

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я

_____ В.А. Огнев

**ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯ
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Освітньо-професійна програма: «Управління в сфері охорони здоров'я»

Галузь знань: 28 «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконав:

слухач групи ПУА-20

С.В. В'юн

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
1.1 Медична реформа як складова публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я	5
1.2 Механізми публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я	14
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	26
2.1 Результати публічного управління реформуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я	26
2.2 Проблеми з проведенням медичної реформи в Україні	36
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	46
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо проведення медичної реформи	46
3.2 Перспективні напрями та засоби публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я	55
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68

ВСТУП

Актуальність теми. Деконструкція сучасного світу, яка супроводжується зміною ціннісних пріоритетів і смислових орієнтирів життєдіяльності людей у XXI ст., позначилась також на показниках якості здоров'я націй, що поряд із негативними структурними зрушеннями призвело й до негативних наслідків, зокрема посилення невідповідності можливостей національних сфер охорони здоров'я потребам сьогодення. Не стала виключенням й Україна, де ситуація ускладнюється через наявні економічні, соціальні та політичні проблеми. Усвідомлення неприйнятності збереження наявної ситуації спонукало Уряд до проведення чергової медичної реформи. Проте проміжні її результати отримали доволі неоднозначну оцінку науковців і практиків, що, окрім іншого, обумовлено недостатньо високою результативністю публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я. На цьому тлі зростає актуальність вдосконалення відповідних механізмів управління, що, зрештою, й спонукало автора до проведення відповідного актуального дослідження.

В сучасних умовах над означеною проблемою плідно працюють Авраменко Н. [1], Виноградов О. [5], Григорович В. [7], Дейниховська К. [8], Карамішев Д. [13], Карлаш В. [14], Кланца А. [15], Косілова О. [21; 78], Кравченко Ж. [77; 78], Кризина Н. [16], Медяник Г. [17], Мельниченко О. [19–23; 78; 79], Мезенцева Н. [24], Москаленко В. [26], Муратов Г. [22; 77], Рингач Н. [46], Рожкова І. [47], Удовиченко О. [77], Худоба О. [55], Шевцов В. [57] та ін. вчені.

Мета та завдання дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я, обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати специфіку медичної реформи як складової публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я;

– дослідити діючі механізми публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я;

– оцінити результати публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід проведення медичної реформи;

– визначити перспективні напрями та засоби публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є медична реформа.

Предметом дослідження є публічне управління реформуванням сфери охорони здоров'я.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РЕФОРМУВАННЯМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Медична реформа як складова публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

Здоров'я виступає своєрідним індикатором ставлення держави до людини та її можливостей реалізації через діяльність її інститутів. Це також доводить, що здоров'я людини як комплексний феномен визначається стилем її життя та генетичною програмою передзadanості, середовищем перебування та якістю медичної допомоги [15].

Кожна людина має природне, невід'ємне й непорушне право на охорону здоров'я – сукупність заходів політичного, економічного, протиепідемічного, соціального, правового, культурного, наукового, медичного та санітарно-гігієнічного характеру, спрямованих на укріплення фізичного та психічного здоров'я кожного громадянина, підтримання його довголітнього активного життя, надання йому медичної допомоги у випадку погіршення здоров'я [6].

Сфера охорони здоров'я – відкрита динамічна система, що розвивається, складовими якої виступають: державні органи, на які покладаються повноваження з виконання завдань і функцій держави щодо підвищення рівня здоров'я і збереження генофонду нації, що їх реалізують медичні працівники; процеси та процедури, що пов'язані з функціонуванням і розвитком як системи охорони здоров'я в цілому, так і її елементів – лікувально-профілактичних закладів і нормативно-правовою регламентацією їх діяльності; медичні працівники, які є активними елементами цієї системи, та їх діяльність щодо реалізації такої політики [16] – в межах будь-якої держави має базуватися на блокуванні індикаторів розвитку негативних процесів, які перешкоджають належним умовам життєдіяльності людини. Сфера охорони здоров'я визначає

потенціал генофонду нації та ресурсність її безпеки та є одним із стратегічних напрямів забезпечення життєдіяльності суспільства, вимагає чіткої концептуальної та методологічної ідентифікації її структурних понять [15].

Розвиток ресурсного потенціалу сильної держави характеризується її спроможністю забезпечити належний рівень надання медичних послуг громадянам та їх можливістю оплачувати такі послуги. Це, своєю чергою, визначається рівнем соціально-економічного та політичного розвитку держави та її інститутів, які забезпечують функціонування системи охорони здоров'я, від структурно-функціонального впливу якої залежить і рівень національної безпеки держави. Для кожної країни, наявність функціонально потужної системи охорони здоров'я є важливим показником національного престижу, стабілізуючим фактором довіри до всіх гілок влади, органів управління та політико-економічної системи загалом, у здоров'ї акумулюється не лише добробут індивідів і сім'ї, воно є необхідною умовою високого трудового потенціалу нації, показником рівня культури, найбільш яскравим критерієм ефективності державного управління [87]. З огляду на це, здоров'я та його охорона як імператив національної безпеки держави мають виступати найвищим пріоритетом державної політики щодо утвердження гарантій належної життєдіяльності громадян. Сучасні держави акумулюють свою політику на розробленні «програм перебудови охорони здоров'я», які враховують усі фактори, що впливають на громадське здоров'я як структурну умову національної безпеки держави. Це свідчить про те, що стан громадського здоров'я залежить від ефективності організаційної структури керованості факторів, які визначають рівень здоров'я населення. Водночас доцільно чітко розмежовувати фактори, які перебувають у сфері керованості охорони здоров'я, та фактори, які перебувають поза її межами, зокрема спосіб життя, довкілля, соціально-економічні й спадково-генетичні передумови [15]. Це підтверджує аргументацію, що людина є сама ковалем власного здоров'я, оскільки 90 % факторів, які визначають індивідуальне здоров'я (генетика, екологія та спосіб життя) прямо чи опосередковано залежать від індивіда [80].

Пріоритетність ролі здоров'я в межах певних національних систем залежить від структури менталітету нації та чіткої артикуляції її життєвих пріоритетів. У такому контексті більшість учених в системі національних пріоритетів держави та її безпекової політики відводять здоров'ю 3–4 позиції у шкалі пріоритетів, які визначають загальний зміст національного інтересу. З огляду на це більшість людей цінність здоров'я в шкалі цінностей ставлять після грошей, кар'єри, житла, тимчасових задоволень, що підтверджує той факт, що здоров'я приноситься в жертву іншим національним інтересам [26]. Здоров'я нації як предмет національного інтересу має виступати універсальним принципом облаштування суспільної реальності у межах певного державного утворення з чітко визначеними просторово-часовими параметрами. Це свідчить також і про те, що певна історична динаміка світу може призводити до зміни внутрішніх та зовнішніх умов розвитку держави, а обумовлює зміну ієрархії національних інтересів. Обґрунтовуючи здоров'я нації як стратегічний пріоритет національних інтересів держави, доцільно виходити із того, що саме здоров'я нації є методологічним формуляром, який визначає довгострокові інтереси держави [15], спрямовані на збереження самобутності держави у світовому співтоваристві, забезпечення національної безпеки, політичного суверенітету, сталого демократичного розвитку [56].

Суспільство та держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду нації, забезпечують пріоритетність розвитку охорони здоров'я, вдосконалення медичної допомоги й запровадження здорового способу життя [28], й слугувала структурною умовою забезпечення її національної безпеки [15; 79]. Держава має гарантувати кожній особі дотримання та реалізацію його прав щодо якісного та безпечного життя [6], що включає застосування сучасних технологій [68]. Держава зобов'язана забезпечувати охорону здоров'я громадян незалежно від статі, расової віку, приналежності, національності, мови, захворювань, походження, фінансового становища й статусу, місця проживання, релігійного переконання, ідеологічних вподобань. Охорона здоров'я є сферою державних гарантій захисту громадян

від будь-яких форм дискримінації, обумовленої наявністю відповідних захворювань. Тож, стратегічним призначенням держави у даній сфері є забезпечення інтересів пацієнтів шляхом: дотримання етичних і моральних норм з боку медичних працівників й інших працівників медичних організацій; надання медичної допомоги з урахуванням фізичного стану пацієнта та дотриманням його культурних і релігійних традицій; забезпечення догляду при наданні медичної допомоги; організація надання медичної допомоги пацієнту з урахуванням раціонального використання його часу; встановлення вимог до проектування та розміщення медичних організацій з урахуванням дотримання санітарно-гігієнічних норм і забезпечення комфортних умов перебування пацієнтів в медичних організаціях; створення умов, які забезпечують можливість відвідування пацієнта та перебування родичів з ним в медичних організаціях (залежно від стану пацієнта), дотримання протиепідемічного режиму інших осіб, які працюють або перебувають в медичній організації [47].

Пріоритетом національної політики кожної держави має стати забезпечення високої активності життєдіяльності громадян через відповідні інституційні механізми, у ролі яких виступає ефективна система охорони здоров'я. Передусім йдеться про те, що держава повинна взяти на себе зобов'язання щодо запобігання певних форм дискомфорту життя своїх громадян, зокрема, больовий синдром, хвилювання, депресії, забезпечивши кваліфікованими медичними послугами та можливістю їх оплати [15]. Відсутність належних державних стимулів для громадян щодо збереження власного здоров'я неминуче може призвести до соціальної катастрофи. Щоб цього не сталося, державі слід повернути своїм громадянам можливість до «нормальної охорони здоров'я» [8]. Зазвичай держава стосовно сфери охорони здоров'я демонструє організаційну й інституційну інертність. Це безпосередньо обумовлене недооцінюванням стратегічної необхідності вирішення антропологічних проблем, від яких залежить в цілому перспективний розвиток людства. Держава, яка базує свою політику на реалізації проектів, що спрямовані на збереження «інерційних демографічних показників», позбавлена

ресурсного потенціалу формування ефективної практики громадського здоров'я. Аби володіти результативним потенціалом виходу із відповідних кризових ситуацій, які негативно впливають на сферу охорони здоров'я й детерміновано позначаються на показниках національної безпеки держави [15]. При цьому обов'язково доцільно враховувати і той факт, що бідність та різьоча соціальна нерівність вкрай негативно впливають на стан здоров'я населення та можливість його доступу до якісних медичних послуг [64]. Наскільки б потужно технологічною й функціональною не була політика держави у цій сфері, однак якщо переважна більшість громадян перебуває за межею бідності, то відповідно й можливість отримання якісних медичних послуг також є мінімальною. Адекватну відповідь на загрози сучасного світу здатна дати лише сильна, а не силова держава, яка володіє функціональною спроможністю адекватно реагувати на його виклики, сповідуючи доцільність безпеки та свободи людини. Наскільки держава спроможна ефективно захищати свої інтереси, настільки ефективно реалізується її політика у сфері охорони здоров'я. Саме тому критеріальною основою для реалізації національних інтересів держави є захист безпекових показників життєдіяльності нації, що визначає могутність геополітичного потенціалу держави у світі [15].

Проте фрагментарна роль держави у процесах охорони здоров'я в умовах кризи полягає у створенні системи, яка б дозволила певним людям з певними знаннями та відповідним технологічно-інноваційним оснащенням знаходитись там, де потрібна допомога. Тобто важливим функціональним призначенням держави є формування потужної ресурсної бази, що включає кадровий та інноваційно-технологічний потенціал у цій сфері [55]. Фрагментарна роль держави знаходиться у площині відсутності чіткого розуміння відмінності між традиційною медициною та сферою охорони здоров'я. Така відмінність полягає в тому, що медицина – це система забезпечення життя та здоров'я всього населення та кожної людини окремо, а тому необхідна профілактика, яка неможлива без етапної ешелонної допомоги населенню, яку мають надавати висококваліфіковані медичні кадри [49]. Більшість експертів сповідують

ідейний та моральний нігілізм, ідейний вакуум, який спричинив аморальну практику, панування прагматичних і меркантильних інтересів [17]. Це зробило недоцільною участь держави у вирішенні актуальних проблем забезпечення здоров'я нації, розширивши самоорганізаційний потенціал людини та рівень її персональної відповідальності за власне здоров'я. Таку декларативну роль держави можливо дефрагментувати лише за умови впровадження системної стратегії, яка б включала досягнення світової медичної та медико-соціальної науки та сучасних інноваційних медичних технологій.

Проте охорона здоров'я є преференцією не лише держави, а й суспільства, тож її якість, яка є гарантом збереження цінності життя, залежить від певних ознак, зокрема: статевих відмінностей; умов проживання, якості харчування, ставлення до здорового способу життя, шкідливих звичок, зміни свого стилю життя відносно попереднього. Саме тому, щоб забезпечити належні умови для охорони здоров'я, яка детерміновано артикулювала потенціал національної безпеки, має бути утверджена належна практика ведення здорового способу життя, спрямована на збереження буттєвої цінності людини як найвищої структурної складової в ієрархії безпекового функціонування держави [15].

У всі періоди існування людства робилися спроби покласти на суспільство відповідальність за стан охорони здоров'я. Особливе місце в історії публічного медичного права належить кримінальній конституції французького короля Карла V (1532 р.). Відповідно до цього укладу лікарі повинні були не тільки визначати характер ушкоджень, але і ретельно оцінювати можливі наслідки цих ушкоджень, а суди – прагнути порівнювати міру покарання з наслідками ушкоджень. Ці перші законодавчі положення послужили поштовхом до розвитку теоретичних досліджень у медичному праві. Установлено, що у 1848 р. в Англії було прийнято закон «Про громадську охорону здоров'я», яким передбачалося створення централізованої системи департаментів охорони здоров'я, які б займалися благоустроєм населених пунктів, розвитком водопровідних і каналізаційних мереж, створенням служби з нагляду за громадським здоров'ям [24].

Формування ранніх моделей вітчизняної сфери охорони здоров'я, що відповідали певним історичним реаліям розвитку суспільства, проходило не у цивілізаційному вакуумі, а в умовах взаємозв'язку із географічно та ідеологічно близькими країнами та народами. З цих суміжних територій на землі наших предків надходили знання про професійні навички, а також і практичний досвід щодо організаційних та економічних засад надання медичної допомоги та послуг [61]. Становлення й розвиток публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я України має таку періодизацію:

1) регламентація лікарської діяльності в Київській Русі та гетьманській українській державі (X ст. – перша половина XVII ст.);

2) правове забезпечення медичної діяльності в часи перебування України у складі Російської та Австро-Угорської імперій і Польщі (друга половина XVII ст.–1917 р.);

3) юридична регламентація охорони здоров'я України в радянський період: 1917–1920 рр. – формування системи правового регулювання медичної діяльності відповідно до можливостей періоду відродження української державності; 1921–1941 рр. – формування адміністративно-командної системи управління взагалі та аналогічної системи державного управління медичною діяльністю; 1941–1945 рр. – підпорядкування життєдіяльності всього населення України законам воєнного часу; 1946–1991 рр. – зміцнення, застій та занепад командно-адміністративної форми управління. У цей час управління взагалі та державне регулювання медичної діяльності зокрема були підпорядковані адміністративно-командній системі як антиподу державного управління. Навіть визначення поняття «державне управління» зникло зі сторінок фундаментальних наукових видань і почало розглядатися як особлива галузь у складі соціального управління;

4) державне регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я: 1991–1998 рр. – формування національної нормативно-правової бази з регулювання медичної діяльності; 1999–2002 рр. – активний розвиток приватної медичної діяльності; 2003 р.–кінець 2007 р. – системна криза в цій

сфері; 2008–2017 рр. – стагнація; 2017 р і дотепер – проведення медичної реформи [24].

Концепцію запровадження нової теорії здоров'я, яка артикулює ідею його збереження та зміцнення шляхом реалізації цілісної системи, що поєднує основні компоненти гармонійної життєдіяльності людини, такі як: фізіологія, емоції, психіка, душа, інтелект, що має слугувати своєрідною гностичною нормою для фізичного оздоровлення людини та її гармонійного душевно-комфортного існування; нова теорія здоров'я має стати методологічною основою для впровадження гностичних прийомів виявлення й локалізації передхворобливих станів громадян шляхом здійснення активних прийомів первинної профілактичної діяльності. Це дозволить досягнути відповідної цілісності між створенням безпечного навколишнього середовища та безпечної й гармонійної життєдіяльності людини, що дасть можливість усунути не лише факт захворюваності, але й з'ясувати причинність; запровадження нової теорії здоров'я допоможе здійснити функціональну корекцію життєдіяльності людини й проранжувати закономірності, що сприяють оздоровленню та гармонійності її повноцінного буття, у такий спосіб активізуючи адаптаційні можливості людини в сучасних умовах об'єктивної дійсності.

Деконструкція національних інтересів в умовах глобалізації призводить до структурних змін у розумінні життєвих інтересів людини, які мають забезпечуватись не завдяки практиці публічного управління окремої держави, а завдяки новим суб'єктам світової політики, які мають прийти на зміну «держав-націй». Такий контекст характеризує абсолютний розпад систем національних інтересів, які формально підміняються глобальними інтересами розвитку світу, де не має місця для національної практики забезпечення прав і свобод громадян [15]. Більше того, під впливом глобалізації державні структури також як і соціальні інститути проходять через руйнівний процес своїх ціннісних систем, через що підриваються традиційні пріоритети держави, що знецінює їх національну політику [69]. Хоча потужні глобальні гравці у сфері охорони здоров'я й формують свою політику, але все таки відповідальність стосовно

захисту й реалізації прав свого населення на забезпечення належних умов збереження здоров'я несуть саме національні уряди. Виклики, що постають перед системою охорони здоров'я у вирішенні медико-соціальних проблем, спонукають держави об'єднуватися у відповідні глобальні чи регіональні структури для підвищення власного потенціалу в протистоянні цим викликам. Протистояти таким викликам здатна лише держава, яка має активну систему управління та реалізує власну геополітичну стратегію розвитку. Нині розв'язання глобальних питань суспільного розвитку ускладнюється низьким рівнем управління глобальними процесами з боку міжнародних організацій. Тому в комплексній боротьбі з несправедливістю в сфері охорони здоров'я, крім заходів, спрямованих на покращання управління на місцевому й національному рівнях, потребує вдосконалення механізм глобального управління. Формування системи охорони здоров'я кожної країни залежить передовсім від її національних пріоритетів і політичної волі керівництва. З плином часу змінюються стратегічні підходи до збереження здоров'я населення та надання медичних послуг, і все більше відчувається вплив глобальних ініціатив на розвиток сфери охорони здоров'я. Держави з низьким рівнем доходів, до яких належить також Україна, намагаються посилити національні й регіональні заходи щодо подолання інфекційних і неінфекційних захворювань з допомогою різних механізмів, переважно залучаючи міжнародну технічну допомогу та адаптуючи національні підходи до міжнародних вимог. Одночасно умови міжнародної співпраці залежать від соціальних, економічних чинників, що позначаються на розбудові інституційної, кадрової та фінансової спроможності системи охорони здоров'я України, великою мірою обумовлені й політичними чинниками [55].

І хоча держава не може втручатися в організаційну або професійну діяльність закладів охорони здоров'я, за винятком тих випадків, котрі визначені законодавчо [14], уповноважені органи влади опікуються формуванням і реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я. Більше того, через загалом невтішні показники медичного ефекту та ресурсного забезпечення цієї

сфери актуалізується проведення медичної реформи як складової реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Проте для належного проведення реформи необхідні відповідні механізми її реалізації.

1.2 Механізми публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я

Загальновідомо, що для реалізації своїх функцій держава використовує відповідні механізми управління – штучно створену систему, яка відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування системи державного регулювання для досягнення визначеної мети та розв'язання протиріч, що виникають між учасниками цього процесу [19]; механізм як система, призначена для практичного здійснення державного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням [7].

Серед елементів механізму публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи управління, а також його результати [14].

Публічне управління реформуванням сфери охорони здоров'я загалом (у т.ч. стосовно проведення медичної реформи) покладається на:

– Президента України, який: виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я; забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади; проводить у життя державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я;

– Кабінет Міністрів України, до основних завдань якого належить: організації розробки та здійснення комплексних і цільових загальнодержавних

програм; створення економічних, правових та організаційних механізмів, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я; забезпечення розвитку мережі закладів охорони здоров'я; укладання міжурядових угод і координація міжнародного співробітництва з питань охорони здоров'я; здійснення в межах своєї компетенції інших повноважень, покладених на органи державної виконавчої влади в сфері охорони здоров'я;

– міністерства, відомства та інші центральні органи державної виконавчої влади, які в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, що безпосередньо стосується: визначення єдиних науково-обґрунтованих державних стандартів, критеріїв і вимог, які сприяли б охороні здоров'я населення; формування й розміщення державних замовлень з метою матеріально-технічного забезпечення галузі; здійснення державного контролю і нагляду; іншої виконавчо-розпорядчої діяльності у сфері охорони здоров'я;

– Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує: розробку пріоритетних напрямів діяльності НСЗУ, гарантований рівень кваліфікованої медичної допомоги населенню підприємствами охорони здоров'я усіх форм власності; сертифікацію рівня медичних послуг, що надаються населенню закладами охорони здоров'я незалежно від форм власності та особами, які займаються індивідуальною медичною діяльністю; розробку й координацію заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення; розробку прогнозів і показників розвитку НСЗУ, пов'язаних зі змінами форм власності; надання державними закладами охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги населенню; здійснення медичного контролю й видачу дозволів на застосування ліків і методик, організацію промислового випуску або закупівлю лікарських засобів, бактерійних і вірусних препаратів, інших виробів медичного призначення, нагляд за їх постачанням населенню та закладам охорони здоров'я; організацію підготовки медичних працівників, удосконалення їхніх знань і практичних навичок; здійснення заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я населення, формування здорового способу життя;

охорону материнства та дитинства; розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у сфері охорони здоров'я і забезпечення їх ефективності, впровадження в практику досягнень науки, техніки і передового досвіду; координацію розвитку мережі закладів охорони здоров'я [44].

У грудні 2017 р. було створено НСЗУ як центральний орган виконавчої влади. Його діяльність спрямовує і координує Уряд через МОЗ [40]. Основні завдання НСЗУ полягають у реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконанні функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Медичну послугу, що надається пацієнтові, оплачує її замовник, яким може бути держава (через НСЗУ), відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні й фізичні особи, у т.ч. пацієнт. НЗСУ оплачує медичні послуги закладів, які провадять господарську діяльність з медичної практики і які уклали договір про медичне обслуговування населення за державною програмою медичних гарантій із НСЗУ. Фінансування відбувається на основі аналізу результатів діяльності цих закладів і через контроль за цільовим та ефективним використання коштів за державною програмою медичних гарантій. Такий контроль здійснюється через заходи з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення. НЗСУ також відшкодовує вартість лікарських засобів згідно з договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій [55].

Реформування вітчизняної сфери охорони здоров'я реалізується завдяки використанню відповідних механізмів публічного управління:

1. Організаційні:

– реформування сфери охорони здоров'я в напрямі забезпечення ефективності функціонування системи охорони здоров'я шляхом структурної реорганізації відповідно до потреб населення у різних видах медичної допомоги, а саме: проведення чіткого розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги; розширення мережі закладів ПМСД;

реформування вторинної ланки медичної допомоги з метою покращання якості її діяльності й підвищення ефективності використання наявних ресурсів, усунення невиправданого дублювання медичних послуг шляхом диференціації лікарень, виходячи з інтенсивності медичної допомоги, що надається; на третинному рівні – створення університетських клінік з метою ефективного використання потенціалу та ресурсів як обласних лікарень, так і медичних інститутів й університетів;

- створення гнучкої та ефективної системи державного управління галуззю, яка б поєднувала і координувала діяльність усіх складових управління (на центральному, регіональному та місцевому рівнях), оптимізація міжгалузевої взаємодії у напрямі збереження здоров'я населення, активна співпраця з інститутами громадянського суспільства; розширення повноважень закладів охорони здоров'я шляхом зміни їх господарсько-правового статусу;

- реформування кадрової політики у сфері охорони здоров'я (запровадження механізмів державного замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів відповідно до потреб сфери охорони здоров'я; забезпечення механізмів соціального захисту медичних працівників; підготовка менеджерів сфери охорони здоров'я з метою формування керівного складу галузі тощо);

- відновлення системи профілактичної медицини, створення умов і стимулів профілактики професійних захворювань і травматизму на виробництві (відновлення системи диспансеризації, медико-санітарних частин на підприємствах тощо).

2. Політичні:

- створення умов для стимулювання процесу інвестування у сферу охорони здоров'я, формування економіко-правових умов мінімізації негативного екологічного впливу на стан здоров'я населення, впровадження пріоритетів здорового способу життя.

3. Правові:

- створення раціональної системи державних гарантій щодо забезпечення населення медикаментозними препаратами;

– забезпечення законодавчого підґрунтя реформування шляхом прийняття ряду законодавчих актів, а саме: Закону України «Про загальнообов’язкове державне медичне страхування», «Про основні засади діяльності у сфері охорони здоров’я», «Про заклади охорони здоров’я», поправок до ст. 49 Конституції України (визначити чіткий обсяг державних гарантій щодо надання медичної допомоги, узгоджений і збалансований з фінансовими можливостями держави);

– посилення інститутів захисту прав пацієнтів і медичних працівників.

4. Економічні:

– реформування системи фінансування сфери охорони здоров’я (легалізація співучасті громадян в оплаті медичної допомоги; впровадження багатоканальної бюджетно-страхової системи фінансування сфери охорони здоров’я у поєднанні із системою контролю за цільовим використанням коштів; ефективне використання наявних ресурсів у сфері охорони здоров’я) [31].

У серпні 2014 р. МОЗ ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров’я з метою активізації та прискорення процесу реформування сектору охорони здоров’я шляхом розробки стратегічних підходів до покращення якості та доступу до медичної допомоги, а також забезпечення пом’якшення фінансової ситуації ризику для населення. Процес написання цієї Стратегії для України співпав з важкими, в той же час перспективними, для країни часами. Багато міжнародних експертів відгукнулися на заклик українського уряду створити групу експертів, які б розробили стратегію реформування в галузі охорони здоров’я. Прагнення та очікування були високими – суспільство хотіло змін і охорона здоров’я була однією з сфер, де ця зміна довго очікувалася. Як і в багатьох країнах світу, здоров’я українців формується тими самими потужними силами: демографічне старіння, швидка урбанізація та глобалізація нездорового способу життя. Під тиском цих сил хронічні неінфекційні захворювання стали провідною причиною захворюваності, інвалідності та смертності. І система не могла ефективно вирішувати ці нові виклики [14]. У контексті перехідного періоду

очікується, що європейські посткомуністичні держави розроблять модель медичного страхування, викоринують неформальні платежі та трансформують застарілу централізовану сферу охорони здоров'я. Процес децентралізації рішень базувався на структурах державного регулювання, що зробило його поверхневим і лише частковим: відбулася зміна або обов'язки щодо володіння медичними закладами на рівні місцевих органів влади, в обмеженому масштабі приватний сектор отримав дозволи брати участь у системі охорони здоров'я, але поза схемою державного фінансування, заснованою на безпосередніх виплатах пацієнтам, які є неформальними. В рамках системи надання державних послуг пацієнти теоретично мали право вибирати лікаря та установу. Однак на практиці це було очевидним правом, а спосіб побудови та дії системи залишали їхні потреби та права без належної уваги [58].

У 2016 р. КМУ затвердив Концепцію реформування фінансування охорони здоров'я. У 2017 р. кілька законодавчих документів, прийнятих ВРУ, а також накази, прийняті КМУ, відкрили процес переформування системи охорони здоров'я України, який має напрям на забезпечення нового підходу до фінансування закладів охорони здоров'я та окремих медичних працівників. Впровадження нової системи на первинному рівні було проведено у 2018 р., а вся реформа буде поступово проводитися до кінця 2020 року [14].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. Цим документом також чітко визначено основні напрями розвитку охорони здоров'я населення України, які зумовлюються реальними політичними та соціально-економічними процесами [38].

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я передбачає можливість надавати бонусні доплати за досягнення певних, установлених договором про надання ПМСД, результатів, зокрема за показники й індикатори,

які належать до сфери громадського здоров'я (в перспективі та за умови передбачення видатків у державному бюджеті). Отже, систему надання ПМСД буде залучено до виконання програм громадського здоров'я, що умовно можна розподілити на питання, які стосуються інфекційних хвороб і проблеми щодо неінфекційних захворювань [55].

Стратегією сталого розвитку «Україна–2020», здоров'я населення визначено однією з найбільших цінностей та необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни, відповідно до чого держава зобов'язана забезпечити створення оптимальних умов для реалізації потенціалу кожної особи впродовж усього життя, досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення [39].

Програма соціально-економічного розвитку України до 2036 року, передбачає, що подальший розвиток економіки країни спирається на ефективне функціонування системи охорони здоров'я, яка в свою чергу виділяють такі першочергові завдання як: надання медичної допомоги, спираючись на отримані державні гарантії; досягнення доступності медичних послуг для всіх категорій громадян країни; надання високоякісних медичних послуг [30].

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я має за мету створення та запровадження нової моделі фінансування, що передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних коштів і скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Стратегічно реалізація Концепції дозволить створити сучасну модель фінансування сфери охорони здоров'я європейського зразка, яка забезпечить ефективне використання обмежених державних ресурсів у системі охорони здоров'я шляхом спрямування їх на покриття вартості фактично надаваних громадянам медичних послуг. Виходячи із цього, Концепція сприятиме: посиленню спроможності держави забезпечувати фінансовий захист для

громадян у випадку хвороби; більш ефективному та справедливому розподілу публічних ресурсів у сфері охорони здоров'я; скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг і лікарських засобів, зменшенню рівня неформальних платежів; виникненню конкуренції постачальників всіх форм власності на ринку медичних послуг; появі ринку праці медичних працівників, підвищенню рівня оплати їх праці; приведенню мережі закладів охорони здоров'я у відповідність з реальними потребами населення у медичних послугах; підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їх фізичної та фінансової доступності; реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я (для пацієнта, лікаря, закладу охорони здоров'я, замовника медичних послуг); створенню умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я; підвищенню рівня прозорості та підзвітності використання бюджетних коштів.

Концепцією визначено принципи, на яких має базуватись нова модель фінансування охорони здоров'я, серед яких: універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує; конкуренція постачальників – залучення постачальників усіх форм власності, що створює мотивацію надавати більш якісні послуги, впроваджувати науково обґрунтовані та економічно ефективні методи роботи, забезпечувати дотримання клінічних протоколів і професійних стандартів; фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання; вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби; прозорість і підзвітність – недопустимість застосування корупційних схем, зрозумілість зобов'язань усіх сторін, відкритість у використанні публічних коштів; ефективність – максимально висока віддача кожної вкладеної в систему охорони здоров'я бюджетної гривні, краща якість і доступність послуг для пацієнтів, кращі умови роботи та доходи для лікарів; передбачуваність обсягу коштів на

медичні послуги у держбюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги та витрат на неї; субсидіарність – встановлення повноважень щодо фінансування системи охорони здоров'я та надання медичної допомоги на якомога нижчому рівні влади, який дозволяє забезпечити відповідні доступність, належну якість і найкращу можливу економічну ефективність цієї допомоги, а також необхідні для цього ресурси [38].

Концепцією передбачається забезпечення всім громадянам доступу до гідного для європейської держави рівня медичного обслуговування шляхом переходу системи охорони здоров'я України до фінансування на основі моделі державного солідарного медичного страхування громадян з використанням для цього коштів, акумульованих у державному бюджеті. Виходячи із цього, єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великої кількості людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я. Новий підхід у фінансуванні системи охорони здоров'я передбачає, що основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Держбюджету, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічної закупівлі медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів закладів охорони здоров'я – бюджетних установ, розрахованих відповідно до їх існуючої інфраструктури (кількості ліжок, персоналу тощо), до оплати результату (тобто фактично пролікованих випадків або приписаного населення) закладам, які перетворюються на автономних постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів. Урядовою стороною планується забезпечити перехід «на нову систему закупівель медичних послуг» шляхом

створення та постійного вдосконалення сучасної платформи для збору і обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді. Ця система надасть можливість для створення «єдиного медичного простору» – координації та інтеграції між рівнями медичної допомоги, а також для запровадження нової системи управління якістю медичних послуг [38].

Механізм використання коштів, передбачених у державному бюджеті за програмою «Надання первинної медичної допомоги населенню» визначений постановою КМУ, згідно з якою розпорядником бюджетних коштів нижчого рівня та відповідальним виконавцем бюджетної програми є НСЗУ. Послуги ПМСД за договором про медичне обслуговування населення, укладеним із НСЗУ, оплачуються на рахунки надавачів медичних послуг. Головним завданням надавача ПМСД є забезпечення населення комплексними й інтегрованими послугами з усебічної, безперервної та пацієнт-орієнтованої ПМСД, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні й збереженні здоров'я, профілактику розвитку захворювань, зменшення потреби в ушпиталенні та покращенні якості життя. Надавач ПМСД здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМСД. Оптимальний обсяг практики ПМСД становить: 1800 осіб на лікаря загальної практики – сімейного лікаря; 2000 осіб на лікаря-терапевта; 900 осіб на лікаря-педіатра. Обсяг практики може бути не такий як оптимальний, що залежить від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, котрі належать до відповідної практики [34].

Договори про медичне обслуговування населення за програмою державних медичних гарантій для ПМСД на 2019 р. з комунальними закладами охорони здоров'я укладаються до 26.12.2018 р. та не пізніше 30.11.2019 р. Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для ПМСД на 2019 р., визначає особливості, встановлює тарифи та коригувальні коефіцієнти [10]. У 2019 р. сімейні лікарі, терапевти та педіатри зможуть укласти декларації з більшим числом пацієнтів, аніж рекомендована кількість. Лікарі первинної ланки зможуть набирати

пацієнтів понад встановлений ліміт. Одночасно НСЗУ здоров'я оплатить сімейному лікареві додаткових 900 осіб, терапевтові – 1000, а педіатрові – 450, але за меншим коефіцієнтом. Рішення про укладання декларацій понад норми є особистим вибором лікаря, і МОЗ дає таку змогу передовсім надавачам медичних послуг у сільській місцевості [25].

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, котрі постійно проживають на території України, й людям, яких визнано біженцями чи особами, що потребують додаткового захисту, повну оплату з коштів держбюджету необхідних їм медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних з наданням: первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; екстреної медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Медичні послуги, що не входять до програми медичних гарантій, можуть надаватися пацієнтам на платній основі. Весь перелік платних медичних послуг розподілено на три групи: послуги, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними та комунальними закладами охорони здоров'я; послуги з провадження господарської та/чи виробничої діяльності; послуги, які надаються відповідно до функціональних повноважень вищими медичними навчальними закладами та науково-дослідними установами [33]. Щоб гарантувати в Україні надання якісної первинної медичної допомоги, реформа медицини повинна реалізовуватися в контексті реформи децентралізації. Лише у такий спосіб медичну послугу можна наблизити до мешканців села. В процесі реформи децентралізації почала формуватися нова модель сільського розвитку з модерною системою управління й сучасними економічними відносинами [55].

Метою публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я визначено кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування населення на рівні розвинених європейських держав. Головними напрямками

реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма ЄС «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [37].

Отож, серед основних домінант публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я виокремлено наступні: створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги та інформатизації галузі; невідкладне здійснення комплексу заходів щодо підвищення рівня забезпечення населення медичною допомогою і лікарськими засобами, особливо в сільській місцевості, виділення приміщень для сільських лікарських амбулаторій і вдосконалення системи профілактичних медичних оглядів населення; забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я різних форм власності та різних відомств в єдиному медичному просторі держави; розробка загальнодержавних програм щодо попередження серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, протидії захворюванню на туберкульоз, боротьби з онкологічними захворюваннями, розвитку сімейної медицини; запровадження сучасних економічних механізмів у діяльність КНП, чіткого розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу [16].

Таким чином, проведення медичної реформи в Україні здійснюється відповідно до розробленої і затвердженої належним чином державної політики у цій царині з використанням відповідних механізмів публічного управління.

Розділ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1 Результати публічного управління реформуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я

Незадоволеність результатами функціонування сфери охорони здоров'я спостерігається не лише серед населення, а й політиків і керівників. Упродовж всього періоду незалежності цю сферу використовували передовсім як платформу для політичних баталій і лобіювання інтересів окремих провладних або привілейованих груп. На низькій ефективності діючої сфери охорони здоров'я позначилася часта зміна керівництва профільного міністерства, що було політичним підґрунтям для перегляду стратегічних напрямів розвитку медичної галузі. Програми медичних реформ, які змінювали одна одну, заледве розпочавшись, призводили до супротиву населення і зневіри в успішність їх реалізації. Тому загалом така ситуація не могла кардинально й позитивно змінити систему охорони здоров'я та сприяти впровадженню альтернативних науково обґрунтованих і менше ресурсозатратних методів з метою покращення здоров'я населення. Проте, такі політичні заходи обмежували можливості придбання сучасного обладнання для закладів охорони здоров'я і впровадження інноваційних технологій у медичну практику, знижували повагу до медичних працівників і якість фахової підготовки лікарів, середнього медичного персоналу і збільшували їхню еміграції в інші країни [55].

Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я було заплановано повністю реалізувати в три етапи 1) підготовчий етап (2017 р.); 2) етап запровадження (2018–2019 рр.); 3) етап інтеграції (2020 р.). Упродовж 2018–2019 рр. допускається фінансування первинної медичної допомоги комунальним закладам охорони здоров'я, що не уклали договори з НСЗУ, через надання субвенцій з державного бюджету відповідним місцевим бюджетам.

Умови, порядок і терміни надання такої субвенції визначає Кабінет Міністрів України [32]. Переломним періодом у реформуванні сфери охорони здоров'я в Україні можна назвати 2016 р., коли розпочалося впровадження «медичної реформи Гройсмана», яка зосереджена стратегічно на двох ключових напрямках – зміні принципів фінансування медичної галузі та зміні організації самої системи охорони здоров'я. Фактично реформа стартувала і була юридично зафіксована через схвалення Урядом Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я і затвердження Порядку створення госпітальних округів. Внесення змін до Бюджетного кодексу України практично започаткували системні галузеві перетворення для забезпечення всім громадянам «доступу до гідного європейської держави рівня медичного обслуговування» [38].

На основі зазначених основоположних документів вносили поправки до багатьох законодавчих актів і приймали нові закони, розпорядження, постанови Кабінету Міністрів України і накази МОЗ. Сама реформа медичної галузі розпочалася із впровадження кардинальних змін на первинному рівні. Такі зміни стосуються не лише закладів охорони здоров'я, а й органів місцевого самоврядування, від яких великою мірою залежить результативність впровадження інновацій. Низка розроблених нормативно-правових актів і законодавчо закріплених змін у них тісно переплітаються в контексті медичної й адміністративної реформ, що потребує взаємоузгодженості цих політик [55].

Проте збереження цієї тенденції призвело до дисбалансу в розбудові мережі закладів для надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги, що розглядається критерієм, за яким системи охорони здоров'я всіх країн світу різняться між собою. Країни з низьким і середнім рівнем доходів відрізняються домінуванням у структурі стаціонарних закладів з наданням спеціалізованої допомоги, що потребує збільшення національних витрат на їх утримання. ВООЗ, беручи до уваги таку ситуацію, запропонувала створити інтегровану систему надання медико-санітарної допомоги, де на первинну медичну допомогу покладається функція вирішення всіх проблем, які можливо вирішити на її рівні, а стаціонарна допомога надається лише за умови неможливості

вирішення проблем на рівні первинної медичної допомоги. Тому ВООЗ саме ПМСД визнала найважливішим елементом національних систем охорони здоров'я [3]. Перші нововведення в Україні почали впроваджувати власне на місцевому/первинному рівні, що окреслюються організаційним і фінансовим аспектами медичної реформи [77].

Результати модернізаційного реформування сфери охорони здоров'я як оптимізаційний захід держави щодо забезпечення здоров'я нації як інструменту посилення потенціалу національної безпеки залежить від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій кроків її здійснення, заінтересованості та узгодженості дій органів влади усіх рівнів, а також підготовленості й мотивації керівників органів і закладів охорони здоров'я [16]. Попри її інноваційну спрямованість, медичної реформи зберігатиме свою декларативність без активної участі професійного співтовариства та інституцій громадського суспільства, сформованих за принципом лишень відстоювання професійних інтересів. Здебільшого реформаційні ініціативи зводяться до посилення комерціалізації системи охорони здоров'я, однак не до підвищення показників її результативності у напрямку надання якісних медичних послуг [15]. Проте будь-яка реформа, яка містить модернізаційну новацію, повинна мати свою власну рушійну силу, - того, хто є її ініціатором та реалізатором [64]. Такою мотиваційною синергією для запровадження реформ у сфері охорони здоров'я мусить виступати [15] громадянське суспільство, яке має здійснювати тиск на владу та медичне співтовариство, з тим щоб із пасивних спостерігачів та опонентів останні перетворились на активних учасників реформ [64]. Це дозволить вирішити основну проблему реформи охорони здоров'я – розроблення технологічної стратегії її реалізації шляхом створення концепції перебудови галузі та поетапності її реалізації [15]. Більше того, досягнути успішності у реформі охорони здоров'я можливо лише за умови збалансованості її рушійних сил, якими вона ініціюється і заради яких реалізовується, а також і завдяки формуванню у процесі її розроблення нових механізмів оптимізації галузі [64]. Відтак, лише широке коло розробників

реформи системи охорони здоров'я, включаючи професійне співтовариство, громадські інституції, органи публічної влади та й загалом суспільство, після здійснення технологічного моніторингу інвентаризації напрацювань у певній сфері здатне створити інституційні передумови для реалізації, а не «нав'язування» реформи. Лише такий підхід здатний гарантувати довіру та підтримку реформаційних ініціатив у сфері охорони здоров'я, слугуватиме структурно-функціональному її перетворенню, а відтак і пріоритетності її в системі публічної політики держави [15]. В межах будь-якої успішної постмодерної держави зміцнення здоров'я громадян розглядається як ключове завдання її політики, відповідальність з яку паритетно між собою розподіляють держава, бізнес, громадянське суспільство та кожна людина [64].

Відповідно до завдань першого етапу медичної реформи усі КЗОЗ були реорганізовані на КНП, що дозволило власникам (органами місцевого самоврядування) знайти більш оптимальну модель господарювання, яка дозволить не лише зберегти наявні (зокрема, бюджетне фінансування та пільги щодо плати за користування земельною ділянкою), а й створити нові можливості (залучення грантів й інвестицій); в умовах децентралізації, держава фактично «перекладає» відповідальність за подальшу долю КНП на органи місцевого самоврядування (відшкодування комунальних послуг, здійснення капітальних інвестицій, фінансування регіональних програм), тим самим ставлячи під питання їх подальше існування.

Запорукою збереження наявних позитивних тенденцій є:

1. Автономізація та комерціалізація КНП, які отримали можливість надавати платні медичні та супутні послуги й самостійно розпоряджатись такими коштами (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень, стимулювання персоналу тощо) [77]. Автономізація закладів означає також перехід від командно-адміністративної моделі управління до отримання повної управлінської та фінансової автономії закладом. Унаслідок цього заклад охорони здоров'я отримує право самостійно:

– встановлювати контрактні взаємовідносини з надання медичних послуг;

- укладати договори щодо стратегічної закупівлі медичних послуг орієнтованих на отримання визначеного ними результату;
- організовувати діяльність закладу на власний розсуд незалежно від інших сторін, у т.ч. формувати належні умови для роботи медичного персоналу;
- створювати об'єднання комунальних підприємств, гуртуючись у комунальні некомерційні корпорації;
- встановлювати оплату праці за медичне обслуговування, орієнтовану на результат;
- створювати у надавачів медичної допомоги стимули, необхідні для того, аби поліпшувати якість і ефективніше надавати послуги, застосовуючи диференційовані методи оплати [38].

2. Зміна підходу до призначення керівника КНП – ситуація, коли КНП може очолювати особа без медичної освіти (але яка має освіту менеджера), з одного боку, є класичним прикладом антикризового управління, а з іншого – «міною уповільненої дії», оскільки така особа, радше за все, просто може не знати нюанси медицини (а, як відомо, саме вони є «причиною найгучніших успіхів і невдач»); до того ж, у цій сфері, на відміну від «класичного бізнесу», домінуючою є соціальна, а не економічна функція; проте це наразі є не вагомою проблемою, оскільки більшість діючих керівників КНП уже мають освіту менеджера, або ж нині її отримують.

2. Формування стратегії розвитку КНП – обраний на конкурсній основі керівник КНП має запропонувати не лише бізнес-план його розвитку, а й знайти інвесторів для його реалізації; проте за нинішньої ситуації інвестиційно привабливим є обмежений перелік сегментів ринку медичних послуг, тоді як решта – виглядають приреченими [77].

3. Створення госпітальних округів – функціональних об'єднань КНП (передусім, опорних багатопрофільних лікарень), до яких пацієнти зможуть дістатись автомобільним транспортом у межах 60 хвилин, дозволить певною мірою упорядкувати надання медичних послуг; проте для жителів сільських

(особливо, віддалених) районів (передусім, зважаючи на переважно жахливий стан автомобільних доріг, брак регулярних автобусних маршрутів і власного автотранспорту) це означає скорочення доступності медичних послуг (що в екстрених випадках матиме фатальні наслідки).

4. Реформування первинної ланки – цілком виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки дозволяє охопити найбільшу кількість пацієнтів з порівняно нескладними патологіями; завдяки цьому отримано позитивний соціальний ефект при незначних витратах; її елементом є надання населенню можливості підписати декларацію з лікарем первинної ланки й зберігати право розірвати декларацію та укласти її з іншим лікарем у будь-який час; завдяки цьому у сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів (зокрема тих, хто має 1,5–2,0 тис. декларантів) у середньому утримі зросла офіційна оплата праці (до речі, її певну частину становить премія, що дозволить керівництву КНП стимулювати лікарів); натомість залишилась мізерною зарплата лікарів «вузької спеціалізації», які працюють в КНП первинної ланки, й, більше того, чимало таких посад можуть бути «скороченими»; прогресивною є поява приватної практики сімейним лікарем-фізичною особою підприємцем (ФОП), яка згодом може поширитись на вторинну та третинну ланку охорони здоров'я; станом, тому решта населення матиме істотні обмеження щодо отримання безоплатної як первинної, так і вторинної медичної допомоги [77]. Організація ПМСД може формуватися за трьома моделями надавачів медичних послуг: 1) КНП; 2) ФОП; 3) приватного закладу охорони здоров'я. Також можливі варіанти поєднання цих моделей, що започатковує процес змін і надає нові можливості місцевому самоврядуванню з метою повноцінного виконання обов'язків у сфері охорони здоров'я [55].

5. Реформування вторинної та третинної ланки:

– з 2020 р. КНП отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ з розрахунку 60 % – глобальний бюджет, 40 % – за пролікований випадок (з кожним роком означена пропорція буде змінюватись в бік зростання частки оплати пролікованого випадку) [25];

– для отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних послуг (до речі, їх перелік допоки є обмеженим і не дозволяє врахувати все розмаїття форм прояву патології), КНП мають внести медичні дані до e-Health та подати електронну звітність до НСЗУ про фактично надані медичні послуги;

– за підвищеним тарифом будуть оплачуватись медичні послуги, спрямовані на ті стани, які спричиняють найбільшу смертність або суттєво погіршують якість життя (лікування гострого мозкового інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога в пологах і неонатальна допомога, рання діагностика онкологічних захворювань), що теж цілком виправдано з точки зору покращання медичного та соціального ефекту в умовах обмеженого ресурсного забезпечення КНП; через обмежене фінансування, решта медичних напрямів й надалі перебуватиме в стані стагнації;

– на окрему увагу заслуговує розмір тарифу НСЗУ за надання медичних послуг, який здебільшого у декілька разів нижчий за фактичну їх вартість, через що пацієнти будуть або «недолікованими», або ж змушені власним коштом «покривати різницю» (останнє певною мірою суперечить декларації про «гарантування безоплатності базових медичних послуг»;

– якщо пацієнт звернеться зі скаргою про такий факт до НСЗУ, то ті можуть взагалі відмовити КНП у компенсації за такий клінічний випадок);

– останнє, до речі, стосується й неналежним чином медичні дані, внесених до e-Health; НСЗУ більш високими тарифами намагається стимулювати КНП до підвищення кваліфікації персоналу та покращання їх матеріально-технічного забезпечення, хоча означене виглядає проблематичним без залучення інвестицій, а інвестиційно привабливими наразі є лише окремі сегменти сфери охорони здоров'я [77].

6. За Програмою медичних гарантій КНП укладено договори з НСЗУ по 19 пакетам медичних послуг:

– амбулаторна вторинна та третинна медична допомога дорослим і дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу;

- бронхоскопія;
- гістероскопія;
- діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих і дітей;
- езофагогастродуоденоскопія;
- колоноскопія;
- лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах;
- мамографія;
- медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках;
- медична допомога при гострому інфаркті міокарда;
- медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах;
- медична допомога при пологах;
- медична допомога, яка надається мобільними медичними бригадами, що створені для реагування на гостру респіраторну хворобу COVID-19;
- мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям;
- психіатрична допомога дорослим і дітям;
- стаціонарна допомога дорослим і дітям без проведення хірургічних операцій;
- стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2;
- стаціонарна паліативна медична допомога дорослим і дітям;
- хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах [77].

Запровадження медичної реформи тісно пов'язане з адміністративною реформою, яка ґрунтується на добровільному об'єднанні територіальних громад і розробленні перспективних планів. Це є основним рівнем реформи, де формуються органи місцевого самоврядування [43]. В сільській місцевості передбачає насамперед зміну організаційної структури закладів: від фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських дільничних лікарень і

лікарських амбулаторій до амбулаторій сімейного лікаря та групових практик. Ці зміни взаємопов'язані не лише із суто медичними, й з економічними, правовими та соціальними аспектами функціонування системи ПМСД, врахування яких покладено в основу комплексного підходу до реформування мережі сільської медицини [3]. Слід згадати про Указ Президента України, яким реформованим сільськогосподарським підприємствам було дозволено передати заклади соціальної сфери (зокрема, ФАПи) на баланс сільських і селищних рад [29]. Оскільки такі органи місцевого самоврядування й без того були дотаційними, то більшість закладів сільської медицини стали фінансуватися за залишковим принципом, унаслідок чого загалом помітно погіршилась якість медичного забезпечення селян; чимало амбулаторій і ФАПів було ліквідовано. За таких умов близько 12,8 млн наших співвітчизників (30,5 % населення України) втрачають доступ до якісної медичної допомоги. виправити загалом невтішну ситуацію мала Програма «Сільська медицини», яка впроваджується за особистої участі Президента України, є важливою складовою медичної реформи. Проте замість планованих € 14 млрд., держава може виділити лише € 4 млрд. (2018 р.), тим самим фактично унеможливаючи істотне покращення ситуації у цій царині. І хоча передбачається, що ОТГ мають спланувати черговість будівництва чи реконструкції цієї мережі сільських амбулаторій на період 5–7 років [36], проте за відсутності достатнього фінансування, здебільшого все зводиться до «косметичного ремонту». І це при тому, що наявні 4,0 тис. амбулаторій та 12,7 тис. ФАПів перебувають у вкрай жахливому стані [41]. Подібна ситуація, з одного боку, є відображенням браку ресурсів, а з іншого, радше за все, невизначеності впливу адміністративно-територіальної та земельної реформ на розвиток сільської медицини.

Цілком реалістичною виглядає ситуація, коли населені пункти, яких буде позбавлено статусу «районного центру», втратять частину фінансових потоків, а тому стануть менш привабливими для життя, тим самим спонукаючи найбільш активну частину населення «шукати кращої долі» в інших містах, а відтак – пришвидшуючи стагнацію даної території (ба більше, згодом, з

високою ймовірністю, ці території набудуть статусу «депресивних», з усіма похідними звідси наслідками). До того ж, у межах чинної медичної реформи, усю територію країни було розподілено на госпітальні округи й виділено опорні заклади охорони здоров'я, до переліку яких, природно, не потрапили ті, що знаходяться в населених пунктах, що втрачають статус «районного центру». Тому такі заклади охорони здоров'я спочатку втратять статус «районні», що, радше за все, негативно позначиться на їхньому фінансуванні, а поготів (через скорочення чисельності населення) – матимуть проблеми з отриманням доходів від надання платних і супутніх послуг. Відтак, адміністративно-територіальна реформа може обумовити деградацію сільської медицини районного рівня.

Земельна ж реформа, радше за все, призведе до істотного укрупнення сільгосп підприємств, які вже нині активно використовують найману працю осіб з інших населених пунктів, оскільки їхнім вимогам не відповідають професійні та особисті характеристики «місцевих». Відтак, власники сільгосп підприємств остаточно втрачають інтерес до вирішення соціальних проблем територіальної громади, а органи місцевого самоврядування (через подальше скорочення доходів місцевих бюджетів) будуть неспроможні надалі утримувати ФАПи та амбулаторії. Як наслідок, земельна реформа може завдати нищівного удару сільській медицині на рівні невеликих населених пунктів, які згодом можуть зникнути взагалі. Більше за те, реалізація наявного сценарію проведення адміністративно-територіальної та земельної реформ, з високою ймовірністю, призведе до прискорення не лише урбанізації, а й зникнення (особливо на периферії області) значного числа сіл і подальшого занепаду сільської медицини. Радше за все, Україну очікує «нова реальність», і щоб уникнути істотних економічних і соціальних втрат, держава має здійснити комплекс компенсаторних заходів [23].

Звісно, вищенаведений перелік позитивних і негативних ефектів від проведення медичної реформи в Україні не є вичерпним, а відтак – його можна продовжувати. Проте він потрібний не для критиканства (загальновідомо, що «не помиляється лише той, хто нічого не робить»), а для пошуку варіантів

зняття наявних і ймовірних проблем у цій сфері, у т.ч. за рахунок вдосконалення співпраці науковців і практиків сфери охорони здоров'я, представників органів публічного управління, органів місцевого самоврядування, бізнесу, громадських організацій та широкого загалу.

2.2 Проблеми з проведенням медичної реформи в Україні

Нині в Україні має місце загалом негативна динаміка захворюваності населення, що обумовлене низькою результативністю публічного управління у цій сфері. Означена (загалом невтішна) ситуація обумовлена наявністю ряду проблем, без вирішення яких вкрай складно розраховувати на високу якість життя населення. При цьому запорукою покращення ситуації у цій царині має передувати систематизація наявних проблем, що й обумовлює актуальність даного дослідження [20]. Так, зокрема, вітчизняній сфері охорони здоров'я притаманні багаторічний дефіцит бюджетного забезпечення та відсутність переконливих прогнозів щодо його суттєвого збільшення в майбутньому. Відомо, що якість надання медичних послуг залежить не тільки від розвитку медичних технологій, забезпечення та кваліфікації медичних працівників, а й від економічної спроможності сфери охорони здоров'я. Її ресурсне забезпечення є нестабільними, що не сприяє якості та доступності медичних послуг, а вагома частина витрат, необхідних на лікування, покладається на пацієнтів. Бюджетні кошти спрямовуються на фінансування установ, персоналу, близько 70 % коштів витрачається на оплату праці, але її розмір у цій сфері є низьким і не залежить здебільшого від якості наданих медичних послуг. Державні гарантії щодо безкоштовних медичних послуг мають декларативний характер, що зменшує їхню доступність [11].

Наявні деструкції у сфері здоров'я населення і системи його забезпечення є результатом певної соціальної й адміністративної апатії, що пов'язано з економічною й освітньою кризою, поширеним соціальним нігілізмом і

самотністю сучасної людини [15]. Це зумовлено тим, що відмовившись від традиційних цінностей, людство не знайшло належної їм альтернативної заміни і воно опинилось у ситуації всезагального розчарування та відчаю, із-за чого не вирішує актуальні проблеми, і перебуває у стані хаосу [89]. Ключовими проблемами сфери охорони здоров'я в Україні нині залишаються: відсутність мотивації постачальників медичних послуг до підвищення ефективності та якості своєї діяльності; відсутність ефективного об'єднання (фрагментарність) фінансових ресурсів системи охорони здоров'я; неефективний захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги [59].

Здійснений аналіз ефективності реформування сфери охорони здоров'я показав, що негативні явища в здоров'ї населення України зумовлені не тільки комплексом загальних соціально-економічних чинників, а багато в чому й рядом негативних тенденцій у системі охорони здоров'я. Найважливішими із них стали: зниження якості публічного управління сферою охорони здоров'я; посилення структурних диспропорцій у сфері надання медичних послуг у бік дорогих її видів; відсутність механізмів зацікавленості виконавців у результаті та якості праці; незбалансованість ресурсів і обсягів допомоги; екстенсивний шлях розвитку галузі в умовах гострого дефіциту фінансових ресурсів; виникнення соціальної напруженості у суспільстві, зумовленої зниженням доступності медичної допомоги, низькою якістю її надання, зростанням частки платних медичних послуг [12]. В Україні об'єктивні кризові тенденції поглиблюються через відсутність оперативної й мобільної системи надання якісних медичних послуг, не дивлячись на достатньо розгалужену мережу медичних закладів як первинної, так і стаціонарної допомоги. Така допомога у переважній більшості не результативна через низьку інноваційну оснащеність медичних закладів і відсутність належної кількості кваліфікованого медичного персоналу. Приміром, станом на 2017 р. в Україні майже 45 % будівель лікарняних закладів і 24 % поліклінік потребують капітального ремонту, більшість із них реконструкції та переобладнання [45]. Протягом останніх десяти років, різні моніторингові дослідження в Україні констатують достатньо

низький рівень задоволення населенням якістю медичних послуг, зокрема більше 60 % населення цілковито впевнені, що держава не в змозі об'єктивно надати їм якісну медичну допомогу. При цьому біля 76 % населення обережно ставляться до запровадження відповідних інновацій та здійснення реформ у сфері охорони здоров'я, а 31 % взагалі переконані в тому, що вони негативно позначаються на здоров'ї громадян. Тому у межах поглиблення певних кризових тенденцій об'єктивно збільшується кількість громадян у державі, із зростаючим запитом на отримання якісної медичної допомоги, і система охорони здоров'я має мобільно перебудовуватись, враховуючи відповідні технологічні інновації, які мають успішну практику апробації в сучасному світі [15].

Причиною кризи національних систем охорони здоров'я перехідних держав традиційно є не системність реформ, які не лише не вирішують відповідні проблеми у даній сфері, але й спричиняють певну стагнацію й тотальне уповільнення її розвитку [48]. Це безпосередньо зумовлено достатньо «кволюю» позицією держави щодо вибору відповідної моделі її соціального розвитку, чи це стосується патерналістської або ліберальної моделі, кожна із яких має свої методологічні й технологічні особливості [15].

Т. Авраменко запропонувала таку класифікацію проблем публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я:

1) Низький рівень доступності медичної допомоги. Потреби в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються в середньому на 47,0 %; у реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0 %; в організації стаціонарів удома – на 71,1 %; у швидкій медичній допомозі – на 32,5 %; у стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2 %; у соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5 %. Більш того, кожна четверта людина старечого віку і старше, самотійно не виходить за межі свого помешкання, кожна п'ята не може самотійно здійснити елементарні гігієнічні процедури. При цьому для літніх мешканців сільської місцевості показники якості і доступності медичної допомоги є значно нижчими, ніж для міських, а в

ході реформування сфери охорони здоров'я в окремих випадках відбувається руйнація і без того недостатньо розвинутої мережі геріатричної допомоги.

2) Недосконалість і декларативність системи забезпечення ліками. До сьогодні в нашій країні відсутня єдина скоординована система фармацевтичної допомоги літнім людям, це при тому, що майже кожна літня людина хворіє одночасно 4–5 хронічними захворюваннями, кожна друга – потребує лікування, а платоспроможність цієї категорії пацієнтів є дуже низькою. У низці європейських країн передбачено відшкодування вартості ліків для всіх осіб, старших за 65 років. В Україні питання пільгового або безоплатного відпуску лікарських засобів особам похилого віку залишаються невирішеними, незважаючи на досить потужну законодавчу базу.

3) Недосконалість системи зубопротезних послуг.

4) Низький рівень розвитку паліативної допомоги.

5) Недосконалість системи організаційно-кадрового забезпечення геріатричної допомоги [2].

За іншою класифікацією основні проблеми, які супроводжують її функціонування у загальнонаціональному та глобальному масштабі належать.

1) Відсутність внутрішньо узгодженої системи оздоровлення нації, яка б передбачала реалізацію спільної діяльності міністерств, федерацій, професійних спілок, бізнес-структур, громадських об'єднань, що слугуватиме утвердженню нових індикативних організаційних форм забезпечення системи охорони здоров'я. Передусім про створення певних організаційних структур, які б виключали дублюючі функції органів державної влади та розширювали простір для самоорганізаційної діяльності відповідних структур у цій сфері.

2) Неврахування факторів, які створюють загрози здоров'ю нації та національній безпеці, які обумовлені загальносвітовими тенденціями та конкретними умовами розвитку певних держав. Головним показником результативності державної політики у сфері охорони здоров'я є врахування загальносвітових тенденцій та прилаштування конкретних умов розвитку до них, аби у такий спосіб належно реагувати на критерії вимог, які висуваються

сучасним світом до організації систем забезпечення якості життя та продовження його тривалості. Отже, пріоритетом для багатьох держав є створення власної й оригінальної моделі забезпечення життєдіяльності людини та її гармонійного розвитку у сучасному світі [84].

3) Кадрові проблеми, що вказують на необхідність кваліфікованих медичних кадрів, які б забезпечували ефективне функціонування інститутів держави у сфері охорони здоров'я, слугували підвищенню якості життя та здоров'я громадян, їх соціального добробуту [92]. І. Бейтес особливу увагу звертає на персональну відповідальність управлінців не лише за власне здоров'я, але й здоров'я своїх підлеглих, а також рівень фізичної підготовки у ролі проведення спеціального тестування [62].

4) Актуалізовані проблеми екологічного розвитку, що визначають зміст системи охорони здоров'я та детерміновано впливають на забезпечення національної безпеки держави. Не вирішення екологічних проблем безпосередньо відображається на показниках якості здоров'я населення, тривалості життя нації, а відтак й на реалізації функцій держави, що відповідають за безпеку. Найбільшою екологічною небезпекою стала катастрофа на ЧАЕС, яка спровокувала значну кількість різних захворювань населення окремих держав, що тим самим погіршило стан його здоров'я і відчутно послабило ресурсний потенціал національної безпеки держави.

5) Низька заробітна плата, що є однією з причин скорочення життя населення. Основні фактори, які створюють небезпеку здоров'ю нації: девальвація традиційних оздоровчих цінностей; погіршення здоров'я населення; загострення проблем сім'ї; моральна деградація особистості; зростання злочинності неповнолітніх; збільшення кількості дітей, народжених з відхиленнями психофізичного розвитку [71].

І. Кланца запропонував таку класифікацію проблем у цій царині:

1) Поширення особливо небезпечних та інших епідеміологічних захворювань (чума, холера, жовта лихорадка, ВІЧ/СНІД, пташиний грип та інші інфекції), що потребує використання сучасних методів глобального

спостереження за рівнем і динамікою епідеміологічних процесів з урахуванням особливостей поширення епідемій у добу нових швидкісних засобів зв'язку, транспорту та масових людських контактів.

2) Травми та насильство є важливою загрозою здоров'ю на всіх рівнях (від індивідуального до глобального), які є наслідком війн, катастроф, стихійних лих, тероризму та злочинності.

3) Поширення важких хронічних неепідеміологічних захворювань: серцево-судинних, онкологічних, спадкових. Як загальносвітова проблема поширюваних важких хронічних неепідеміологічних захворювань потребує передусім універсальних шляхів її вирішення, включаючи залучення всезагальних глобальних зусиль на рівні кожної національної держави, включаючи вивчення та розроблення методів профілактики, діагностики та лікування широко поширюваних захворювань.

4) Відсутність міжнародних медико-санітарних стандартів і оздоровлення навколишнього середовища, які б визначали прийнятну межу концентрації різних речовин у повітрі, воді, ґрунті, охорону світового океану та повітряного басейну.

5) Відсутність належного контролю за якістю, безпекою, ефективністю та побічними діями ліків, боротьба із зловживаннями лікарськими препаратами у зв'язку із поширеним розвитком фармацевтичної, хімічної промисловості та міжнародної торгівлі.

6) Відсутність новітньої стратегії охорони здоров'я, за якою має розвиватись соціальна сфера сучасної сервісної держави. Стратегія передусім має включати різні соціально-гігієнічні аспекти відтворення народонаселення, зміни його вікової структури, народжуваність, смертність, захворювання в різних державах і регіонах.

7) Відсутність єдиної глобальної координації між країнами у побудові та забезпеченні розвитку ефективних національних систем і служб охорони здоров'я, що включає підготовку національних кадрів в умовах високої смертності у сучасному глобальному світі [15].

Проблеми вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах кризи:

1) Недостатнє фінансування державної системи охорони здоров'я, високий рівень декларативності відповідних державно-управлінських рішень, що зумовлюють відсутність гідної оплати праці медичному персоналу, належного забезпечення населення безкоштовними ліками, звужують можливість дотримання сучасних стандартів лікування та забезпечення медичних закладів сучасним інноваційним обладнанням.

2) Діаметрально низька якість медичної допомоги, яка увиразнюється при порівнянні з розвиненими державами країнами. За даними ВООЗ, у 2017 р. в Україна посідає найнижчі показники серед країн ЄС за кількістю виліковності хворих на рак молочної залози, часткою пацієнтів, які отримали інфекційні ускладнення в стаціонарах, коефіцієнтом внутрішньолікарняної летальності).

3) Неефективність кадрової політики, яка є причиною тотального браку висококваліфікованих медичних кадрів, що детерміновано призводить до деінституціоналізації системи охорони здоров'я. Дефіцит медичних кадрів у межах вітчизняної системи охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний із демографічною кризою, яка веде до зниження кількості вступників до медичних інституцій, зростання чисельності лікарів пенсійного та передпенсійного віку, а також із достатньо вузьким соціальним пакетом і відсутністю дійових мотиваторів [93].

Мельниченко О., Муратов Г., Старусева В., Шмуліч О. запропонували таку класифікацію проблем, що обумовлюють низьку результативність публічного управління реформуванням вітчизняної сфери охорони здоров'я:

1) Масштабу впливу: міжнародний; країна, регіон, населений пункт.

2) Суб'єкта впливу: орган державного управління; орган місцевого самоврядування; власники й керівники медичних закладів; громадські організації.

3) Об'єкта впливу: сфера охорони здоров'я; надавач медичних послуг (державні та комунальні некомерційні підприємства, приватні клініки та медичні кабінети); пацієнт.

4) Форми впливу: державне управління, державне регулювання, публічне управління.

5) Спосіб впливу: адміністративні, економічні, інституційні, інформаційні, правові, психологічні, соціальні, фінансові.

6) Сфери застосування відповідних механізмів реалізації державної політики щодо проведення медичної реформи:

– адміністративна: адміністративні бар'єри та бюрократичні перепони; відсутність належного контролю за якістю, безпекою, ефективністю та побічними діями ліків, боротьба із зловживаннями лікарськими препаратами; зловживання та корупція; надмірний контроль влади за діяльністю приватних партнерів;

– економічна: багаторічний дефіцит державного бюджетного забезпечення та відсутність переконливих прогнозів щодо його суттєвого збільшення в майбутньому; відсутність або старіння медичного обладнання; дефіцит кваліфікованих кадрів; застаріла матеріально-технічна база КНП; надмірні особисті витрати населення на оплату медичних послуг; невідповідність офіційних доходів і витрат медичних закладів і пацієнтів; недієвий захист населення від ризиків, пов'язаних з витратами на отримання медичної допомоги; незбалансованість державних гарантій та фінансів при наданні безкоштовної медичної допомоги; низький рівень соціально-економічного захисту медичних працівників; низький середній розмір оплати праці, диспропорції її розміру між первинним і вторинним-третинним секторами вітчизняної сфери охорони здоров'я; посилення структурних диспропорцій у сфері надання медичних послуг у бік дорогих її видів; різке скорочення фінансування на реалізацію відповідних дослідницьких і профілактичних проектів у сфері охорони здоров'я;

– організаційна: відсутність внутрішньо узгодженої системи оздоровлення нації; відсутність дієвого моніторингу технологічних процесів, які призводять до забруднення навколишнього природного середовища канцерогенними речовинами відсутність єдиного інформаційного простору

(реєстру застрахованих, хворих, ліків, телемедицини; відсутність єдиної глобальної координації між країнами у побудові та забезпеченні розвитку ефективних національних систем і служб охорони здоров'я; відсутність міжнародних медико-санітарних стандартів; відсутність спадковості й послідовності в реалізації медичної реформ; диспропорції щодо територіального розміщення медичних закладів; «еволюція» вірусів, поширення особливо небезпечних та інших епідеміологічних захворювань, травми та насильство, поширення важких хронічних неепідеміологічних захворювань; заполітизованість питання реформування охорони здоров'я; збільшення кількості нещасних випадків, самогубств, вбивств, отруєнь; «кволість імунітету» завдяки масовій вакцинації; короткий графік прийому пацієнтів; недосконалість і декларативність системи забезпечення ліками; неврахування факторів, які створюють загрози здоров'ю нації та національній безпеці; недосконалість системи зубопротезних послуг і забезпечення геріатричної допомоги; недостатнє використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні охорони здоров'я; недостатня обґрунтованість та виваженість медичної реформи; неузгоджені дії та рішення влади; нерозвиненість медичного страхування; нерозвиненість державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я; низький рівень організації роботи з профілактики захворювань; низький рівень розвитку паліативної допомоги; обмеженість можливостей для санаторно-курортного лікування хворих, відсутність дієвої системи медико-соціальної реабілітації осіб, що завершили лікування; складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у; нестабільна соціально-економічна, політична та епідеміологічна ситуація;

– правова: нечіткість, суперечливість і розпорошеність правової бази щодо розвитку сфери охорони здоров'я; правові колізії;

– соціально-психологічна: відсутність належної культури ведення здорового способу життя; відсутність мотивації постачальників медичних послуг до підвищення ефективності та якості своєї діяльності; диспропорції розвитку ринку медичних послуг; значна відмінність у доступності та якості

медичної допомоги між державним, регіональним, обласним, районним і сільським рівнем охорони здоров'я, а також для багатих і бідних верств населення; зниження престижності професії «лікар»; масштабна бідність; різні рівні здоров'я у різних верств населення; слабкість громадських інститутів контролю за системою охорони здоров'я [22].

Без вирішення наявних проблем у цій царині вкрай складно розраховувати як на розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я, так і на покращення якості життя населення.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо проведення медичної реформи

Аналіз зарубіжних джерел свідчить, що модернізацію національних систем охорони здоров'я в ХХІ ст. визначатимуть три значущі тенденції:

- уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я;
- вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги [3].

Враховуючи те, що кожна держава має власну національну систему охорони здоров'я, а відтак володіє регламентованою методологією управління якістю у сфері громадського здоров'я, постає доцільність конкретизації єдиних організаційних завдань, задля реалізації яких мають функціонувати національні системи охорони здоров'я у напрямі забезпечення управління якістю медичної допомоги. До таких організаційних завдань, базуючись на аналізі міжнародного досвіду, експерти ВООЗ відносять: міжвідомчу взаємодію структур управління, лікувально-профілактичних закладів і закладів системи медичного страхування, медичних асоціацій, громадських організацій пацієнтів [74]; розвиток системи стандартизації, ліцензування, сертифікації, акредитації у сфері охорони здоров'я [72]; розробку та впровадження системи моніторингу якості медичної допомоги, спрямованої на збір інформації з наступним аналізом і прийняттям управлінських рішень щодо вдосконалення довгострокового планування [75]; розроблення єдиної методики внутрішньої та зовнішньої експертизи якості медичних послуг, показників якості медичної допомоги та методів оцінки цих показників [66]; розробку й впровадження системи мотивації і економічних механізмів стимулювання медичних працівників залежно від обсягу зробленої роботи, якості та результатів надання медичних послуг [73].

Однією із кризових детермінант функціонування охорони здоров'я, що становить потенційну загрозу національній безпеці держави є розширення прямої участі населення у фінансуванні сфери охорони здоров'я, а також приватизація медичних закладів і розвиток приватної сфери охорони здоров'я. Абсолютна й тотальна приватизація медичної сфери без найменшого залишку державного фінансування у світі вже давно показала свій обмежений результат. Це підтверджує доцільність збереження державної моделі фінансування сфери охорони здоров'я, що дозволить подолати диспропорцію між стаціонарною та первинною медичною допомогою, а відтак слугуватиме відновленню профілактичних напрямів [91]. Така модель, слугуючи раціональному розподілу наявних ресурсів і збалансуванню форм надання медичної допомоги населенню, дозволить виробити новітній підхід до лікування кожного окремого пацієнта та запровадити раціональні заходи у сфері охорони здоров'я, спрямовані на збереження здоров'я громадян і підвищення якості їх життя [15].

З кінця ХХ ст. більшість розвинених країн щорічно збільшують державні витрати на фінансування охорони здоров'я, що тим самим слугує підвищенню якості та доступності надання медичних послуг. Доцільність збільшення фінансування охорони здоров'я обумовлена такими об'єктивними факторами: високий рівень інфляції, що блокує проведення високовартісних наукових досліджень у сфері медицини і застосування високих інноваційних технологій; зростання нозологічних форм, що характеризується підвищенням показників хронічних захворювань; зростання об'єму медичних послуг і застосування високовитратних засобів збереження і розвитку охорони здоров'я; розширення прав пацієнтів, підвищення уваги громадян щодо збереження власного здоров'я [63]; демографічний перехід на сучасний спосіб відтворення населення, який супроводжується реструктуризацією патологій, зниженням народжуваності та старінням населення [85]; збільшення бюрократичного апарату в системі охорони здоров'я та використання коштів не за призначенням [15].

І хоча більшість країн, які мають високу потребу у збільшенні витрат на охорону здоров'я (при тому, що їх показники розвитку не дають їм такої

можливості) не мають здорового населення, оскільки завжди «хвора економіка – це хворе населення». Саме тому задля належного забезпечення громадського здоров'я ВООЗ рекомендовано в розвинених державах виділяти мінімальну величину 6–8 % від ВВП та 5 % ВВП у тих державах, які перебувають в умовах розвитку [70]. Свою позицію експерти одностайно базують на тому, що \$ 80 витрат на охорону здоров'я, як це є у США, при ВВП в \$ 2500 на громадянина у повній мірі забезпечує його медико-санітарні потреби. Виходячи з цього, підвищення на \$ 1000 долі валового національного продукту збільшує середню тривалість життя на пів року, а збільшення індивідуального прибутку громадян на \$ 1000 підвищує цей показник на 1 рік [76]. Варто також відзначити достатньо суперечливу тенденцію, яка стає характерною для окремих держав, а саме – збільшення витрат на охорону здоров'я не завжди гарантує її ефективність, а в деяких державах навіть спостерігаються динамічні показники падіння якості медичних послуг. Саме тому у XXI ст. більшість держав обирають політику державного скорочення показників ВВП на охорону здоров'я, аргументуючи це тим, що зростання витрат не гарантує бажаної результативності громадського здоров'я, тим більше, що витрати понад 12 % ВВП взагалі не дають конкретних результатів за показниками здоров'я на рівні популяції. Доволі аргументованою є позиція вчених, які доводять, що при збільшенні суми коштів, 12 % ВВП, які вкладаються в охорону здоров'я – виникає ефект сатурації щодо її ефективності – тобто ефективність охорони здоров'я як системи вже не підвищується, незважаючи на збільшення фінансових ресурсів [88]. Загалом, більшість експертних досліджень доводить очевидність і того факту, що при високому рівні ВВП із державного бюджету достатньо виділяти лише 5,0 %, аби гарантувати більш-менш гідний рівень медичної допомоги та функціонування національної системи охорони здоров'я [90]. Водночас, що розширення доступності медичної допомоги залежить від економічного рівня держави, проте жодна з держав не може витратити на охорону здоров'я більш 15 % ВВП, оскільки це негативно позначається на цінах товарів, а з тим – на зниженні їхньої конкурентоспроможності [83].

Через розширенням функцій у сфері охорони здоров'я у більшості європейських держав спостерігається посилення державного регулювання, що стосується навіть тих, де сфера охорони здоров'я базується на виключно страхових принципах. Отже, «магістральною лінією» розвитку цієї сфери у країнах Європи все більше стає не забезпечення мінімальних стандартів добробуту бідних, а підвищення якості життя для всього населення [42].

Медична реформа відрізняються від перетворень в інших секторах економіки, оскільки вона не може припинити роботу в той час, коли в ній відбуваються серйозні трансформації. Часті зміни в керівництві, як і інфляційні процеси, не сприяють проведенню стійких реформ. Для того, щоб ув'язати свої дії з іншими напрямками перетворень, що відбуваються, потрібно провадити такі заходи в сфері охорони здоров'я і соціальній політиці, які поряд з підтримкою більш широких цілей, пов'язаних з політичними, економічними й інституційними реформами, забезпечили б вирішення конкретних завдань, які стоять, власне, перед системою медичного обслуговування населення. В основі перетворень лежать намагання підвищити рівень добробуту шляхом відновлення свободи особистості, росту життєвого рівня й створення надійної системи соціального захисту для тих, хто не може справитися без додаткової допомоги. У випадку, коли мова йде про здоров'я і охорону здоров'я, це, як і всюди, включає в себе стимулювання більшої самостійності людей, розвиток конкуруючих ринків з метою підвищення ефективності, й децентралізацію управління, покликану забезпечити б оперативну реакцію на місцеві нужди. З цієї точки зору корисно проаналізувати дію рушійних сил, які більш всього пов'язані з сферою охорони здоров'я, в полярних умовах – командно-централізована й ринкові економічні системи обґрунтувати варіанти політики щодо удосконалення ринкових сил в сучасних моделях охорони здоров'я [52].

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

Функціями Федерального медичного управління є планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині. У Федеральну медичну комісію, яка є центральним органом Федерального медичного управління, входять члени національного уряду, представники муніципальних, провінційних і міських рад, благодійних організацій, комітетів із захисту прав пацієнтів і фондів соціального страхування. Провінційні медичні комітети, враховуючи економічні та регіональні потреби окремих провінцій, трансформують і запроваджують у практику основні принципи планування і практичні рекомендації, розроблені Федеральним медичним управлінням. В Австрії функціонує багатопрофільна система соціального страхування, яка передбачає надання допомоги населенню при нещасних випадках, у вигляді пенсійних виплат, проведенні необхідних медичних процедур і маніпуляцій при захворюванні, інвалідності, вагітності та народженні дитини, безробітті, смерті годувальника та настання старості. Всі організації, які надають страхові послуги населенню, входять до Національної асоціації органів соціального страхування, яка співпрацює з федеральним урядом. Фінансування системи соціального страхування здійснюється за рахунок внесків застрахованого населення, або роботодавців. Розмір страхових внесків визначається рівнем річних доходів, за умови, якщо сума останніх не перевищує певного рівня (у 2005 р. – € 3630 на місяць для службовців і € 4235 – для фермерів і приватних підприємців). Члени сім'ї застрахованого можуть отримувати медичну допомогу за його рахунок, навіть якщо вони не сплачують страхові внески самостійно. Таким чином, 98 % населення Австрії охоплені медичним соціальним страхуванням, яке покриває витрати на медичну допомогу, медикаменти, стаціонарне лікування, медсестринський догляд у домашніх стаціонарах, психотерапію і психологічну діагностику. Пацієнт може звернутися до будь-якого лікаря, який співпрацює з страховою організацією, що видала страховий поліс. Всі медикаменти, що відповідають Економічним

протоколам з використання медикаментів і медичного обладнання, можна отримати в будь-якій аптеці за рецептом за рахунок соціальних фондів. Страхівка надає кожному громадянину Австрії можливість лікуватися амбулаторно та стаціонарно без обмеженого часу перебування в клініці. 70 % закладів стаціонарного типу припадає на шпиталі, які фінансуються за рахунок соціальних фондів. Є загальний і спеціальний типи оплати за стаціонарне лікування. Максимальна кількість оплачених днів стаціонарного лікування становить 28 на рік, решту часу перебування у клініці оплачують соціальні фонди. Спеціальні фінансові витрати на лікування частково покриваються державою з соціального бюджету, решту пацієнт зобов'язаний оплатити сам, або за допомогою додаткових медичних страховок. Якщо пацієнт бажає покращити умови перебування у клініці, самостійно вибрати лікаря, то він повинен зробити додаткові страхові вклади в комерційні компанії, які встановлюються залежно від стану здоров'я пацієнта, професійних та спадкових факторів. Такими послугами користується близько 30 % населення Австрії. В Австрії працювати в сфері охорони здоров'я дозволяється лише спеціалістам з медичною освітою [27].

У контексті деконструкції вітчизняної сфери охорони здоров'я та переорієнтації її на новітні цивілізаційні пріоритети щодо реалізації системних структурних реформ у сфері охорони здоров'я стратегічним завданням виступає забезпечення розвитку державно-приватного партнерства. Реалізація даного завдання передбачає запровадження інвестиційних проектів у сфері охорони здоров'я шляхом залучення приватного капіталу та інших джерел фінансування [53]. На окрему увагу заслуговує модель державно-приватного партнерства, яка, зокрема, у Німеччині передбачає схему, відповідно до якої ЛПЗ продаються приватним компаніям за невелику вартість в обмін на інвестиції та зобов'язання обслуговувати пацієнтів у межах державного замовлення. На реалізацію проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Великобританії за рік залучається в середньому від \$ 8 до 10 млрд, які призначаються на будівництво та управління шпиталями. Відтак,

держава укладає контракти з приватним компаніями на 30 років, у результаті чого останні здобувають право на володіння та експлуатацію медичних закладів, а також вносити узгоджену оплату за доступність медичної допомоги [86]. На особливу увагу заслуговує модель державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Австрії, де типовою є схема управління лікарнями, яка будується за кошти приватних інвесторів, при цьому 75 % ліжок перебувають у протектораті держави, а 25 % тимчасово (на період до 40 років) передаються в управління приватного інвестора [77]. Значну методологічну цінність становить модель державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я Іспанії, модель «Альзіра», яка здобула світове визнання на честь міста Альзіра, де було побудовано шпиталь La Ribera. Основними її принципами є: державна власність: шпиталь перебуває у державній власності, побудований на землі, яка належить державі, і є частиною державної системи охорони здоров'я; медичне обслуговування приватною компанією (обслуговування пацієнтів здійснюється приватною компанією-концесіонером, з якою держава укладає угоду на певний період і яка зобов'язується забезпечувати високі стандарти надання медичної допомоги); державне фінансування (шпиталь функціонує за моделлю фінансування певної групи населення, яка мешкає на території, яку обслуговує шпиталь), нормативи такого фінансування заздалегідь обговорюються і змінюються не частіше одного разу на рік; контроль з боку держави (державні органи наділені правом проводити інспекції шпиталю з метою контролю за якістю медичних послуг, а також накладати штрафні санкції у випадку невідповідності вимогам держави). Відповідно до моделі «Альзіра», між державою та приватною компанією укладається угода, яка врегульовує зобов'язання клініки обслуговувати пацієнтів, які переживають у межах території, де вона безпосередньо розміщена (приблизно 245 тис. мешканців). За умови звернення пацієнтів в іншу клініку La Ribera фінансує лікування хворих у розмірі 100 % від суми чеку. При зверненні сторонніх пацієнтів у шпиталь держава покриває вартість їх лікування у розмірі 80 % від загальної вартості послуги. Такий підхід є своєрідною функціональною умовою забезпечення

зацікавленості шпиталю в обслуговуванні пацієнтів, які проживають у межах певного округу. Дана модель підтверджує високу результативність державно-приватного партнерства як гностичного показника громадського здоров'я, оскільки функціонально й стратегічно вона забезпечила економію бюджетних коштів з € 811 в попередній період до € 597 у 2017 р. Це дозволило скоротити час перебування пацієнтів у стаціонарі, в результаті чого загальний індекс споживчого задоволення пацієнтів склав 8,51 бала із 10 [65].

Для України важливо вивчати досвід забезпечення медичної допомоги на місцевому рівні. Перед вітчизняною системою охорони здоров'я нині постала проблема надмірної децентралізації і фрагментації фінансових потоків [73]. Використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я на кожному рівні бюджетної системи, частково перетинається. Фінансування з бюджетів різних рівнів одних і тих же видів медичної допомоги для одних і тих же категорій населення, що надаються різними за ієрархією медичними закладами, створює умови для неефективного використання наявних ресурсів: потужності й робота медичних закладів різного рівня частково дублюють один одного. Водночас оптимізація потоків пацієнтів і структури медичного обслуговування стикається з важко вирішуваною проблемою відповідного перерозподілу обсягів фінансування медичних установ між бюджетами. Фінансові ресурси в охороні здоров'я дезінтегровані, перш за все, через надмірну фрагментацію коштів, що виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищної ради), а механізми інтеграції практично не діють. Для підвищення ефективності системи охорони здоров'я, особливо в умовах, коли об'єктивно існує дефіцит як бюджетних коштів, так і особистих фінансових можливостей громадян на оплату медичних послуг, виникає потреба у вдосконаленні, насамперед, первинної медико-санітарної допомоги, до якої завжди звертається переважна більшість населення.

Аналізуючи досвід Норвегії в питанні організації охорони здоров'я на муніципальному рівні, отримуємо нове бачення ролі органів місцевого самоврядування в охороні здоров'я. Муніципалітет має діяти не тільки як

державна служба, але і як інституція з обслуговування своїх громадян. Споживач відіграє ключову роль у сфері охорони здоров'я. Щоб контролювати свій рух у потоці пацієнтів на місцевому рівні, споживач медичних послуг повинен мати інформацію: як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування. Відділ охорони здоров'я повинен інформувати населення через місцеві засоби інформації і надавати базову інформацію щодо ролі сімейної медицини та про медичні послуги і права пацієнтів. Споживачі медичних послуг повинні знати, куди скаржитися у випадку поганого лікування, про нову роль сімейних лікарів і своє право вибирати їх. Це позитивно впливатиме на оптимізацію руху пацієнтів між різними ланками медико-санітарної допомоги [54].

У більшості європейських держав система охорони здоров'я, базуючись на принципах соціал-демократії і сприяючи гармонії та рівності громадян, є важливою ланкою суспільного життя. До прикладу у Швеції діє принцип всезагальної, практично безкоштовної доступної медичної допомоги всім громадянам на рівних умовах за єдиними стандартами [82].

На основі узагальнення світового досвіду виділено два підходи щодо розвитку системи управління охороною здоров'я: підвищення ефективності національних систем охорони здоров'я у поєднанні з механізмами стимулювання суспільних витрат на охорону здоров'я – концепція «доброго управління»; збільшення державних витрат на охорону здоров'я. Зазначається, що в європейських країнах останнім часом переглядаються погляди на роль держави в охороні здоров'я. У більшості країн реформуються системи охорони здоров'я за принципами солідарності, загальнодоступності надання медичної допомоги, фінансування охорони здоров'я [57].

Успішна політика у сфері охорони здоров'я передусім має слугувати соціальній стабільності та внутрішньополітичній консолідації суспільства. Підтвердженням цього є політика у сфері охорони здоров'я розвинених держав, яка базується на справедливому розподілі ресурсів [15]. Так, Е. Лібанова акцентує увагу на двох підходах до розуміння справедливості:

1) справедливість у доступі до медичної допомоги; 2) фінансова справедливість, яка включає запровадження інструментів розподілу фінансів між різними соціально-економічними групами населення [9]. Даний підхід базується на врахуванні об'єктивної потреби надання громадянам необхідної допомоги згідно з їх медичними показниками. Це свідчить про те, що основним пріоритетом держави має виступати надання громадянам необхідного переліку медичних послуг, який корелюється з їх об'єктивними потребами [15].

Зрештою слід зазначити, в світі накопичено чималий позитивний досвід сприяння розвитку охорони здоров'я загалом і проведення медичної реформи зокрема. Проте, радше за все, через відмінності політичного, соціально-економічного та демографічного характеру, необачним убачається «сліпе» копіювання чужого досвіду, тоді як правомірніше вести мову про його коректну адаптацію до українських реалій.

3.2 Перспективні напрями та засоби публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я

При розробці заходів публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я необхідно враховувати фактори, що можуть впливати на її результати:

- політичні – визначення пріоритетів, розподіл ресурсів у суспільстві, всередині системи охорони здоров'я;
- економічні – в усіх країнах при зниженні темпів економічного розвитку оплата медичної допомоги переноситься на її отримувачів, тобто на хворих людей, при економічному зростанні відзначається збільшення виділення коштів бюджету на охорону здоров'я, тенденції до соціальної справедливості;
- культурні традиції, цінності суспільства – ставлення до охорони здоров'я як до суспільного, колективного блага, ринкових послуг має значення для змін, які відбуваються;

- розуміння явищ – якщо реформа сприймається як нав'язана зовні, то вона не викликає довіри, тому в її реалізації виникають труднощі;
- міжкустановчі змагання і неоднозначний підхід до реформ у суспільстві і в окремих групах суспільства не приводить до суттєвого покращення функціонування системи;
- механізми регулювання взаємодії учасники системи і наявність добре підготованого менеджменту [51].

Проведення медичної реформи обов'язково має систематизувати заходи у межах державних програм у цій сфері. Зараз у країні реалізується 20 таких програм, і в кожному з них включені профілактичні заходи. Зазвичай, усі вони спрямовані на пропаганду здорового способу життя і створення для нього відповідних умов, але ці заходи практично не фінансуються і тому мають лише декларативний характер. Об'єднання зусиль у цьому напрямі та концентрація їх у межах однієї загальнодержавної програми дозволить сконцентрувати ресурси галузі й забезпечити їх ефективне використання [2]. Основною умовою подолання соціальних і політичних бар'єрів реструктуризації є вихід на якісно інший рівень координації політики органів державної влади по горизонталі (перш за все, органів охорони здоров'я, соціального захисту і фінансів, фондів обов'язкового медичного страхування) і по вертикалі та забезпечення її комплексності й послідовності. Необхідно створити систему комплексного планування охорони здоров'я [18].

Отже, зусилля мають бути спрямовані на розвиток міжсекторального публічного управління реформуванням сфери охорони здоров'я. До її реалізації мають бути долучені усі структури суспільства, представники законодавчої та виконавчої влади, місцевого самоврядування, приватного бізнесу, науки, громадських організацій, пересічні громадяни. Усі дії в рамках цієї програми мають широко висвітлюватися у ЗМІ, які також повинні стати активними учасниками процесу, що дасть можливість достукатися до кожного мешканця України та переконати його у необхідності зміни ставлення до свого здоров'я та способу життя. Необхідність активного розвитку приватного сегмента у

медичній галузі, медичній науці та освіті, стимулювання підприємців і благодійників інвестувати в охорону здоров'я [2].

У контексті реалізації інноваційної політики держави у сфері охорони здоров'я особливу увагу варто акцентувати на запровадженні комплексних програм у сфері охорони здоров'я на рівні міст та областей, спрямованих на забезпечення оптимізаційної синергії щодо зміцнення здоров'я нації як стратегічної умови посилення національної безпеки держави. Стратегічною метою розроблення та реалізації таких програм має виступати запровадження інноваційних процесів і пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я. Це безпосередньо має слугувати зміцненню матеріально-технічного стану КНП ПМСД з урахуванням альтернативних джерел фінансування, запровадженню новітніх діагностичних і лікувальних технологій на рівні європейських стандартів, що сприятиме покращанню рівня надання медичних послуг населенню. Розроблення та реалізація таких програм слугуватимуть системному та поетапному покращенню інституцій у сфері охорони здоров'я, якості їх послуг, що базуватиметься передусім на запровадженні заходів високотехнологічної медичної допомоги населенню. Основним оптимізаційним пріоритетом, який має бути покладений в основу реалізації відповідних комплексних програм у сфері охорони здоров'я, повинно стати створенням балансу між задоволенням вимог громадян щодо надання якісних і доступних медичних послуг і можливостями самої системи охорони здоров'я забезпечити їх за рахунок бюджетних видатків [49]. Оскільки сфера охорони здоров'я передбачає програми економічного та соціального типу, то важливо враховувати необхідність трансформації системи органів влади за допомогою переходу від безпосереднього галузевого та функціонального управління до розробки й реалізації державної політики в окремих сферах. Своєю чергою, це викликає для уряду зобов'язання нести політичну відповідальність за реалізацію такої політики, підвищуючи тим самим роль міністрів [14].

Забезпечення стабільного функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування сфери охорони здоров'я потребує реалізації комплексу заходів:

- використання кращих вітчизняних та іноземних практик здійснення комплексної модернізаційної медичної реформи;
- запровадження публічно-управлінських інструментів з попередження кризи сфери охорони здоров'я як умови підвищення показників захищеності національних інтересів і забезпечення національної безпеки держави;
- перетворення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я на стратегічний пріоритет й умову гарантування національної безпеки;
- реформування медичної системи освіти та інституціоналізація освітніх стандартів шляхом включення до них нових медичних професій, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичної допомоги;
- посилення нормативної та інституційної регламентації сфери охорони здоров'я відповідно до технологічних умов суспільного розвитку та реальних потреб населення [15];
- системне оновлення переліку безоплатних медичних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я відповідно до ст. 49 Конституції України [15; 57];
- приватна медична діяльність не може повністю замінити суспільні форми медичного обслуговування, вона є їх рівноправним доповненням у національній системі охорони здоров'я;
- приватну медичну діяльність здійснюють приватні медичні (фармацевтичні) заклади й організації, а також працівники охорони здоров'я (приватна практика) як індивідуальні підприємці, основою приватної діяльності є приватна власність на основні фонди або їх оренда;
- на державному і територіальних рівнях повинен існувати обґрунтований перелік лікувально-профілактичних закладів стратегічного характеру, який би забезпечував соціальні гарантії в медицині; їх переведення в приватний сектор, а також орендні відносини із суб'єктами цього сектора мають бути заборонені законом [4];
- запровадження дієвого державного контролю за розвитком страхової медичної допомоги в системі охорони здоров'я України;

- передача на комунальний рівень відомчих медичних закладів і забезпечення територіальної інтеграції лікарень різної підлеглості;
- обрахування нормативної ціни медичної послуги згідно зі стандартами;
- реорганізація стаціонарного сектора на принципах функціональної диференціації ліжкового фонду;
- розробка відповідно до міжнародних вимог стандартів діагностики лікування та організації надання медичної допомоги (клінічного керівництва) на основі науково обґрунтованої медичної практики;
- розробка методики визначення вартості медичних послуг;
- розробка та прийняття законів про механізми публічне управління охороною здоров'я на базовому, регіональному та державному рівнях і про обов'язкове медичне страхування;
- упровадження системи інформаційного забезпечення управління ціноутворенням медичних послуг;
- уточнення процедури реалізації права на вільний вибір і зміну лікаря, умов надання стаціонарної та спеціалізованої допомоги або прийняття закону про організацію медичного обслуговування;
- розробка та впровадження стандартів медичної допомоги та медичного страхування (при впровадженні) на трьох рівнях – первинному, вторинному, третинному (в розрізі окремих захворювань) [57];
- оптимізація структури й фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню;
- моніторинг руху основних фондів, розробка, реалізація програми модернізації основних фондів;
- формування щорічних планів-завдань на закупівлю медичного обладнання й медикаментів, ремонт і реконструкцію будівель;
- маркетингові дослідження ринку медичного обладнання; розробка й реалізація програми з енергозбереження;
- створення обласної служби з технічного обслуговування; ремонт і метрологічний контроль за медичною технікою;

- розробка вимог до оснащення КНП різного рівня;
- моніторинг технічного стану медичного обладнання, формування планів його заміни;
- організація контролю за капітальними ремонтами будівель установ закладів охорони здоров'я;
- збільшення додаткових виплат лікарям дільничної служби й фельдшерам;
- підвищення заробітної плати лікарів у цілому до рівня середнього в промисловості регіону;
- прийняття додаткових пільг для лікарів і середнього медичного персоналу, що працює на селі;
- створення галузевої системи оплати праці, що враховує обсяг, складність, якість і своєчасність наданої медичної послуги;
- наближення консолідованих витрат охорони здоров'я області до рівня, рекомендованого ВООЗ;
- зміна принципу страхування непрацюючого населення; створення комісії з мобілізації податкових платежів;
- розробка обласної програми додаткового медичного страхування; впорядкування переліку платних медичних послуг медичних установ;
- створення єдиного інформаційного простору ресурсного потенціалу охорони здоров'я;
- централізація основних фондів медичних установ на рівні державної власності області;
- диспансеризація працівників бюджетної сфери й додаткові медичні огляди осіб, які працюють у шкідливих умовах;
- оптимізація структури та фінансування програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги населенню [1];
- підвищення якості надання медичної допомоги на основі вдосконалення інформаційно-технологічного забезпечення діяльності медичних і фармацевтичних організацій, їх персоналу, учнів медичних і фармацевтичних

установ, студентів медичних і фармацевтичних середніх професійних і вищих навчальних закладів, науково-дослідних організацій;

– підвищення ефективності управління в сфері охорони здоров'я на основі інформаційно-технологічної підтримки вирішення завдань прогнозування і планування витрат на надання медичної допомоги, а також контролю за дотриманням державних гарантій за обсягом і якістю її надання;

– підвищення інформованості населення з питань ведення здорового способу життя, профілактики захворювань, отримання медичної допомоги, якості обслуговування в медичних організаціях, а також здійснення діяльності в сфері охорони здоров'я на основі забезпечення можливостей електронної взаємодії з відповідними уповноваженими органами [14];

– зміна характеру відносин між суб'єктами охорони здоров'я із переважно адміністративних до переважно економічних;

– перехід від прямого фінансування медичних закладів до фінансування медичної допомоги на основі відповідних нормативів витрат;

– розширення переліку джерел фінансування сфери охорони здоров'я шляхом залучення особистих коштів громадян (добровільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг);

– зміною економічного статусу суб'єктів надання медичних послуг на основі формування приватного сектора та часткової комерціалізації охорони здоров'я;

– зміною ролі держави, яка виступає гарантом загально доступного безкоштовного медичного обслуговування через систему закупівель медичних послуг для найменш соціально захищених категорій населення, організатором профілактичних заходів і наукових досліджень [50];

– створення загальнонаціонального фонду обов'язкового медичного страхування й законодавче запровадження нового цільового внеску на відповідний вид соціального страхування або в разі обрання моделі, яка ґрунтується на загальних податках, покласти функції платника на регіональні рівні та органи управління охороною здоров'я [7; 57];

– перехід від вертикального (нормативно-адміністративного) вектора співвідлеглості лікувально-профілактичних закладів до горизонтального типу взаємодії суб'єктів медичного простору на рівноправних економічних відносинах;

– створення нових управлінських структур (територіального управління медичною допомогою тощо);

– формування системи фінансування з багатоканальним надходженням коштів, надання лікувально-профілактичним закладам права фондоутримання і скасування постатейних витрат;

– структурна зміна системи надання медичної допомоги з переважним розвитком мережі закладів первинної медико-санітарної допомоги [57];

– вивчати потреби територіальної громади щодо покращення стану громадського здоров'я і як розпорядник коштів державного і місцевого бюджетів визначати найбільш ефективних постачальників необхідних послуг з охорони здоров'я;

– запроваджувати договірні відносини між розпорядником коштів і постачальниками послуг [47];

– усунення командно-адміністративних методів управління сферою охорони здоров'я, подолання бюрократизації та диспропорційного розвитку її окремих сфер у результаті чого пріоритетом для розвитку даної галузі має виступати відновлення профілактичних заходів і підвищення рівня професіоналізму серед медичних працівників;

– децентралізація управління у сфері охорони здоров'я, як найефективніший спосіб покращення медичного обслуговування та оптимального розподілу ресурсів з урахуванням регіональних особливостей;

– утвердження платної охорони здоров'я, що включає розвиток платних медичних послуг і платної медицини загалом у напрямі запровадження профілактичних і реабілітаційних програм, пластичної хірургії, певних розділів стоматології, медичної освіти, професійного вдосконалення, реалізації науково-дослідницьких проектів. У більшості випадків надання платних послуг має

стосуватись додаткових форм покращення якості медичних і будь-яких сервісних послуг (діагностики, лікування та реабілітації);

– державні гарантії охорони здоров'я, що передбачає визначальну роль держави у наданні гарантій своїм громадянам на отримання медичної допомоги незалежно від форм її організації чи фінансування. Це передбачає всебічну державну відповідальність і зобов'язання перед громадянами. Інакше зниження обсягу та якості медичної допомоги є свідченням порушення конституційних прав громадян на її доступність;

– стратегія розвитку сучасної медицини, яка має забезпечити належну якість життя людини, задоволення її фізичного, психологічного та соціального добробуту, що має стати надійним інструментом глибокого та багатопланового аналізу ключових складових здоров'я людини. Це безпосередньо вимагає стандартизації, сертифікації, ліцензування та акредитації у сфері медицини;

– реструктуризація сфері охорони здоров'я передбачає зміну примату лікарняної системи надання допомоги на діагностично-відновлювальні принципи охорони здоров'я шляхом запровадження донозологічного моніторингу рівнів здоров'я населення та створення необхідної інфраструктури (центри діагностики, професійного здоров'я, відновлювальної медицини);

– мобілізаційне вирішення питань управління передбачає розроблення та запровадження розгорнутої концепції інтелектуалізації системи розвитку творчих здібностей медичних працівників шляхом утвердження нової ідеології, центральною ланкою якої виступає уявлення про особистість лікаря та новітні медичні технології. Це безпосередньо зумовлює вкладення значних довгострокових інвестицій на підготовку та перепідготовку медичних кадрів, у т.ч. керівних, а також створення їх кадрового резерву;

– тактичне залучення медичної громадськості до процесів розвитку охорони здоров'я, що включає активну роль професійних і громадських медичних організацій у процесах вирішення відповідних медичних питань (зокрема, що стосується реорганізації медичної освіти, використання певної медичної інформації та технологій, утвердження новітньої медичної етики), що

тим самим слугуватиме просуванню необхідних громадськості рішень у відповідній сфері та реалізації конкретних проектів;

– розширення соціальної бази охорони здоров'я передбачає створення єдиної загальнодержавної системи медичної просвіти та оперативної медичної інформації шляхом включення до систем охорони здоров'я громадян, що тим самим має забезпечити підвищення ефективності профілактичної роботи, запровадження цивілізованих форм збереження і захисту людей, популяризацію здорового способу життя;

– захист соціальних і професійних інтересів медичних працівників, які забезпечують розроблення програми захисту життя громадян і стосуються питань узаконення правового захисту не лише пацієнтів, але й медичних працівників, наділених правом відповідальності за людське життя. Це передбачає запровадження ефективної системи захисту медичних працівників від необґрунтованих звинувачень і бездоказових скарг [67].

Отож, загальна стратегія медичної реформи полягає в перетворенні системи охорони здоров'я із соціально-витратної в соціально-інвестиційну, переході від екстенсивного до інтенсивного розвитку системи, від галузевого до міжгалузевого підходів в управлінні системою охорони здоров'я [13]. Цю нову стратегію можна буде здійснити лише за умови твердого державного регулювання, зрозумівши, що тільки держава зможе стати одночасно і важелем, і гарантом, і арбітром тих змін, які дозволять реалізувати не декларативно, а насправді принцип соціальної справедливості.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування специфіки публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я дозволяє стверджувати, що основним призначенням постмодерної держави є гарантування прав на охорону здоров'я відповідно до її конституції, загальноновизнаних принципів і міжнародних норм і договорів. Але доволі тривалий час держава демонструвала організаційну й інституційну інертність стосовно сфери охорони здоров'я, що призвело до її занепаду, що стало однією з причин помітного погіршення здоров'я населення. виправити невітшну ситуацію має медична реформа – комплекс заходів, спрямованих на докорінну зміну механізмів фінансування та функціонування сфери охорони здоров'я.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – штучно створених систем, які відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на сферу охорони здоров'я, завдяки чому забезпечується проведення медичної реформи. Залежно від конкретної ситуації суб'єкти державного управління використовують (почасти одночасно) відповідні механізми управління, які відрізняються способом впливу (економічні, організаційні, правові, соціально-психологічні). Кожному з цих методів притаманний відповідний перелік засобів публічного управління.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я виявлено таке: відповідно до завдань першого етапу медичної реформи усі комунальні заклади охорони здоров'я були реорганізовані на КНП, що дозволило власникам (органами місцевого самоврядування) знайти більш оптимальну модель господарювання; автономізація та комерціалізація КНП, які отримали можливість надавати платні медичні та супутні послуги й самостійно розпоряджатись такими коштами (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень,

стимулювання персоналу тощо); реформування первинної ланки – цілком виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки дозволяє завдяки залученню відносно незначних коштів забезпечити доступними медичними послугами найбільшу кількість пацієнтів з порівняно нескладними патологіями; реформування вторинної та третинної ланки передбачає, що з 2020 р. КНП отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ з розрахунку 60 % – глобальний бюджет, 40 % – за пролікований випадок (з кожним роком означена пропорція буде змінюватись в бік зростання частки оплати пролікованого випадку); отримання коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» буде здійснено виключно відповідно до заздалегідь визначених пакетів медичних послуг; створено госпітальні округи та визначено перелік опорних клінік; змінено підхід до призначення керівника КНП; формування стратегій розвитку КНП.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов України такий передовий світовий досвід проведення медичної реформи: врахування найбільш значущі тенденції (уніфікація стандартів надання медичних послуг на міжнародному рівні; пріоритетність ринкових відносин суб'єктів системи охорони здоров'я; вирішення проблем щодо регулювання витрат на медичні послуги); збільшення розміру бюджетного фінансування до 10 % ВВП (розвинені країни світу); планування, менеджмент і фінансування системи охорони здоров'я, аналіз ефективності роботи систем повернення витрат, контроль якості послуг і використання сучасних комунікаційних технологій в медицині (Австрія); запровадження медичного соціального страхування (розвинені країни світу); запровадження моделі державно-приватного партнерства (Австрія, Великобританія, Іспанія, Німеччина); споживач медичних послуг повинен мати інформацію: як уникати хвороб завдяки профілактиці, у якому медичному закладі він може одержати відповідне лікування, куди скаржитися у випадку поганого лікування (Норвегія);

5. Визначено такі перспективні напрями та засоби реалізації державної політики щодо проведення медичної реформи: впровадження обов'язкового медичного страхування з покладанням функції єдиного платника на

національний фонд соціального медичного страхування і його регіональні відділення; удосконалення системи бюджетного фінансування зі забезпеченням відокремлення споживача (органи управління охороною здоров'я) і постачальників медичних послуг (заклади системи охорони здоров'я); запровадження державних закупівель медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної) шляхом укладання відповідних контрактів; перерозподіл управлінсько-владних повноважень між суб'єктами різних рівнів управління; застосування глобального бюджету; системне оновлення переліку медичних послуг щодо надання безоплатної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я відповідно до ст. 49 Конституції України; реформування медичної системи освіти та інституціоналізація освітніх стандартів шляхом включення до них нових медичних професій, що у такий спосіб сприятиме підвищенню професійного рівня надання медичної допомоги...

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 40 с.
2. Авраменко Т. Державне управління охороною здоров'я в умовах медико-демографічних змін (архетипова складова). *Публічне управління: теорія та практика*. 2013. Спец. вип. С. 183–192.
3. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні: операційне керівництво. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/4992-phc_operational_manual_apr_2018_fin_web1.pdf. (дата звернення: 01.10.2021)
4. Буравльов Л.О. Механізми державного регулювання приватного сектора в галузі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2010. 20 с.
5. Виноградов О.В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 18 с.
6. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и формализованные методы управления. Женева: ВОЗ, 2011. 230 с.
7. Григорович В.Р. Державне управління процесами підготовки та прийняття управлінських рішень у системі охорони здоров'я України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2011. 23 с.
8. Дейниховська К.А. Політичні стратегії як засіб удосконалення управління охороною здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2011. 18 с.
9. Демографічні чинники бідності: монографія / за ред. Е.М. Лібанової. Київ, 2009. 184 с.
10. Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної

допомоги на 2019 рік. Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 р. № 1117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.10.2021)

11. Дутко Н.Г. Напрями розвитку державно-приватного партнерства: галузь охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 105–108.

12. Заколюдажна М.В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 234–240.

13. Карамішев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: автореф. дис. ... д. держ. упр.: 25.00.02. Донецьк, 2007. 45 с.

14. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к. держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.

15. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д. держ. упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.

16. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. ... д. держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2008. 36 с.

17. Курс на оздоровлення населення. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. Копенгаген: ВОЗ, 2006. 65 с.

18. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д. держ. упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.

19. Мельниченко О.А. Управління структурними зрушеннями: підручник. Харків: Оберіг, 2013. 300 с.

20. Мельниченко О.А., Косілова О.Ю., Кравченко Ж.Д., Макарова В.І. Проблеми розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я як фактор погіршення якості життя населення України: публічно-управлінський вимір. *Стратегія розвитку України: фінансово-економічний та гуманітарний аспекти: матеріали VII міжнар. наук.-практ. конф.* Київ: ІАА, 2020. С. 369–371.

21. Мельниченко О.А., Косілова О.Ю., Нестеренко В.Г. Полеміка щодо сутності поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я». *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення:*

матеріали III наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 05 листопада 2020 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. С. 88–89.

22. Мельниченко О.А., Муратов Г.Р., Старусєва В.В., Шмуліч О.В. Медична реформа в Україні: проблеми та загрози. *Економіка та управління: сучасний стан та перспектива розвитку*: матеріали XI міжнар. наук.-практ. конф., 13–14 листопада 2020 р. Одеса: Вид-во ОДАБА, 2020. Ч. 2. С. 213–217.

23. Мельниченко О.А., Старусєва В.В., Макарова В.І. Ймовірний вплив адміністративно-територіальної та земельної реформ на розвиток сільської медицини. *Сучасні виклики у розвитку невиробничої сфери: погляд молодих науковців*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 25–26 березня 2021 р. Харків: Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2021. С. 90–91.

24. Мезєнцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2010. 23 с.

25. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://moz.gov.ua/article/> (дата звернення: 01.10.2021)

26. Москаленко В.Ф. Оптимальна модель системи охорони здоров'я: концептуальні засади та принципи побудови. *Україна. Здоров'я нації*. 2008. № 3–4. С. 43–59.

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

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/> (дата звернення: 01.10.2021)

29. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини. *Україна: події, факти, коментарі*. 2018. № 3. С. 43–55.

30. Питання сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні. Указ Президента України від 25.01.2012 р. № 32/2012. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/32/2012>. (дата звернення: 01.10.2021)

31. Попченко Т.П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2011. № 1. С. 252–255.

32. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України. Закон України від 07.12.2017 р. № 2233-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/> (дата звернення: 01.10.2021)

33. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 р. № 1138. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021)

34. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню. Постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 р. № 283. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021)

35. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Указ Президента України від 07.12.2000 р. № 1313/2000. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>. (дата звернення: 01.10.2021)

36. Про невідкладні заходи щодо прискорення реформування аграрного сектора економіки. Указ Президента України від 03 грудня 1999 р. № 1529/99. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.11.2020)

37. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020». Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 01.10.2021)

38. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 01.10.2021)

39. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799> (дата звернення: 01.10.2021)

40. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/>. (дата звернення: 01.10.2021)

41. Про утворення та ліквідацію районів. Постанова Верховної Ради України від 17 липня 2020 р. № 3650. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 01.11.2020)

42. Програма розвитку ООН. Доклад о человеческом развитии 2016: Человеческое развитие для всех и каждого (резюме). URL: <http://www.refworld.org.ru/docid/58d28bf84.html>. (дата звернення: 01.10.2021)
43. Проект Закону про засади адміністративно-територіального устрою України. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=63508 (дата звернення: 01.10.2021)
44. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: http://as-ukr.org/wp-content/uploads/2016/07/Okhrona_zdorov_ya_CONSEPT_16.07.16.pdf. (дата звернення: 01.10.2021)
45. Реформа охорони здоров'я в Великобританії. URL: health.gov.ua. (дата звернення: 01.10.2021)
46. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2010. 39 с.
47. Рожкова І.В. Розвиток механізмів державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2009. 40 с.
48. Семигіна Т.В. Охорона здоров'я в суперечливих умовах глобалізації-локалізації. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3605/Semyhina_Okhorona_zdorovia.pdf?sequence=1 (дата звернення: 01.10.2021)
49. Ситенко Е.Р., Смирнова Т.Н. Формирование новой государственной политики здравоохранения в Украине. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/viewFile/3364/3092> (дата звернення: 01.10.2021)
50. Смотров О.І. Договір щодо надання медичних послуг: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.02. Харків, 2003. 18 с.
51. Солоненко Н., Солоненко І. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я. *Вісник Української академії державного управління при Президентіві України*. 2001. № 1. С. 187–194.
52. Торбас О.М. Державне регулювання розвитку ринкових механізмів у системі охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 4. С. 129–131.

53. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah for Education and Health, 1999. 1049 с.

54. Фірсова О.Д. Система охорони здоров'я Норвегії, особливості її організації на муніципальному рівні: досвід для України. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 100–104.

55. Худоба О.В. Державна політика забезпечення права на охорону здоров'я хворих на деменцію в Україні: механізми формування та реалізації: дис... д.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2019. 535 с.

56. Цілі Розвитку Тисячоліття Україна: 2000–2015. Національна доповідь. URL: http://www.idss.org.ua/monografii/2015_MDGs_Ukraine_Report_ua.pdf. (дата звернення: 01.10.2021)

57. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2011. 20 с.

58. Шевчук П.І. Соціальна політика. Львів: Світ, 2003. 400 с.

59. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. Київ: УІГЗ, 2009. 360 с.

60. Alger J. et al. National health research systems in Latin America: a 14-country review. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009. № 26. P. 447–457.

61. Barrows D., McDonald H.I., Susapol A.B., Dalton-Jez O., Harvey-Rioux S. Public-private partnership in Canadian health care: a case study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*. 2012. № 12/1. P. 1–4.

62. Bates I. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Research Policy and Systems*. URL: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-9-14>. (дата звернення: 01.10.2021)

63. Costa C.H. et al. Vaccines for the leishmaniases: proposals for a research agenda. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2015: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> (дата звернення: 01.10.2021)

64. Council on Medical Service, American Medical Association. Quality of care. *JAMA*. 2015. Vol. 256. P. 1032–1034.
65. De Rosa Toner A. Lessons from Spain: the Alzira Model. *The King's Fund International Integrated Care Summit*. London, 2016. May 1.
66. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness. *Busan, Global Partnership for Effective Development Cooperation*. 2011. URL: www.aideffectiveness.org/busanhlf4/ (дата звернення: 01.10.2021)
67. Ghaffar A et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. Global Forum for Health. URL: http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/Events%202013/wp_backgroundpaper1_health_RandD_v3.pdf. (дата звернення: 01.10.2021)
68. Gilson L, ed. Health policy and systems research: a methodological reader. Geneva, World Health Organization, 2016. URL: http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr_abridgedversionreaderonline.pdf. (дата звернення: 01.10.2021)
69. Harris R., Marks W. Compact Ultrasound for Improving Maternal and Prenatal Care in Low-Resource Settings: Review of Potential Benefits, Implementation Challenges, and Public Health Issues. *Journal of Ultrasound Medicine*. 2016. № 28 P. 1067–1076.
70. Health People 2000. National Health Promotion and Disease Prevention Objectives (U.S. Department of Health and Human Services).
71. Hiwovar H.A., Chapman W.W. Identifying data sharing in biomedical literature. *AMIA Annu Symp Proc*. 2017. P. 596–600.
72. Hoffman S.J. et al. A review of conceptual barriers and opportunities facing health systems research to inform a strategy from the World Health Organization. Geneva, World Health Organization, 2012.
73. How to build science capacity. *Nature*. 2012. № 490. P. 331–334.
74. Ijsselmuiden C., Ghannem H., Bouzouaia N. Development of health research system: analysis and defining priorities in Tunisia. *La Tunisie Medicale*. 2009. № 87. P. 1–2.

75. Lansang M.A., Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004. № 82. P. 764–770.
76. McDowell M.A. et al. Leishmaniasis: Middle East and North Africa research and development priorities. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001219> (дата звернення: 01.10.2021)
77. McKee M., Edwards N., Atun R. Public-private partnership for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016. Vol. 84. P. 890–96.
78. Melnychenko O., Nesterenko R., Kosilova O., Kravchenko Zh. Discussion of the essence of the concept of «public administration of healthcare development». The 10 st International scientific and practical conference «*Priority Areas of Science Research*» (October 26–27, 2020). Washington. 2020. P. 28–32.
79. Melnychenko O., Udovychenko N., Muratov G., Kravchenko Zh. The medical reform as a method of public management of healthcare development: realities and prospects for Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. T. LXXIII. № 9. P. 1450–1458.
80. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO. 2012.
81. Morton S. Progressing research impact assessment: A contributions approach, *Res Eval*, 2015. URL: <https://academic.oup.com/rev/article/24/4/405/1520544/Progressing-research-impact-assessment-A>. (дата звернення: 01.10.2021)
82. OHCHR What are human rights? Geneva, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. URL: <http://www.ohchr.org/en/issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (дата звернення: 01.10.2021)
83. Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control. Geneva: WHO, 2011.
84. Reeves A., Stuckler D., McKee M. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America prevent able tragedies in Europe and North America's great recessions. *British Journal of Psychiatry*. 2017.
85. Research priorities for zoonoses and marginalized infections. Geneva, World Health Organization, 2015. 459 p.

86. Roerich J., Lewis M.A., George G. Are public-private partnerships a healthy option? A systemic literature review. *Social Science and Medicine*. 2015. Vol. 13. P. 110–19.

87. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p.

88. The mal ERA Consultative Group on Health Systems and Operational Research. A research agenda for malaria eradication: health systems and operational research. *PLoS Medicine*, 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000397> (дата звернення: 01.09.2020)

89. Thomson S., Jowett M., Evetovits T., Jakab M., McKee M., Figueras J. Health Systems and Economic Crisis in Europe: Impact and Policy Implications, Draft for review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015.

90. Tol W.A. et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Medicine*, 2011. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001096> (дата звернення: 01.09.2020)

91. Vitoratos S., Hessel P., Leone T., Avendan M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? *European Journal of Public Health*. 2016. № 23. P. 727–731.

92. Viergever R.F. et al. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*. 2016. 531 p.

93. WHO. Outcome Document for the High-level Meeting on Health Systems in Times of Global Economic Crisis: An Update of the Situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2016.