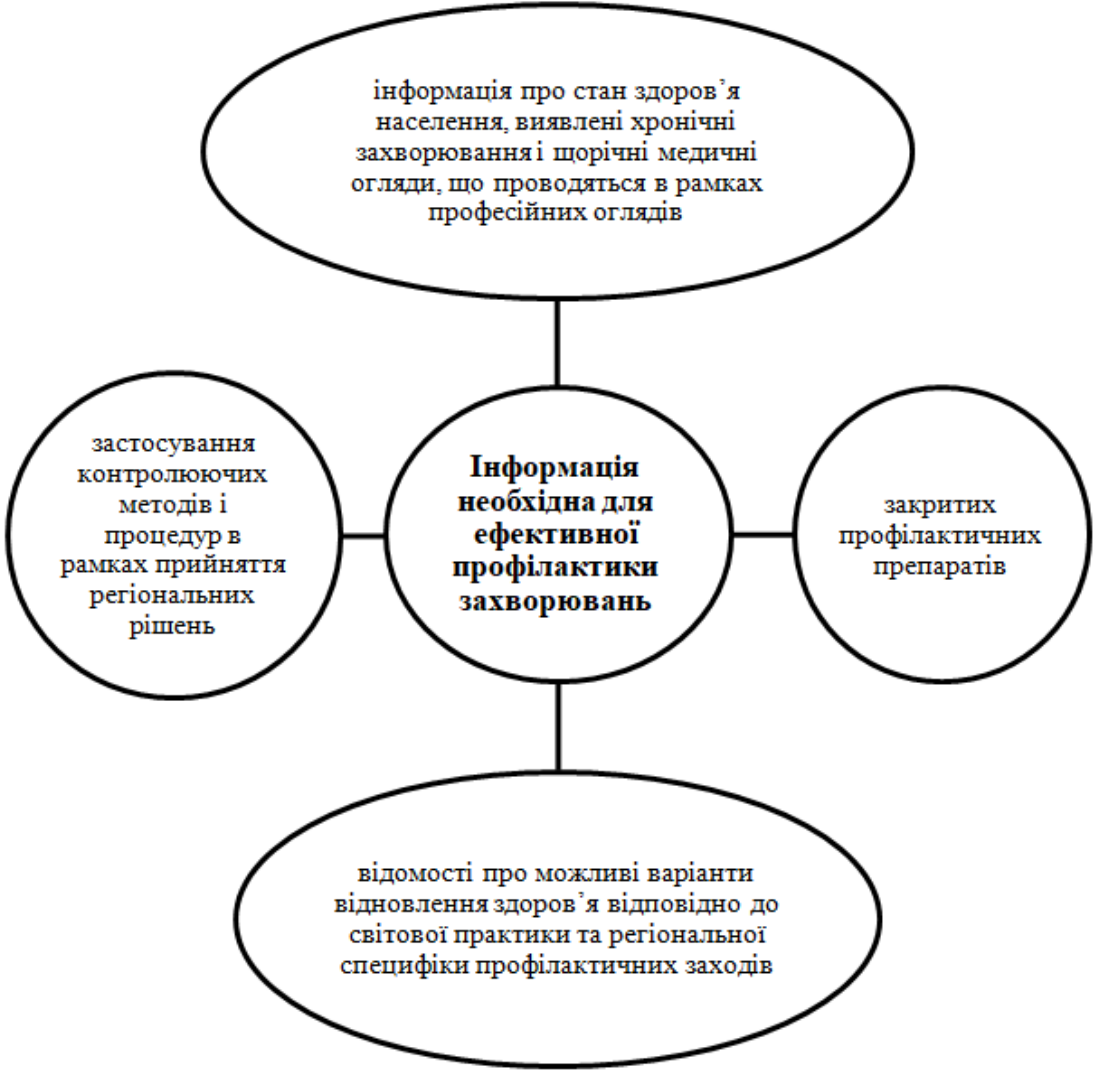


Рис.3.3. Данні для прийняття управлінських рішень

Зростання комерційної діяльності в сфері охорони здоров'я та на сфері медичних послугсприяє постійному розширенню ринку, а також значним змінам в організації медичного обслуговування. Зростання комерційної діяльності в сфері охорони здоров'я та на сфері медичних послугмає численні позитивні наслідки для розвитку галузі, включаючи розширення ринку, покращення якості обслуговування, впровадження нових технологій і ліків, а також забезпечення більшої конкуренції. Проте для ефективної роботи цього ринку необхідне регулювання з боку держави, яке включатиме нові органи, інститути та стандарти, щоб забезпечити доступність і якість медичних послуг для всіх верств населення.

Для поліпшення державної політики ринку медичних послуг, особливо в контексті ефективного використання бюджетних коштів, необхідно впровадити ряд важливих заходів:

- Посилення контролю за ефективністю використання бюджетних коштів (моніторинг витрат, впровадження системи аудиту, визначення чітких фінансових стандартів і лімітів);
- Контроль за дотриманням фінансових зобов'язань (штрафи за порушення валютних правил, прозорість у фінансових операціях);
- Забезпечення довіри до органів влади (зміцнення довіри до влади, покращення комунікації з громадськістю);
- Оптимізація капіталовкладень у медичну сферу (планування інвестицій, модернізація медичних установ).

Посилення контролю за ефективністю використання бюджетних коштів та забезпечення фінансової дисципліни в системі охорони здоров'я є критично важливими для забезпечення стабільності та розвитку медичних послуг в Україні. Прозорість і відповідальність у фінансових відносинах, а також чітке регулювання інвестицій і капіталовкладень допоможуть не тільки знизити витрати, але й зміцнити довіру до державних установ.

Для досягнення цих цілей необхідно використовувати інструменти моніторингу, аудиту та регулювання у всіх сферах фінансування медичних послуг, а також активно залучати громадськість до процесів контролю і прийняття рішень.

Для прискорення процесу створення і розвитку малого бізнесу в медичній сфері, а також для забезпечення сприятливих умов для його успішної діяльності, дійсно важливим кроком є створення спеціалізованих комітетів та інституцій на місцевому рівні, які будуть сприяти розвитку малого бізнесу в медичних та суміжних галузях. Забезпечення сприятливих умов для розвитку малого бізнесу в медичній сфері не тільки сприятиме економічному зростанню, але й забезпечить більш доступне та якісне медичне обслуговування для громадян.

Державна система регулювання сфери медичних послуг дійсно перебуває в процесі постійних змін. Ці зміни зумовлені як внутрішніми потребами реформування охорони здоров'я, так і глобальними тенденціями розвитку медицини та економіки.



Рис. 3.4. Покращення системи управління

Оптимізація будівель та споруд медичних закладів є важливим кроком у підвищенні ефективності системи охорони здоров'я, особливо в умовах реконструкції та модернізації існуючих установ. Цей процес має на меті не лише покращення умов для пацієнтів і медичних працівників, але й запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань, що є важливим завданням для забезпечення безпеки пацієнтів і співробітників. Оптимізація будівель і споруд медичних закладів згідно з сучасними стандартами є необхідною умовою для забезпечення ефективного функціонування медичних установ. Важливими аспектами є запобігання інфекційним захворюванням, покращення інфраструктури медичних установ, впровадження сучасних технологій та інженерних рішень для

забезпечення безпеки пацієнтів. Ці заходи дозволять забезпечити високу якість медичних послуг, знизити ризики для пацієнтів і медичних працівників, а також підвищити рівень ефективності роботи медичних установ в Україні.

Для ефективного управління системою охорони здоров'я та забезпечення її сталого розвитку важливо враховувати два основні фактори: поєднання організаційних та ринкових методів управління. Оскільки у нинішній системі охорони здоров'я в Україні спостерігається відсутність стратегічної та концептуальної бази для цього, потрібно визначити оптимальне співвідношення державних та місцевих ринкових і неринкових регуляторів. Необхідно створити стратегічну та концептуальну базу, яка забезпечить ефективне поєднання державних і ринкових методів управління в сфері охорони здоров'я. Це дозволить оптимізувати використання ресурсів, забезпечити рівний доступ до медичних послуг для населення та створити умови для розвитку приватного сектора в медичній сфері, що сприятиме підвищенню якості медичних послуг і ефективності роботи всієї системи охорони здоров'я.

Аналізуючи можливість імплементації запропонованого інструменту в медичних інституціях різних форм власності, сегментування сфери медичних послуг є важливим етапом для зручності і точності оцінки. Сегментування на основі взаємодії суб'єктів дозволяє чітко розмежувати функції, можливості і виклики кожного сегмента ринку, що сприяє більш ефективному управлінню і наданню медичних послуг. Аналіз сегментації сфери медичних послуг є важливим для покращення управління в охороні здоров'я.

Сегментування сфери медичних послуг на основі рівнів надання медичної допомоги дозволяє чітко визначити функціональні ролі медичних установ різних форм власності.

Сегмент 1. Медичні інституції державної та комунальної форм власності (третинний рівень медичної допомоги).

Сегмент 2. Медичні інституції державної та комунальної форм власності (вторинний та частково третинний рівень медичної допомоги).

Сегмент 3. Медичні інституції державної, комунальної та приватної форм власності (первинний та частково вторинний рівень медичної допомоги).

Сегмент 4. Медичні інституції приватної форми власності (третинний рівень медичної допомоги).

Поділ сфери медичних послуг на ці сегменти дозволяє чітко визначити специфіку кожного рівня надання медичної допомоги в залежності від форми власності та рівня складності медичних послуг.

Результати сегментування сфери медичних послуг показують, що конкуренція серед медичних установ, особливо в умовах бюджетного фінансування, є однією з ключових проблем для забезпечення ефективної системи охорони здоров'я. Медицина, як галузь, що має значний соціальний характер, вимагає наявності чіткої державної стратегії для забезпечення доступу до медичних послуг усім верствам населення, без залежності від їхнього економічного статусу. Для покращення ефективності охорони здоров'я в Україні необхідно запровадити системні зміни, які включають оптимізацію фінансування, профілактичні заходи та гарантовану доступність медичних послуг для всіх громадян. Це дозволить не лише підвищити якість медичних послуг, але й забезпечити сталий розвиток системи охорони здоров'я в країні, що є важливою складовою частиною економічного та соціального розвитку держави.

Для ефективної імплементації оригінального механізму в медичних закладах необхідно внести зміни до нормативно-правової бази, що регулює взаємодію між медичними установами різних форм власності, забезпечити стандартизацію медичних послуг і розробити чітку систему відповідальності за порушення встановлених стандартів. Підвищення рівня оподаткування та створення єдиного інформаційного простору для медичних установ дозволять забезпечити справедливі умови для конкуренції, підвищити доступність та якість медичних послуг для

населення.

Удосконалення нормативно-правового механізму регулювання сфери медичних послуг є важливим кроком для покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг в Україні. Запропоновані зміни в низку ключових законодавчих актів дозволять забезпечити кращу координацію між державними і приватними медичними установами, підвищити рівень фінансування та стимулювати розвиток медичних послуг через належні правові інструменти.

Висновки до 3 розділу

1. Запропоновано шляхи вдосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державної політики у сфері медичних послуг в Україні. Суть пропозиції полягає у розподілі національного сфери медичних послуг на чотири сегменти. Сегмент 1 – сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, для яких характерна специфічна взаємодія з ринковим механізмом у зв'язку з підпорядкованістю державним або місцевим органам влади. Сегмент 2 – регіональні та муніципальні медичні заклади, які мають певну автономію, але все ще значною мірою залежать від місцевих органів управління та бюджетного фінансування. Сегмент 3 – медичні організації переважно недержавної форми власності та лікарі приватної практики, діяльність яких здійснюється на ринкових засадах із переважно підприємницьким підходом. Сегмент 4 – недержавні медичні організації та лікарі приватної практики, які функціонують у приватному секторі з повною комерційною орієнтацією та максимальною залежністю від ринкових чинників.

Такий підхід до сегментації ринку покликаний врахувати специфіку кожної групи суб'єктів, адаптувати регуляторні заходи відповідно до особливостей їх діяльності та підвищити ефективність державної політики у сфері медичних послуг в Україні.

2. Критерії сегментації сфери медичних послуг, засновані на джерелах фінансування медичної діяльності та формах власності. Аналіз показав, що основними конкурентними зусиллями на ринку є боротьба суб'єктів медичної сфери за отримання бюджетних коштів, тоді як кошти населення та страхові внески виступають додатковим джерелом фінансування. З огляду на це, рекомендується реформувати сучасну модель охорони здоров'я в Україні з урахуванням двох ключових напрямів державного регулювання:

Громадська охорона здоров'я та фінансування охорони здоров'я, спрямовані на покриття різноманітних захворювань, травм і вагітності, а також забезпечення турботи про здоров'я населення.

Створення загальнодоступних фондів та фондів обов'язкового соціального страхування, що дозволить більш системно та справедливо перерозподіляти ресурси та зміцнити фінансовий фундамент системи охорони здоров'я.

Зважаючи на відсутність ідеальної системи охорони здоров'я у світовій практиці, подальший розвиток галузі повинен передбачати розробку практичних інструментів, які враховуватимуть потреби всіх учасників, та поступову імплементацію таких інструментів. Цей підхід є перспективним напрямком майбутніх досліджень та практичного застосування в Україні.

У процесі написання кваліфікаційної роботи нами були зроблені наступні висновки та узагальнення:

1. Розкрито роль державної політики сфери медичних послуг та визначено як складну, багаторівневу систему державного впливу, що складається із суб'єктів впливу (органів влади), об'єктів впливу (установ, що надають медичні послуги населенню на ринку) та технологій впливу (нормативно-правового, організаційного, фінансового, інформаційного забезпечення; методів, інструментів впливу) задля ефективної діяльності організацій та установ, які є учасниками ринку та надають, регулюють або споживають медичні послуги при ринковій кон'юнктурі з метою забезпечення надання якісних медичних послуг населенню, підвищення рівня та якості життя в державі.

Можна виділити наступні види медичних послуг: прості медичні послуги; комбіновані медичні послуги (де поєднуються різні види супутніх медичних послуг; комплексні медичні послуги (поєднання повністю різноманітних за видами послуг, які об'єднані в одну); прості медичні послуги, що поєднуються з клінічними дослідженнями; прості медичні послуги, що поєднуються з елементами реабілітації та додаткового медичного супроводу.

Показано що державна політика у сфері медичних послуг розглядається як складна, багаторівнева система державного впливу на ринок медичних послуг. Ця система включає: суб'єкти впливу: органи державної влади, які формують і реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я. Об'єкти впливу: заклади й установи, які надають населенню медичні послуги, діють на ринку та перебувають під впливом регулюючих органів і чинних норм. Технології впливу: набір методів, інструментів і ресурсів, за допомогою яких держава здійснює свій вплив на ринок медичних послуг.

2. Проаналізовано понятійно-категоріальний апарат дослідження сфери медичних послуг як об'єкту державної політики.

Серед них: нормативно-правове забезпечення (закони, підзаконні акти, стандарти). Організаційне забезпечення (управлінські рішення, державні програми). Фінансове забезпечення (фінансування, субсидії, страхові виплати). Інформаційне забезпечення (розповсюдження інформації, моніторинг, аналітика).

Метою застосування державної політики та її інструментів є забезпечення якісних медичних послуг для населення, підвищення загального рівня та якості життя в державі, а також ефективне функціонування учасників ринку медичних послуг.

Досліджено різноманітні наукові підходи до формування та реалізації державної політики у сфері медичних послуг, основою якої є забезпечення якості та доступності медичної послуги для кінцевого споживача. Зокрема, виокремлено три ключові підходи:

Підхід, орієнтований на кількісні показники. Головною метою є охоплення максимальної частки населення медичними послугами. При цьому критеріями ефективності виступають кількісні показники, такі як обсяг наданих консультацій, кількість діагностичних та лікувальних процедур у співвідношенні до чисельності населення. Основний акцент робиться на доступності медичних послуг для усіх верств суспільства.

Підхід, заснований на якісних показниках. Увага зосереджена на відповідності наданих медичних послуг міжнародним стандартам і протоколам, рекомендованим Міністерством охорони здоров'я, а також на якісних показниках здоров'я населення. Таким чином, не лише кількість, а й якість медичних послуг, а також їх відповідність сучасним медичним практикам стають головним орієнтиром державної політики.

Комплексний підхід. Поєднує в собі як вимоги до доступності медичних послуг для населення, так і необхідність забезпечення високих стандартів якості у їхньому наданні. Метою є досягнення оптимального рівня медичного обслуговування, поліпшення стану здоров'я громадян та підвищення якості їх життя. Цей підхід передбачає комплексне використання принципів, методів та інструментів державного управління,

що забезпечують баланс між доступністю та якістю медичних послуг у контексті міжнародних стандартів.

3 Визначено можливості імплементації світового досвіду моделей державної політики у сфері медичних послуг у вітчизняну практику у зв'язку з цим було проаналізовано принципи державної політики реалізації сфери медичних послуг у розвинених країнах. Відзначено, що в більшості індустріально розвинених країн пріоритетом є якісне надання медичної допомоги, навіть за умови певного кількісного дефіциту послуг.

Здійснено класифікацію моделей державної політики сфери медичних послуг за географічними та економічними характеристиками країн.

Зроблено акцент, що досвід кожної країни у державному регулюванні сфери медичних послуг є унікальним. При цьому, між індустріально розвиненими країнами та країнами з перехідною економікою існують принципові відмінності, зумовлені історичним розвитком, тривалістю функціонування системи охорони здоров'я та ступенем її зрілості.

4. Досліджено нормативно-правовий механізм державної політики у сфері медичних послуг в Україні та зроблено низку важливих висновків і пропозицій. Проведено систематизацію спеціального законодавства в сфері медичних послуг за предметом регулювання, яке поділено на акти, що визначають загальні основи надання медичної допомоги та медичних послуг; акти, що регулюють взаємовідносини лікувальних закладів і пацієнтів; акти, що регулюють відносини у сфері надання медичних послуг; акти, що передбачають відповідальність за порушення у сфері медичних послуг. Зазначено, що нормативно-правове забезпечення державної політики у сфері медичних послуг є недостатньо систематизованим та складається з фрагментарних механізмів. Повноцінно врегульовано переважно фінансово-економічні та частково організаційно-адміністративні питання (через ліцензування, встановлення тарифів, спеціальний режим господарювання закладів). Потребують подальшої

оптимізації інституційний та інформаційно-комунікаційний аспекти державної політики у сфері медичних послуг. Відповідно, обґрунтовано актуальність створення ефективної правової бази, яка складатиметься з удосконалених і взаємопов'язаних елементів, спрямованих на забезпечення реалізації законних прав та інтересів громадян у галузі охорони здоров'я.

5. Доведено можливості адаптації українського медичного законодавства до законодавства Європейського Союзу та розроблено пропозиції щодо внесення змін до нормативно-правових актів з метою гармонізації з європейськими стандартами.

Наголошено на необхідності розвитку джерел фінансування системи охорони здоров'я з урахуванням Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я до 2030 року. Рекомендовано надати закладам охорони здоров'я господарську автономію, що сприятиме розширенню їх повноважень та можливостей щодо самофінансування.

Запровадити державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я задля залучення приватних інвестицій у державний (комунальний) сектор.

5. Запропоновано шляхи вдосконалення організаційного механізму взаємодії суб'єктів державної політики у сфері медичних послуг в Україні. Суть пропозиції полягає у розподілі національної сфери медичних послуг на чотири сегменти. Сегмент 1 – сукупність медичних закладів державної, регіональної та муніципальної форм власності, для яких характерна специфічна взаємодія з ринковим механізмом у зв'язку з підпорядкованістю державним або місцевим органам влади. Сегмент 2 – регіональні та муніципальні медичні заклади, які мають певну автономію, але все ще значною мірою залежать від місцевих органів управління та бюджетного фінансування. Сегмент 3 – медичні організації переважно недержавної форми власності та лікарі приватної практики, діяльність яких здійснюється на ринкових засадах із переважно підприємницьким підходом. Сегмент 4 – недержавні медичні організації та лікарі приватної практики, які функціонують у приватному секторі з повною комерційною

орієнтацією та максимальною залежністю від ринкових чинників. Такий підхід до сегментації ринку покликаний врахувати специфіку кожної групи суб'єктів, адаптувати регуляторні заходи відповідно до особливостей їх діяльності та підвищити ефективність державної політики у сфері медичних послуг в Україні.

2. Критерії сегментації сфери медичних послуг, засновані на джерелах фінансування медичної діяльності та формах власності. Аналіз показав, що основними конкурентними зусиллями на ринку є боротьба суб'єктів медичної сфери за отримання бюджетних коштів, тоді як кошти населення та страхові внески виступають додатковим джерелом фінансування. З огляду на це, рекомендується реформувати сучасну модель охорони здоров'я в Україні з урахуванням двох ключових напрямів державного регулювання:

Громадська охорона здоров'я та фінансування охорони здоров'я, спрямовані на покриття різноманітних захворювань, травм і вагітності, а також забезпечення турботи про здоров'я населення.

Створення загальнодоступних фондів та фондів обов'язкового соціального страхування, що дозволить більш системно та справедливо перерозподіляти ресурси та зміцнити фінансовий фундамент системи охорони здоров'я.

Зважаючи на відсутність ідеальної системи охорони здоров'я у світовій практиці, подальший розвиток галузі повинен передбачати розробку практичних інструментів, які враховуватимуть потреби всіх учасників, та поступову імплементацію таких інструментів. Цей підхід є перспективним напрямком майбутніх досліджень та практичного застосування в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Биля-Сабадаш І. О. Нормотворча техніка як інструмент забезпечення системності законодавства. Форум права. 2010. № 1. С. 24–33
URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/FP_index.htm_2010_1_6.pdf
2. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. Вісник Дніпропетровського університету. 2014. Вип. 8 (2). С. 12–18.
3. Гавриченко Д.Г. Штирьов О.М.. Досвід зарубіжних країн щодо функціонування моделей фінансування систем охорони здоров'я та практичного впровадження медичного страхування. Наукові перспективи. №4 (46). 2024. С. 75-89. URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4\(46\)-75-89](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-4(46)-75-89)
4. Глущенко О. В. Аналіз державного регулювання охорони здоров'я та медичної діяльності як однієї з функцій держави. Регіональний збірник наукових праць з економіки «Прометей». 2010. № 3 (33). С. 34-38. URL: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Prom/2010_3/Gloushenko.pdf
5. Державний ДерМОЗ України: офіційний сайт. URL: <https://www.dec.gov.ua/>
6. Державний експертний центр МОЗ України. Галузеві стандарти медичної допомоги: сайт. URL: <https://www.dec.gov.ua/news/zatverdzheno-galuzevi-standarty-medychnoyi-dopomogy-spadkovyj-angionevrotichnyj-nabryak-czukrovuj-diabet-1-typu-u-doroslyh-hvoroba-menyera-lejomi/>
7. Дудка В. В. Переваги приватної медицини та вигоди держави у підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я (до проблеми державного регулювання здоровоохоронної сфери). Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2012_1_4
8. Електронні рецепти на «Доступні ліки» та інсуліни: звіт НСЗУ:

сайт. URL: <https://medplatforma.com.ua/news/57715-elektronni-retsepti-na-dostupni-liki-ta-insulini-zvit-nszu>

9. Європейська соціальна модель і європейські перспективи України: офіційний сайт журналу «Віче». URL: <https://veche.kiev.ua/journal/1685/>

10. Європейська соціальна хартія. офіційний сайт. Страсбург, 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text

11. Євтушенко О. А. Механізми державного управління ціноутворенням в охороні здоров'я: дис. ...канд. держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2006. 240 с.

12. Жовнірчик Я.Ф Штиршов О.М. Концепт “громадське здоров'я” через призму досягнення цілей сталого розвитку в галузі охорони здоров'я України Наукові перспективи. №4 (46). 2024. С. 179-191. URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11\(53\)-179-192](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-179-192)

13. Загальна декларація прав людини. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text

14. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми: монографія. Харків: Магістр, 2006. 401 с.

15. Консолідовані версії Договору про Європейський Союз та Договору про функціонування Європейського Союзу (2010/С 83/01): офіційний сайт Верховної Ради України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b06#Text

16. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради України. 1996. Ст. 49. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

17. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. Публічне управління та митне адміністрування. 2022. № 1 (32). С. 58–69. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/handle/123456789/4727>

18. Коротич О. Б. Державне управління регіональним розвитком

України: монографія. Харків: Магістр, 2006. 220 с.

19. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. № 1. С. 5–23.

20. Методика розрахунку вартості медичних послуг, затвердженої постановою КМУ № 1075 від 27 грудня 2017 року, із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 1073 від 27.11.2019. Офіційний сайт Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>

21. Національна служба здоров'я України: офіційний сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>

22. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні 2015-2020. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>

23. Онишко С. В., Шевчук Ю. В. Особливості функціонування моделей фінансування медичного страхування. Економічний вісник. 2019. № 3. С. 171–179.

24. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Обговорення ролі і значення «медичної конституції». Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького: офіційний сайт. URL: <https://new.meduniv.lviv.ua/obgovoryly-rol-i-znachennya-medychnoyi-konstytutsiyi-zakonu-ukrayiny-osnovy-zakonodavstva-ukrayiny-pro-okhoronu-zdorov-ya/>

25. Офіційний інформаційний портал Кабінету Міністрів України. COVID-19. Закладам охорони здоров'я: сайт. URL: <https://covid19.gov.ua/zakladam-okhorony-zdorovia>

26. Павлюк К. В., Степанова О. В. Модернізація системи соціального захисту в контексті накопичення соціального капіталу в Україні. Економіка України. 2012. № 6. С. 15–29.

27. Платформа ефективного регулювання. Управління ліцензування та контролю якості надання медичної допомоги: офіційний сайт. URL: <https://regulation.gov.ua/catalogue/department/id4599>

28. Приятельчук О. А. Система охорони здоров'я як механізм реалізації моделі загального добробуту в Скандинавському регіоні. Економіка та суспільство. 2018. № 19. С 910-919. URL: http://www.economyandsociety.in.ua/journal/19_ukr/137.pdf

29. Про державне регулювання цін на лікарські засоби: Постанова Кабінету Міністрів від 9 листопада 2016 р. № 862. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/862-2016-%D0%BF#Text>

30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

31. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 6327. URL <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168viii>

32. Про Загальнодержавну програму адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2004. № 29. Ст. 367. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1629-15#Text>

33. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: Проект Закону України від 19.03.2013 № 2597. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JG20500A>

34. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету міністрів України від 31.10.2018 р. № 910 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-%D0%BF#Text>

35. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України // Відомості Верховної Ради України. 2000. № 29. Ст. 228. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>

36. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>

37. Програма «Доступні ліки». Про укладення договорів /

<https://nszu.gov.ua/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv/dostupni-liky>

38. Публічне управління: термінол. слов. / уклад.: В. С. Куйбіда, М. М. Білинська, О. М. Петроє та інших Київ: НАДУ, 2018. 224 с.
URL: https://www.dut.edu.ua/uploads/l_888_37081450.pdf

39. Рожков Г. С. Особливості конкуренції на ринку медичних товарів і послуг України. Економіка та держава. 2010. № 6. С. 90–92.

40. Рожкова І. В., Солоненко І. М. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні: монографія. Київ: Фенікс, 2008. 160 с.

41. Рябець Д. М. Державне регулювання сфери охорони здоров'я: принципи, механізм та інструменти. Економічні горизонти. 2018. № 4 (7). С. 164–174. DOI: 10.31499/2616-5236.4(7).2018.212757

42. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. Науковий вісник. Державне управління. 2022. № 1 (11). С. 207–221. DOI: [https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1\(11\)-207-221](https://doi.org/10.33269/2618-0065-2022-1(11)-207-221)

43. Стеценко В. Ю. Деякі аспекти страхової моделі організації охорони здоров'я // Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. Запоріжжя, 2019. С. 10–14.

44. Устінов О. Філософія медицини ХХІ сторіччя: українські реалії. Український медичний часопис. 2013. № 1 (93). С. 8–9.

45. Харченко Т. О., Нагорна А. О. Державне регулювання ефективності надання медичних послуг населенню. Сучасні управлінські та соціально- економічні аспекти розвитку держави, регіонів та суб'єктів господарювання в умовах трансформації публічного управління: матеріали ІV Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 11 листоп. 2021 р.). Одеса, 2021. С. 33–35. URL: <http://repo.snau.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/10036>

46. Янчак Я. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. Scientific notes of Lviv

University of Business and Law. 2018. Vol 19. URL: ⁹⁷
<https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/download/67/65/>

47. Cassels A. & Janovsky K. Management development for primary health care: a framework for analysis. *Universal Journal of Public Health*. 2022. Vol. 10 (5). Pp. 527–538. URL: <https://www.hrpub.org/download/20221030/UJPH10-17628356.pdf>

48. Ernst Gurlt: Hufeland, Christoph Wilhelm. // *Allgemeine Deutsche Biographie (ADB)*. Band 13, Duncker & Humblot, Leipzig, 1881. Pp. 286–296.

49. European Commission / Public Health / International cooperation / Global health. United Nations – health cooperation: офіційний сайт. URL: https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_en

50. European Commission. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe. Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment, 2019. DOI:10.2875/346480.

51. Friedman M. *The Permanent Income Hypothesis. A Theory of the Consumption Function*. Princeton University Press, 1957. 65 p.

52. George J. Stigler *Essays in the History of Economics*. *The Journal of Modern History*. 2021. № 37 (3). 357 p.

53. Ghorbanian Zolbin M., Huvila I., Nikou S. Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review. *Journal of Documentation*. 2022. Vol. 78, № 7. Pp. 405–428. URL: <https://doi.org/10.1108/JD-01-2022-0004>

54. Guthmuller S., Paruolo P., Verzillo S. Positive Externalities of EU Actions on Sustainability of Health Systems. *The Sustainability of Health Care Systems in Europe (Contributions to Economic Analysis)*. Emerald Publishing Limited, Bingley, 2021. Vol. 295. Pp. 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1108/S0573-855520210000295006>

55. Health Information Privacy Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 Statute and Rule: офіційний сайт. URL: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/patient-safety/statute-and-rule/index.html>

56. Hick J. L., Hanfling D., Wynia M. K., Pavia A. T. Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. NAM Perspectives. Discussion paper. National Academy of Medicine. Washington, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31478/202003b>

57. Horsfall D. Medical tourism from the UK to Poland: how the market masks migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2019. Vol. 29, № 4. Pp. 1–19.

58. Joskow P. L., Noll R.C. Regulation in Theory and Practice: An Overview In: *Studies in Public Regulation*. Cambridge, MA.: The MIT Press, 1981. 35 p.

59. Kim W., Hantula D. A., Di Benedetto A. Organizational citizenship behaviors perceived by collectivistic 50-and-older customers and medical-care service performance: an application of stimulus-organism-response theory. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*. 2021. Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. DOI: <https://doi.org/10.1108/APJML-01-2021-0027>

60. Kroezen M., Van Hoegaerden M., Batenburg R. The joint action on health workforce planning and forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*. 2018. № 122 (2). Pp. 87–93. DOI: [doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.002](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.002).

61. Lytvyn N. A., Berlach A. I., Kovalko N. M., Melnyk A. A. & Berlach H. V. Legal regulation of the state financial guarantees of medical services for the population: domestic and international experience. *International Journal of Health Governance*. 2022. Vol. 27, № 4. Pp. 378–390. URL: <https://doi.org/10.1108/IJHG-01-2022-0008>

62. Marije van Essen A. New hospital payment systems: Comparing medical strategies in The Netherlands, Germany and England. *Journal of Health Organization and Management*. 2009. Vol. 23, № 3. Pp. 304–318. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777260910966735>.

63. Official web-site Joint Learning Network Primary Health Care Financing and Payment Country Pairing Evaluation Report. September 2022. URL: <https://www.jointlearningnetwork.org/type/technical-initiative/>

64. Pharmaceuticals & Healthcare. BMI Global Pharmaceuticals and Healthcare Report: сайт. URL: <https://your.bmiresearch.com/pharma/>
65. Prasol V. Аналіз ринку недержавних медичних послуг в Україні. *Theory and Practice of Public Administration*. 2019. № 2(65). С. 183–190.
66. Ramli A. H. Patient service and satisfaction systems. *Business and Entrepreneurial Review*. 2019. № 15(2). Pp. 189–200.
67. Redfern J., Coorey G., Mulley J., Scaria A., Neubeck L., Hafiz N., ... & Peiris, D. A digital health intervention for cardiovascular disease management in primary care (CONNECT) randomized controlled trial. *NPJ Digital Medication*. 2020. Vol. 3, № 117. Pp. 1–9.
68. Saltman R. B., Figueiras J. Health system reforms in Europe. Analysis of modern strategies: WHO Regional issue. WHO publisher. 2000. 432 p.
69. Siciliani L., Wild C., McKee M., Kringos D., Barry M. M., Barros P. P. & Ricciardi W. Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: A framework for action. *Health Policy*. № 124 (5). Pp. 511-518. DOI:10.1016/j.healthpol.2020.02.015.
70. Stadhouders N., Kruse F., Tanke M., Koolman X. & Jeurissen P. Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*. 2019. № 123 (1). Pp. 71–79. DOI:10.1016/j.healthpol.2018.10.015.
71. Supporting public health in Europe Prasol: офіційний сайт the European Union. URL: https://european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions- topic/health_en
72. Genovese S., Bengoa R., Bowis J., Harney M., Hauck B., Pinget M. ... & Guldemond N. The European Health Data Space: a step towards digital and integrated care systems. *Journal of Integrated Care*. 2022. Vol. 30, № 4. Pp. 363–372. DOI: <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2021-0059>
73. U.S. Department of Health & Human Services. HHS Family of Agencies. URL: <https://www.hhs.gov/about/agencies/index.html>
74. U.S. Department of Health & Human Services. HHS Poverty

Guidelines for 202. U.S. Federal Poverty Guidelines Used to Determine Financial Eligibility for Certain Programs. URL: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

75. Van den Brink-Muinen A., Maaros H., Tähepõld H. Communication style in primary health care in Europe. *Health Education*. 2008. Vol. 108, № 5. Pp. 384–396. DOI: <https://doi.org/10.1108/09654280810900008>

76. Waring J., Dixon-Woods M., Yeung K. Modernising medical regulation: where are we now? *Journal of Health Organization and Management*. 2010. Vol. 24, № 6. Pp. 540–555. URL: <https://doi.org/10.1108/14777261011088647>

77. Wendt K. *Social Theory of International Politics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. 429 p. URL: <http://www.guillaumenicaise.com/wp-content/uploads/2013/10/Wendt-Social-Theory-of-International-Politics.pdf>