

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

**ЕКОНОМІКО-ПРАВОВИЙ МЕХАНІЗМ ПУБЛІЧНОГО  
УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

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

І.П. Мальована

Керівник,

к.держ.упр., доц.

Я.С. Белєвцова

Рецензент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ	
РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	5
1.1 Розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління .....	5
1.2 Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я .....	13
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ЕКОНОМІКО-ПРАВОВИХ МЕХАНІЗМІВ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я .....	22
2.1 Економічні механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я .....	22
2.1 Правові механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я .....	32
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ	
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ	
ЗДОРОВ'Я .....	43
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я .....	43..
3.2 Удосконалення підходів до використання економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я .....	51
ВИСНОВКИ .....	61
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ .....	63

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Реалії для вітчизняної сфери охорони здоров'я є такими, що медична реформа хоча дещо зменшила негативний вплив численних успадкованих проблем (недостатня раціональність використання обмежених ресурсів, патерналізм пацієнтів і співробітників медичних закладів, низькі якість та не повсюдна доступність медичних послуг тощо), але обумовила появу нових проблем (неготовність медичних закладів до автономізації та комерціалізації своєї діяльності, асиметричність реформування окремих ланок цієї сфери, низька платоспроможність пацієнтів тощо). Запорукою вирішення означених проблем, окрім іншого, є вдосконалення економіко-правового механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я набуває особливої актуальності, що спонукало автора до проведення відповідного дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Білинська М. [5; 16], Буравльов Л. [6], Вашев О. [9], Виноградов О. [10], Григорович В. [12], Грузєва Т. [14; 40], Долот В. [17; 18], Карамішев Д. [22], Карлаш В. [23], Кланца А. [24], Князевич В. [25], Котляревський Ю. [28], Кризина Н. [29], Лехан В. [32], Лещенко В. [33], Медяник Г. [34], Мельниченко О. [35; 36; 93], Москаленко В. [39; 40], Оппельд Л. [43], Пітко Я. [47], Радиш Я. [16; 64], Рожкова І. [65; 66], Слабкий Г. [32], Фуртак І. [69], Худоба О. [71], Шевцов В. [73], Шипко А. [74], Штогрин О. [75] та інші вчені.

*Мета та завдання дослідження:* на основі дослідження діючих в Україні економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

– з'ясувати сутність і значення розвитку сфери охорони здоров'я як об'єкту публічного управління;

– дослідити діючі економіко-правові механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо розвитку сфери охорони здоров'я;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого вдосконалення економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є розвиток вітчизняної сфери охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є економіко-правовий механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

*Методи дослідження.* абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів розвитку сфери охорони здоров'я; статистичних порівнянь – для дослідження результативності використання економіко-правового механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

*Практичне значення результатів дослідження* полягає в поглибленні існуючих уявлень про використання економіко-правового механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1 Розвиток сфери охорони здоров'я як об'єкт публічного управління

Фізичне та психічне здоров'я та добре самопочуття є найважливішими умовами для всебічного розвитку кожної людини [17]. Здоров'я населення – діалектична функція його світогляду, єдність тілесного, психічного, соціального та ментального здоров'я, системну якість, що характеризує людське буття у його цілісності [98] – будь-якої країни залежить від соціального та економічного добробуту, можливостей у сфері зайнятості, рівня особистих доходів й інших чинників. Здоров'я є найважливішим елементом національного багатства, необхідною умовою розвитку продуктивних сил суспільства та сучасного розвитку нації [74]. Здоров'я виступає своєрідним індикатором ставлення держави до людини та її можливостей реалізації через діяльність її інститутів [24], а також безпосередньо впливає на кількість працездатного населення та на демографічну ситуацію в країні, адже поки людина перебуває у здоровому фізичному, психологічному та соціальному стані, вона працює й розвивається як особистість, реалізуючи свої функції заради інтересів суспільного блага [84]. Цінність здоров'я є структурною складовою загальної культури життєдіяльності нації, а отже й системи її національної безпеки [102]. Здоров'я нації як стратегічний національний інтерес сприяє підвищенню конкурентоздатності держави, її територіальній цілісності, збереженню конституційного устрою та суверенітету, перетворенню держави у глобального гравця [41]. Рівень охорони здоров'я населення є важливим показником соціально-економічного розвитку, становища суспільства та його добробуту [24]. Нерівність у здоров'ї населення між державами є наслідком умов, у яких люди народилися, вирости, живуть,

працюють і старіють, а також нерівність у сфері владних повноважень, фінансів і ресурсів, що визначають ці умови у повсякденному житті [91].

Головні фактори економічного життя суттєво впливають на стан здоров'я населення [78], а саме: забруднення атмосферного повітря різними токсичними викидами (свинець, кадмій, ртуть), особливо в промислових районах; наявність величезної кількості алергенів, у т.ч. харчових і домашніх; неякісна питна вода, низький рівень санітарної культури; хімічна (нітрати, пестициди) і бактеріальна (збудники гепатиту, холери, сальмонельозу, дизентерії і т.д.) забрудненість харчових продуктів і води; вплив підвищеного рівня шуму від промислових підприємств, транспорту; вплив токсичних відходів промисловості; вплив іонізуючого опромінення (сонце, джерела штучного освітлення, «озонові дірки», електромагнітні поля природного та штучного походження); техногенні аварії й катастрофи, а також стихійні лиха, що призводять до травм і загибелі людей, психологічних перевантажень [86].

Чинники, що визначають здоров'я, мають різноплановий, міжгалузевий характер. Тому відповідальність за стан здоров'я населення, як і за життя будь-якого громадянина суспільства, несе держава, а також органи місцевого самоврядування [74]. Це також доводить, що здоров'я людини як комплексний феномен визначається стилем її життя та генетичною програмою передзadanості, середовищем перебування та якістю медичної допомоги [24].

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право [75] на охорону здоров'я – сукупність заходів політичного, економічного, правового, наукового, соціального, культурного, медичного, протиепідемічного 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 [11]; науково обґрунтована система лікувально-профілактичних та оздоровчих заходів, метою яких є зміцнення здоров'я людей, запобігання захворюванням, підвищення працездатності й продовження їх активної життєдіяльності [32].

В Україні функціонує багатоваріантна модель системи охорони здоров'я:

- приватну медицину (без повернення затрат пацієнту);
- приватну медицину з максимальним поверненням затрат пацієнту;
- державну медицину за рахунок бюджету;
- державну медицину з співфінансуванням пацієнта;
- змішану (бюджетно-страхову) медицину;
- страхову медицину із забезпеченням частини пільговиків за рахунок бюджету [101].

Природно, що охорона здоров'я як специфічна сфера національної економіки має свої особливості. Насамперед, це гуманітарна спрямованість медичної діяльності, яка передбачає верховенство медичних результатів над фінансовими – і в цьому сенсі сфера дії ринкових стосунків дійсно обмежена. Гуманізм, добросовісність, якість надання медичної допомоги повинні бути обов'язковими вимогами при будь-яких економічних стосунках. Отже, мова йде про необхідність чіткого розмежування сфер в самій охороні здоров'я, де на досягнення найкращих медичних показників повинні бути направлені економічні методи, і сфер, де цього необхідно добиватися адміністративними, суспільними й іншими заходами. Необхідність існування державного сектора визначається не морально-етичними, а економічними причинами. Що стосується соціальної значимості, то вона визначає високу значимість для суспільства, але знову ж не гуманітарну, моральну, а економічну. Соціально значимі види медичної допомоги – це економічно значимі. Сутність економічної вигоди від загальнодоступності певних видів медичної допомоги пов'язана з тим, що їх надання приносить вигоду не тільки конкретному індивіду, але й суспільству загалом за рахунок запобігання набагато більших втрат, які можуть бути нанесені при відсутності допомоги. Більш того, часто ця сфера дії суто ринкових відносин обмежується, виходячи із вимог не соціальної справедливості, а економічної доцільності. В певній ситуації ринкові закони ведуть до вищої витратності, ніж державна регульована система охорони здоров'я. Проте далеко не завжди критерії економічної ефективності можуть

служити визначаючим моментом в розвитку охорони здоров'я. Здебільшого приходится поступати наперекір економічному розрахунку, вигоді й прибутку. А тому необхідно визначити, які види медичних послуг можуть відносно безболісно включатися в сферу ринкових стосунків, а яким ринок в чистому вигляді протипоказаний. Не може бути в сучасній охороні здоров'я чисто ринкових стосунків і у зв'язку із присутністю в якості монополіста держави. При всьому бажанні певних заходів державного регулювання не уникнути [67].

Вченими класифіковано основні принципи охорони здоров'я населення: дотримання прав людини та громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних із цими правами державних гарантій; пріоритет профілактичних заходів у сфері охорони здоров'я громадян; доступність медико-соціальної допомоги; соціальна захищеність громадян у випадку втрати здоров'я; відповідальність органів державної влади та управління, підприємств, установ й організацій незалежно від форми власності, посадових осіб за забезпечення прав громадян у галузі охорони здоров'я [11]; попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я; визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства та держави; гуманістичну спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення; децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників сфери охорони здоров'я на правовій і договірній основі; рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичних й інших послуг у цій сфері; відповідність завданням і рівню соціально-економічного й культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна та фінансова забезпеченість; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я; багатоукладність економіки охорони здоров'я та багатоканальність її



фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією і заохоченням підприємництва та конкуренції [100].

Сфера охорони здоров'я, яка визначає потенціал генофонду нації та ресурсність її безпеки та є одним із стратегічних напрямів забезпечення життєдіяльності суспільства й розвитку держави, вимагає чіткої концептуальної та методологічної ідентифікації її структурних понять [24]. Завдання зміцнення системи охорони здоров'я та забезпечення розвитку міжсекторальної державної політики передбачають спільні дії систем охорони здоров'я та інших державних і недержавних секторів і самих громадян. Вони спрямовані на формування умов для здорового способу життя, що значною мірою впливає на стан здоров'я [17].

Глобальною стратегією ВООЗ визначено забезпечення здоров'я для всього населення світу медичною допомогою, на підставі чого вона наділена функціями: поширення інформації про епідеміологічну ситуацію, нагальні проблеми організації охорони здоров'я, санітарний стан; відновлення міжнародних санітарних правил, розробка міжнародної фармакопеї, міжнародної комендатури та класифікації хвороб, травм і причин смерті [105].

Суспільство та держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я та збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту та відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги й запровадження здорового способу життя [44]. Держава зобов'язана забезпечувати охорону здоров'я громадян незалежно від статі, расової приналежності, віку, національності, мови, захворювань, походження, фінансового становища й статусу, місця проживання, релігійного переконання, ідеологічних вподобань. Держава має, насамперед, забезпечити за державний кошт надання медичних послуг тим категоріям громадян, які потребують такої підтримки і без якої існує загроза їх життю [74]. Для забезпечення охорони здоров'я держава має виконувати ряд умов, що стосуються людини, середовища та регуляторів надання їй якісної медичної допомоги. До таких умов належить: забезпечення

людини доступом до різних засобів збереження здоров'я; сучасні системи освіти та виховання, які формують у людей певний рівень багатостороннього ставлення людини до життя та прагнення до його збереження; освоєння людиною відповідних регуляторів у формі норм права, релігійних і моральних цінностей, які слугуватимуть збереженню здоров'я; багатосторонність і соціальна компетентність, що формуються у процесі залучення людини до відповідної культури збереження здоров'я; гармонійне ставлення людини до природи та її вміння вибудовувати узгоджені толерантні відносини [81].

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 [39].

Принцип суспільної справедливості передбачає, що жодна особа, незалежно від рівня її доходу, не може виключатися із системи медичної допомоги. Якщо необхідно робити вибір, то робити його треба не на основі доходу, а на основі інших критеріїв, як, наприклад, вік чи ймовірність успішної операції тощо. Такий підхід розмежовує медичні послуги та споживання більшості інших товарів і послуг. Так само, як право голосу не може бути ринковим товаром, право на життя – доступ до медичних послуг – не може бути підконтрольним ринку. Не всі економісти-дослідники одностайні у тому, що медичні послуги слід розглядати окремо від інших товарів. Проте цього не слід робити: зв'язок між медичним обслуговуванням і тривалістю життя є досить слабким; соціально-економічні та поведінкові фактори ризику, зокрема такі, як куріння, зловживання спиртним, нераціональне харчування, недостатня фізична активність, психоемоційне перевантаження, відіграють таку саму, якщо не більшу роль у визначенні тривалості життя окремої людини та стану її здоров'я. Попри це, кожний член суспільства повинен мати право на певний гарантований рівень охорони здоров'я [67].

Сучасна держава має володіти універсальною системою гарантування якісної системи охорони здоров'я, яка б слугувала структурною умовою забезпечення її національної безпеки [92]. Більше за те, у сучасній державі існує п'ять об'єктивних причин, які зобов'язують її опікуватись здоров'ям людини та підвищенням показників її життя, як-от:

1) прагматична (потреба налагодити ефективність внутрішньої політики, яка можлива лише в умовах реалізації людино-центричних практик);

2) асиметрія субнаціональних акторів і відповідно їх статусів та інтересів, які нівелюють стратегічну роль здоров'я людини як національної цінності, увиразнюючи транснаціональні інтереси розвитку світу;

3) недосконалість конституційних систем, які блокують центристську політику забезпечення стабільної життєдіяльності людини;

4) незацікавленість субнаціональних акторів у реалізації національної політики забезпечення здоров'я нації, через що функціонування національної держави набуває формальних ознак, а її політика високого рівня декларативності;

5) адміністративна децентралізація управління, яка призводить до розмивання національних суверенітетів, де не має місця національним інтересам і де взагалі зникає поняття національної безпеки, оскільки це перетворюється на виклик для стабільного функціонування глобальної системи світу, яка взагалі не сприймає поділу на національне [99].

Кожна держава має спрямовувати свої зусилля на реалізацію багатовекторної зовнішньої політики й соціальної направленості національного курсу розвитку держави, в основі якого має бути цінність людського потенціалу та забезпечення тривалості його якісного існування [82]. Проте, зазвичай, стосовно сфери охорони здоров'я, держава 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 проєктів, 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 [24] вона має володіти здатністю формування функціональних систем, які забезпечать нагальні потреби належної життєдіяльності суспільства [42]. 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 [77]. Наскільки б потужно технологічною й функціональною не була політика держави у сфері охорони здоров'я, однак якщо переважна більшість громадян перебуває за межею бідності, то відповідно й можливість отримання якісних медичних послуг також є мінімальною [24]. Дефрагментарна роль держави в охороні здоров'я в умовах кризи полягає у створенні системи, яка б дозволила людям з певними знаннями й відповідним технологічно-інноваційним оснащенням знаходитись там, де потрібна допомога пацієнтам [70]. Тобто важливим функціональним призначенням держави є формування потужної ресурсної бази, що включає кадровий та інноваційно-технологічний потенціал у цій сфері. Особлива роль належить меритократичній складовій системи охорони здоров'я, яка б включала залучення фахівців високого рівня кваліфікації [24]. Існує постійний і тісний зв'язок між системою публічного управління, системою соціального захисту населення та системою охорони здоров'я. Більше того, у будь-якому суспільстві мають місце причинно-наслідковий зв'язок і взаємозалежність між державною політикою і соціальним розвитком, взаємообумовленість їх динаміки й структури. Так, фінансові вкладення в охорону здоров'я що є частиною відповідної державної політики, життєво важливі для економічного зростання країни [38].

Доволі тривалий час науковці обмежувались дослідженням особливостей лише державного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупності організаційно-правових норм і механізмів реалізації своїх повноважень

органами державного управління, спрямоване на збереження та зміцнення здоров'я населення, а також підтримку довголітнього активного життя. Отож, попри провідну роль держави у забезпеченні розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я, останнім часом цей процес нині є об'єктом публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупності організаційно-правових норм і механізмів управління органів державної влади та місцевого самоврядування, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, санітарно-гігієнічного характеру, які призначені в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримці довголітнього активного життя, та наданні медичної допомоги в разі втрати здоров'я [23].

Публічне управління у сфері охорони здоров'я має дві взаємопов'язані частини: 1) систему органів державної влади, місцевого самоврядування та інших державних органів, залучених до процесу реалізації політики охорони здоров'я, тобто інституційний механізм охорони здоров'я; 2) систему правових норм і принципів, які творять законодавство про охорону здоров'я, тобто правовий механізм охорони здоров'я населення [72].

Для публічного управління у сфері охорони здоров'я, питання, власне, здоров'я – значно більше, ніж просто біологічне чи медичне питання. Воно включає, як біологічне поняття статі, так і соціальну конструкцію гендерної проблематики, що актуалізується на всіх етапах і рівнях управління [17].

Забезпечення належного публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я потребує відповідних механізмів впливу у цій сфері.

## **1.2 Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я**

Передусім слід зазначити, що механізм державного управління – це система, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на

об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням задля досягнення поставлених цілей [23].

У контексті даного дослідження найбільш наближеними є такі поняття:

– Механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупність доступних способів, методів і засобів управління, використовуючи які органи публічного управління створюють сприятливі умови для збалансованого розвитку підприємств/закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу як запоруки доступу населення до якісних медичних послуг і збереження здоров'я нації [35].

– Комплексний механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я – сукупність механізмів впливу держави на діяльність продуцентів послуг сфери охорони здоров'я з метою надання якісних і доступних медичних послуг, та який сприяє підвищенню стійкості до впливів зовнішнього середовища та розвитку сфери охорони здоров'я [23].

– Комплексний механізм державного регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я – цілеспрямоване поєднання пріоритетних принципів, технологій, форм, методів державного регулювання інноваційних процесів та їхньої алгоритмізації [22].

– Механізм адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення включає сукупність форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава впливає на діяльність об'єктів і суб'єктів охорони здоров'я з метою створення оптимальних умов для функціонування системи надання медичної допомоги й охорони здоров'я та вирішення завдань зміцнення й охорони індивідуального і громадського здоров'я населення [12].

– Механізм фінансування системи охорони здоров'я – сукупність форм і методів формування, розподілу та використання фінансових ресурсів для забезпечення фінансування сфери охорони здоров'я [34].

Класифікація механізмів публічного управління включає їх поділ не лише за функціональним призначенням, а й за рівнями управління: вищого, регіонального та місцевого. Існує також поділ механізмів публічного

управління залежно від суб'єктів управління, які їх застосовують. Відповідно до цього механізми публічного управління можуть бути такі, що використовуються Президентом України, органами законодавчої, виконавчої та судової влади, а також органами місцевого самоврядування [67].

Класифікації механізмів державного регулювання: за ступенем централізації (переважно централізовані чи децентралізовані); за характером впливу державного та суспільного регулювання забезпечення населення ліками (жорсткого та ліберального характеру) [4].

В. Григоровичем розглянуто такі механізми публічного управління, що справляють найбільший вплив на сферу охорони здоров'я в умовах її перебудови відповідно до специфічних потреб і за обмежених ресурсів: організація системи охорони здоров'я, її фінансування, розміщення фінансових ресурсів, а саме його контрактний механізм, методи оплати виробників медичних послуг, регулювання діяльності з метою оптимального поєднання державного впливу та ринкових механізмів [12].

Вітчизняними вченими опрацьовані такі механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я:

1. Політичний, що визначається вищими органами державної влади як стратегічний напрям модернізаційного розвитку первинної медичної допомоги на засадах родинної медицини.

2. Мотиваційний, яким визначаються і реалізуються зовнішні та внутрішні спонукальні мотиви фахівців родинної медицини щодо якісної та ефективної професійної діяльності, а також кожної людини до формування, збереження і зміцнення власного здоров'я, здоров'я родини та громадського здоров'я.

3. Економічний механізм державного управління у КНП ПМСД, які працюють на засадах родинної медицини передбачає систему економічних впливів на постійне підвищення якості медичної допомоги та її ефективності.

4. Правовий механізм державного управління у сфері ПМСД визначає права й обов'язки кожного медичного працівника щодо охорони здоров'я

громадян, а також кожного громадянина щодо формування, збереження і зміцнення свого власного здоров'я та здоров'я територіальної громади.

5. Організаційний, який визначає організаційно-структурну будову і функціональне навантаження всіх закладів і фахівців родинної медицини зі залученням до реалізації найскладніших завдань органів державної влади загальнодержавного, регіонального і комунального рівнів [31; 47]. Включає заходи, що стимулюють конкуренцію, децентралізацію управління та прямий контроль постачальників, які здійснюють надання медичних послуг через систему охорони здоров'я, а також визначення пріоритетів для програмно-цільового фінансування та запровадження нових організаційних форм підвищення ефективності діяльності цієї сфери. Під зворотним зв'язком слід розуміти вплив результатів постійного соціологічного моніторингу громадської та експертної думки на якість прийнятих управлінських рішень у цій сфері [12].

Механізми публічного управління багатоканальним фінансуванням сфери охорони здоров'я:

- політичні (політична ідеологія; програми політичних партій; міжнародний досвід);
- правові (законодавство; правові акти; контроль);
- організаційні (структура; функція; управління);
- економічні (модель (ринок); розміщення фінансів; форми та методи оплати);
- соціальні (суспільний інтерес; соціально-економічні аспекти; соціальний маркетинг);
- медичні (програмно-цільові; науково-методичні; медичної статистики);
- мотиваційні (власне здоров'я; забезпечення умов праці медиків; вплив на мотивацію);
- термінологічні (понятійний апарат; розвиток державної мови) [64].

Проведені узагальнення напрацювань провідних науковців дозволило виявити такі механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я за способом впливу: адміністративні [4; 12], економічні [22; 31; 47; 48;



64], інституційні [69], інформаційні [12], організаційні [6; 12; 31; 47; 48; 64; 65; 76], політичні [22; 23; 31; 47; 48; 64], правові [4; 6; 12; 22; 23; 29; 31; 43; 47; 48; 64; 72; 76], соціальні [22; 64], фінансові [1; 23; 34; 12; 65]; інноваційно-логістичні, інформаційно-довідкові, ресурсно-кадровий [23], адміністративно-правові, економіко-організаційно-правові [12], фінансово-економічні [2; 33; 69]; організаційно-економічні [1; 12; 23; 28], організаційно-правові [68; 69], соціально-економічні [4], конкретні [47], комплексні [4; 12; 13; 22; 73], мотиваційні [23; 31; 47; 64], медичні, термінологічні [64].

Склад механізму публічного управління окремою сферою суспільного розвитку змінюватиметься залежно від її особливостей, а саме залежно від того, які саме проблеми і як розв'язуються із застосуванням конкретного механізму публічного управління, цей механізм може бути складним (комплексним) і включати в себе кілька самостійних механізмів.

Головною функцією державного регулювання охорони здоров'я виступає створення правової основи для комплексних засобів правового характеру, з огляду на створення правової основи економічних відносин в перебіг процесу реформування всієї галузі. При цьому важливим моментом, який необхідно брати до уваги, виступає існуюча надмірність функцій держави в забезпеченні безкоштовної медичної допомоги, дозволяючи тим самим налагоджувати стійку систему забезпечення права людини на здоров'я.

Основною метою публічного управління сферою охорони здоров'я є забезпечення дієвого інституційного середовища для успішної діяльності підприємств державного та недержавного секторів охорони здоров'я [23]; зміцнення здоров'я населення та профілактику захворювань, разом з наданням висококваліфікованої медичної допомоги й поліпшення якості життя населення [14]. Означена мета конкретизується через призму специфіки (запитів і можливостей) стейкхолдерів:

– органи публічного управління – підвищення рівня громадського здоров'я як запорука розвитку національної економіки та покращання соціально-економічної ситуації в країні;

- медичні заклади та їхній персонал – забезпечення економічної безпеки підприємств сфери охорони здоров'я, покращання умов праці та її оплати його персоналу;

- пацієнти та їхні родичі – підвищення доступності якісних медичних послуг;

- постачальники необхідних ресурсів – взаємовигідна співпраця з бізнес-партнерами тощо.

Цілями публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є:

- соціальні – зміцнення здоров'я нації, створення умов для розширеного відтворення населення завдяки ефективному задоволенню суспільних потреб у сфері охорони здоров'я;

- економічні – утвердження конкурентних позицій національної економіки в системі світогосподарських зв'язків в умовах глобалізації [3].

Основні завдання публічного управління у цій сфері:

- координацію діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, й інших інституцій на розв'язання найважливіших проблем цієї сфери;

- реалізація державної політики на пріоритетних напрямках розвитку відповідної сфери;

- концентрація матеріально-технічних, фінансових й інших ресурсів, виробничого та науково-технічного потенціалу [16];

- забезпечення стабільності суспільного розвитку держава повинна володіти окремою соціальною системою інститутів охорони здоров'я, й забезпечують публічне управління за такими параметрами: кадрова політика; профілактика; лікування; ресурсне забезпечення; адміністрування

- запровадження ефективних і дійових інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення;

- профілактика здоров'я громадян, яка спрямована на забезпечення динамічного балансу організму людини з оточуючим середовищем, оскільки кожна хвороба руйнує такий баланс, то основним обов'язком держави є його збереження;

- стимулювання розвитку знань про здоров'я громадян і його охорону;
- формування розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами [24];
- законодавче гарантування рівних умов для діяльності всіх медичних організацій та підприємств, що надають послуги в сфері охорони здоров'я;
- зважений вплив на розвиток підприємств сфери охорони здоров'я усіх форм власності;
- контроль за наданням медичних послуг високого рівня при вирішенні соціальних проблем, які пов'язані зі здоров'ям [23];
- забезпечення керованості, профілактичної спрямованості, доказовості та стандартизації профілактичної, діагностичної, лікувальної та реабілітаційної медичної допомоги з боку сімейних лікарів на основі контракту зі замовниками ПМСД;
- використання всіх засобів мотивації щодо підвищення якості ПМСД шляхом оплати професійної праці сімейних лікарів за кількість та якість виконаної лікувально-профілактичної роботи;
- максимальне наближення закладів ПМСД і фахівців РМ до населення і поліпшення реальної доступності всім верствам населення до родинного лікаря;
- суттєве підвищення впливу фахівців РМ на стан громадського здоров'я методами формування здорового способу життя різних вікових груп;
- підвищення ефективності використання кадрових і матеріальних ресурсів первинної медичної допомоги, які надходять з різних джерел;
- залучення окремих громадян, їх родин, громадських організацій до вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я;
- використання приватного капіталу й створення інвестиційних проектів у галузі ПМСД на засадах родинної медицини;
- участь в управлінні наданням ПМСД на засадах РМ громадськості та підвищення задоволеності населення якістю медичної допомоги;
- підготовка висококваліфікованих фахівців родинної медицини на додипломному і післядипломному етапах з відповідним професійним відбором

й реальний безперервний професійний розвиток лікарів і медичних сестер загальної практики-сімейної медицини протягом всього періоду роботи у сфері сімейної медицини;

– захист інтересів пацієнта у процесі взаємодії з системою охорони здоров'я та інтересів фахівців родинної медицини на випадок професійного ризику;

– правове забезпечення модернізаційної діяльності фахівців родинної медицини на активне залучення до формування, збереження та зміцнення індивідуального й громадського здоров'я окремих осіб і територіальних громад, тобто створення системи громадської охорони здоров'я у процесі розвитку громадянського суспільства [13];

– оптимізація системи надання медичної допомоги, що забезпечить доступність якісних стандартизованих медичних послуг [21].

Принципами публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є:

– гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

– визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна й фінансова забезпеченість;

– дотримання прав і свобод людини та громадянина в сфері охорони здоров'я й забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

– багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва й конкуренції;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у цій сфері;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [16].

Методи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупність способів, прийомів, інструментів, за допомогою яких держава виконує свої регулюючі функції і досягає поставлених цілей:

1. Адміністративні методи засновані на силі державної влади і включають себе заходи зобов'язань, дозволу та заборони. Вони обмежують свободу економічного вибору продуцента послуг охорони здоров'я [23].

2. Економічні методи спираються на матеріальні інтереси, наявні у людей, організацій, фізичних та юридичних осіб, а також у держави, і обумовленість дій суб'єктів цими інтересами [66]; надають можливість створювати умови, що передбачають стимулювання суб'єктів ринку діяти в необхідному для суспільства напрямку, вирішуючи ряд завдань [18].

3. Організаційно-правові методи є засобом і складовою механізму регуляторного впливу держави [93].

4. Соціально-психологічні методи регулювання сфери охорони здоров'я є непрямими методи впливу: соціальна реклама, заборона на куріння та вживання алкогольних напоїв в громадських місцях, вікове обмеження на продаж алкоголю й сигарет, інформаційні медичні сайти [23].

В. Пашков акцентує увагу на адміністративних методах державного регулювання діяльності в сфері охорони здоров'я [45], тим самим фактично нівелює значущість інших (економічних, правових, організаційних, соціально-психологічних) методів публічного управління [93]. Проте слід зосередитись на ретельнішому виявленні особливостей економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я.

## РОЗДІЛ 2

### ОСОБЛИВОСТІ ЕКОНОМІКО-ПРАВОВИХ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **2.1 Економічні механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я**

Економічний механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я передбачає застосування багатоканального фінансування медичної допомоги; створення прозорих умов надходження й використання коштів із державного та місцевого бюджетів, страхових компаній, населення; визначення напрямів розширення джерел фінансування системи охорони здоров'я регіону залежно від рівня її розвитку [33], й включає в себе всі процеси та структури, що мобілізують грошові ресурси, якими оплачуються різні види діяльності галузі. До них належать загальні та адресні податки, страхові внески і пряма оплата пацієнта, а також інституції, що збирають кошти (страхові компанії, фонди соціального страхування) та розподіляють ресурси за різними пріоритетами щодо охорони громадського здоров'я й медичної допомоги [65].

Механізм фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я може бути структурований з позиції трьох підходів. За допомогою рівневого підходу механізм фінансування КНП структурується за рівнем фінансування медичних установ у рамках бюджетної системи. За допомогою функціонального підходу в механізмі фінансування КНП виділяються такі функціональні блоки: організаційний, методичний, нормативно-правовий, інформаційний [34].

Основні компоненти економічного механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я:

- професійну компетентність працівників, їх орієнтацію на пацієнтів;
- доступність, безперервність, безпечність послуг, результативність;

- профілактичну спрямованість послуг;
- мотивацію медичних працівників;
- науково-технічний рівень медичного обслуговування, зручність послуг;
- акредитація та ліцензування медичних закладів;
- стандартизація надання медичної допомоги [28].

Принципи фінансування розвитку сфери охорони здоров'я:

- визначення й подальший розвиток позабюджетних джерел фінансування діяльності КНП;
  - наявність і функціонування прозорої системи фінансових потоків між державою, регіонами з фінансування сфери охорони здоров'я комунальної форми власності;
    - забезпечення медичних установ охорони здоров'я всіх типів фінансовими ресурсами в повному обсязі;
    - фінансування обов'язкового медичного страхування непрацюючого населення за рахунок коштів державного бюджету;
    - забезпечення на регіональному рівні фінансового контролю над фінансовими потоками системи охорони здоров'я;
    - законодавче розмежування джерел фінансування кожного виду медичної діяльності медичних установ;
    - забезпечення фінансової зацікавленості підприємств та організацій у розвитку сфери охорони здоров'я;
    - зміцнення й розвиток амбулаторно-поліклінічної ланки, служби лікаря загальної практики, що дає змогу розширити доступність, комплексність і прийнятну вартість медичної допомоги;
    - забезпечення законодавчо закріплених прав та обов'язків виробника й споживача медичних послуг у межах бюджетно-страхової моделі фінансування;
    - відповідальність органів влади й управління за своєчасне та повне фінансування охорони здоров'я.

Інституційний підхід передбачає структурування механізму фінансування системи охорони здоров'я комунальної форми власності за основними видами

його елементів: суб'єкти організації й управління фінансовим забезпеченням; інформаційне забезпечення; нормативно-правове забезпечення; форми та методи фінансування. Дослідження й аналіз механізму фінансування охорони здоров'я в цьому аспекті дасть змогу оцінити його ефективність з позиції управління й нормативно-правового забезпечення [34].

Через відповідні інститути (у формі співплатежів, платних послуг, добровільного й обов'язкового медичного страхування) намагається перекласти затрати на плечі платників податків, найманих працівників і працедавців з тим, аби вони усвідомили реальну ціну охорони їх здоров'я та здобули стимул до більш раціонального використання послуг лікувальних закладів і до ведення здорового способу життя [40]. Такий підхід свідчить про сферу здоров'я, яка належить до преференцій держави, котра має володіти потужною системою його захисту. Інакше, коли його забезпечення перебуває у сфері преференцій суспільства, громадяни більш «чутливі» до питань захисту здоров'я, а відтак і більше ідентифікують його як стратегічну цінність, відповідно до якої формуються національні інтереси держави [24].

Сукупність методів фінансування КНП визначається поточним станом сфери охорони здоров'я, купівельною спроможністю населення, недостатнім розвитком системи медичного страхування, соціально-демографічними характеристиками і включає: бюджетне фінансування; страхове фінансування; добровільне фінансування; банківське фінансування; самофінансування [34]. Завдання органів публічного управління полягають в тому, щоб зробити медичні послуги доступними для усіх верств населення, що можливо через механізм їх співфінансування. Подібно попередньому варіанту усі послуги, які можуть надаватися закладом розподіляються на базові, які власне підлягають співфінансуванню, та інші послуги, які є платними і надаються за бажанням і фінансовою можливістю споживачів послуг. Механізм співфінансування медичних послуг базується на індивідуальному підході й залежить від певних чинників, до прикладу, від доходу сім'ї. Фінансово спроможні сім'ї повинні покривати вартість послуги у повному обсязі. Умовою такого виду партнерства



є надання послуг для саодиноких осіб, частка яких становить орієнтовно не менше як 10 % від загальної кількості тих, яким надають послуги, але надання їхніх послуг співфінансується державою. Такий підхід може бути використаний для розвитку центрів денного догляду для осіб, які потребують нагляду, чи закладів для тривалого перебування осіб, що потребують догляду [71].

Окремо за рахунок держбюджету (розпорядник – МОЗ) фінансуються медичне обслуговування певних категорій осіб, а також цільові програми в сфері охорони здоров'я: надання ПМСД; субвенція з держбюджету місцевим бюджетам (реконструкція й розширення Національного інституту раку; реімбурсацію; придбання ангиографічного обладнання, а також витратних матеріалів для підприємств охорони здоров'я та лікарських засобів для інгаляційної анестезії тощо) [60]. Оплата за фактично наданий пацієнтам обсяг медичної допомоги становить основу нової моделі фінансування сфери охорони здоров'я. Перехід від фінансування постатейних кошторисів державних і комунальних підприємств охорони здоров'я до оплати результатів діяльності цих закладів сприятиме, як очікується, розвитку кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я через посилення конкуренції, розвитку інфраструктури цих закладів, що зрештою сприятиме покращанню якості медичного обслуговування населення. Перелік та обсяг медичних послуг, у т.ч. виробів медичного призначення та лікарські засоби, визначає Програмою державних медичних гарантій. Формування цього тарифу за оплату надання ПМСД складається зі ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, зокрема й лабораторних досліджень.

Обсяг коштів держбюджету на реалізацію програми медичних гарантій кожного року визначається в однойменному Законі України у розмірі не менше 5 % від ВВП України. Окрім того, видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету [51].

За даними МОН, за кошти держбюджету здійснюються державні закупівлі лікарських засобів і медичних виробів із залученням спеціалізованих організацій (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Інформація про державні закупівлі лікарських засобів і медичних виробів з залученням спеціалізованих організацій з держбюджету [37]

Напрямок	2018 р.		2019 р.		2020 р.	
	€ млн	% від плану	€ млн	% від плану	€ млн	% від плану
Антиретровірусна терапія	321,3	94	305,7	109	301,1	20
Дитяча гемофілія	253,1	96	484,7	219	533,4	101
Доросла гемофілія	417,9	123	463,7	175	877,0	103
Дитяча онкологія	502,2	100	568,8	121	674,5	82
Доросла онкологія	1619,5	160	1628,7	129	1562,0	109
Розсіяний склероз	76,5	117	120,0	157	305,0	105
Серцево-судинні захворювання	442,6	103	659,8	122	1296,1	86
Донорство крові	165,0	100	159,2	122	299,0	88
Орфанні захворювання	28,9	99	22,4	111	790,9	25
Туберкульоз	444,4	123	234,8	108	417,5	100
Трансплантація	89,2	100	106,4	97	141,6	92
Загалом	5916,7	101	6834,3	175	9372,5	95

Аналіз наявної динаміки (табл. 2.1) дозволяє стверджувати про таке: на 58,4 % зросла загальна сума бюджетного фінансування державних закупівель лікарських засобів і медичних виробів; лише у 2020 р. мало місце незначне недовиконання загального плану витрат, що негативно позначилось на доступності якісних медичних послуг; найбільше «постраждало» фінансування у 2020 р. лікування ідіопатичної сімейної дистонії (0 %), скринінг (2 %), дитячий муковісцидоз (10 %), антиретровірусна терапія (20 %); летальність (у 2019 р. – 6 %, у 2018 р. – 0 %). До того ж, у 2019 р. для боротьби з COVID-19 було витрачено € 312,2 млн на придбання медичних виробів, і € 62,5 млн на організаційно-технологічні заходи.

Одним з важливих для сьогодення економічних механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я є реімбурсація – цілковите/часткове відшкодування за рахунок коштів цільової субвенції з держбюджету місцевим бюджетам вартості лікарських засобів під час амбулаторного лікування осіб [53] (зокрема, пацієнтам з хронічними захворюваннями) – є частиною урядової програми «Доступні ліки» [51], яка з 01.04.2017 р. збільшує можливість медикаментозного забезпечення пацієнтів

первинної допомоги [53]. Для упорядкування цього процесу та мінімізації корупційної його складової було встановлено (2017, 2018, 2020 рр.) референтні ціни (цін відшкодування) на препарати інсуліну [36]. Лікарські засоби відпускають за рецептами, виписаними підприємствами охорони здоров'я незалежно від форми власності та фізичними особами-підприємцями, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, за місцем надання медичної допомоги пацієнтові [53]. Реімбурсація становить дієвий механізм, що позитивно впливає на якість надання медичної допомоги, зокрема пацієнтам з хронічними захворюваннями. Рецепти на лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню, за переліком міжнародних непатентованих назв лікарських засобів виписуються на рецептурних бланках форми № 1 з зазначенням міжнародних непатентованих назв лікарських засобів, дозування та форми випуску, кількості одиниць для лікування. Тому це збільшує кількість звернень пацієнтів до сімейного лікаря, зменшує випадки невідповідального самолікування, сприяє прихильності до лікування і в такий спосіб загалом позитивно впливає на стан здоров'я і тривалість життя населення. Перелік препаратів для відшкодування їхньої ціни поширюється на три нозології (серцево-судинні захворювання, цукровий діабет II типу та бронхіальну астму), а також ті лікарські засоби, що використовують під час трансплантації у доопераційний та післяопераційний періоди [71].

Але декларації та реалії в умовах України – це не завжди одне й теж. Так, зокрема, в рамках Програми медичних гарантій Держбюджетом України на 2020 р. на лікування цукрового та нецукрового діабету передбачено € 1,2 млрд, але реальна потреба складає щонайменше € 1,8 млрд. [37]. Недофінансування фактично унеможлиблює дотримання одного з важливих принципів реімбурсації – гарантування дотримання рівних прав пацієнтів на доступність медикаментів, оскільки препарати, які передбачають реімбурсацію, можуть фізично зникнути з аптек. Задля убезпечення пацієнтів від необхідності власним коштом «компенсувати» наявний дефіцит, і відповідно до затверджених територіальних (обласних, районних, міських) програм

«Цукровий діабет», органи місцевого самоврядування виділяють значні власні кошти та залучають їх з інших джерел, не заборонених чинним законодавством, й спрямовують ці ресурси на задоволення потреб таких пацієнтів [36]. При цьому сова йде не лише про забезпечення життєво необхідними препаратами хворих на цукровий діабет, а й організацію своєчасного виявлення цукрового діабету серед населення міста, забезпечення дітей, хворих на цукровий діабет, голками до шприц-ручок, тест-картриджами для визначення глікозильованого гемоглобіну, витратними матеріалами до глюкометрів та інсулінових помп [58].

Бюджетне фінансування використовується всіма країнами світу і є найпоширенішим поряд з іншими джерелами фінансування. Страхові платежі і приватні кошти, у свою чергу, хоч і є цільовими й забезпечують гарантоване спрямування коштів на охорону здоров'я, водночас, пов'язані з рівнем розвитку держави, платоспроможністю фізичних і юридичних осіб тощо. Залежно від соціально-економічної політики та з урахуванням своїх конституційних функцій, кожна держава формує власну модель фінансового забезпечення охорони здоров'я, які використовує такі джерела фінансування:

- кошти державного та місцевих бюджетів;
- власні кошти юридичних і фізичних осіб, що надходять у вигляді плати за надані послуги, благодійних внесків;
- внески на обов'язкове й добровільне медичне страхування тощо [15].

Обсяг фінансування за Державним і місцевими бюджетами на утримання лікарень визначається за економічними нормами та нормативами, виходячи з чисельності розгорнутих ліжок за профілем захворювань (терапевтичних, хірургічних, онкології, гінекології). По міських і районних бюджетах фінансування здійснюється фінансовими відділами виконкомів органів місцевого самоврядування шляхом перерахування коштів з рахунків відповідних бюджетів на поточні рахунки головних розпорядників бюджетних коштів у тих визначених законодавством установах комерційних банків, в яких відкриті бюджетні рахунки підприємств, що одержують фінансування [9].

Рішенням Уряду з 01.04.2017 р. запроваджено державне регулювання цін на лікарські засоби, що закупаються, і/чи вартість яких відшкодовується за бюджетні кошти, через встановлення МОЗ граничних гуртово-відпускних цін. Окрім того, визначено перелік країн, дані про ціни на лікарські засоби в котрих використовуються для встановлення референтних цін [50].

Додаткова дотація на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я спрямовується на видатки закладів охорони здоров'я, оплату комунальних послуг та енергоносіїв. У Законі про Державний бюджет України затверджуються обсяги додаткової дотації на здійснення видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я переданих з державного бюджету для обласних бюджетів. Додаткову дотацію на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів освіти та охорони здоров'я розподіляють між обласними бюджетами з урахуванням кількості населення й надходження доходів місцевих бюджетів області, приведеного індексу відносної податкоспроможності зведеного бюджету області. Додаткова дотація на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів охорони здоров'я розподіляється між місцевими бюджетами у порядку, визначеному обласними державними адміністраціями, та затверджується рішенням про обласний бюджет [61].

Постановою Уряду від 06.12.2017 р. області отримують найзначніші субвенції для здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Однак це не є медичною субвенцією і не витрачається на оплату медичних послуг, а лише – видатки на інфраструктуру. На такі кошти передбачено та будівництво закладів охорони здоров'я первинного рівня та їх оснащення, і придбання транспорту для сімейних лікарів. Субвенція спрямована тільки на розширення мережі медичних закладів, матеріальне забезпечення та закупівлю обладнання [71]. Медична субвенція спрямовується на видатки місцевих бюджетів, для оплати поточних видатків, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв. У Законі про Державний бюджет України затверджуються обсяги медичної субвенції окремо

для бюджету обласних бюджетів і районних бюджетів, міських бюджетів і бюджетів ОТГ. Медична субвенція розподіляється між відповідними бюджетами на основі формули, яка розробляється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, і затверджується Кабінетом Міністрів України. Вона має враховувати, зокрема, такі параметри: кількість населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці; коригуючі коефіцієнти, що враховують відмінності у вартості надання медичної допомоги; особливості надання медичної допомоги у гірських населених пунктах. Кабінет Міністрів України розподіляє резерв медичної субвенції та може визначати напрями використання таких коштів. Залишки коштів за медичною субвенцією наприкінці бюджетного періоду зберігаються на рахунках відповідних місцевих бюджетів і можуть використовуватися у наступному бюджетному періоді з урахуванням цільового призначення субвенції та на оновлення матеріально-технічної бази КНП [8].

У Бюджетному кодексі України визначено видатки на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, бюджетів ОТГ, як-от: амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги – лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки й амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, дільничні лікарні; ПМСД – медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські й фельдшерські пункти, центри ПМСД та інші КНП, які надають ПМСД; програм медико-санітарної освіти – міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти; інших державних програм медичної та санітарної допомоги – територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, центри медичної статистики, інші програми та заходи. Оплати комунальних послуг та енергоносіїв КНП, що надають первинну медичну допомогу, місцевих програм розвитку та підтримку КНП, які надають ПМСД, і місцевих програм надання населенню медичних послуг з ПМСД; співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках Програми державних гарантій

медобслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв КНП, які належать відповідним ОТГ або є об'єктами права спільної власності ОТГ сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад; місцевих програм розвитку та підтримки КНП, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад, і місцевих програм надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений Програмою державних гарантій медобслуговування населення; місцевих програм громадського здоров'я [8].

Видатки, що здійснюються з обласних бюджетів на охорону здоров'я, спрямовані на:

- консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, в т.ч. стоматологічні, центри, диспансери, шпиталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові);

- санаторно-курортну допомогу (санаторії – для хворих на туберкульоз; для дітей та підлітків; медичної реабілітації);

- інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, бази спецмедпостачання, центри здоров'я й заходи санітарної освіти, регіональні заходи з реалізації державних програм тощо);

- співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв КНП, які є об'єктами права спільної власності ОТГ сіл, селищ, міст, що належать до управління обласних рад;

- регіональні програми громадського здоров'я;

– регіональні програми розвитку та підтримки КНП, які є об'єктами права спільної власності ОТГ сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медобслуговування населення.

Державний бюджет України може передбачатися трансферти місцевим бюджетам – додаткову дотацію на здійснення переданих з державного бюджету видатків з утримання закладів охорони здоров'я [8].

Таким чином, наразі сформовано відповідні економічні механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я, ймовірні результати використання яких залежать не лише від того, чи є вони досконалыми, а й від того, як уповноважені інституції виконують покладені на них функції.

## **2.2 Правові механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я**

Однією з найважливіших складових публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я, є законодавство, яке дозволяє вимагати від суб'єктів суспільних відносин, виконання поставлених перед ними завдань. Правова основа публічного управління полягає в здійсненні функції управління за допомогою прямих і непрямих методів, функції контролю, а також застосування адміністративно-господарських санкцій [23].

У межах систематизації нормативно-правового забезпечення охорони здоров'я як структурної складової національної безпеки України і базуючись на вітчизняних та європейських традиціях правотворення, вченими запропоновано розділити його за відповідними критеріями, аби у такий спосіб чітко простежити відповідність чи невідповідність вітчизняного законодавства світовим стандартам функціонування та оптимізації сфери охорони здоров'я. Так, зокрема, вченими виокремлено такі основні напрями, які потребують законодавчого забезпечення:



1. Надання медичної допомоги населенню, що міститься в Законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), «Про донорство крові та її компонентів» (1995 р.), «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (1999 р.), «Про психіатричну допомогу», «Про імплантацію електрокардіостимуляторів» (2000 р.), «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз (2001 р.), «Про заборону репродуктивного клонування» (2004 р.) тощо.

2. Правовий статус пацієнтів врегульований Законами України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.) і «Про захист прав споживачів» (2005 р.), метою яких була систематизація й розширення, порівняно з діючим законодавством, прав пацієнтів, а також закріплення юридичних гарантій їх забезпечення шляхом розширення переліку прав пацієнтів, базуючись на міжнародно-правових стандартах у цій сфері.

3. Правовий статус медичних і фармацевтичних працівників частково врегульований в «Основах законодавства України про охорону здоров'я», в Законах України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про психіатричну допомогу», «Про правовий статус і гарантії діяльності медичних і фармацевтичних працівників в Україні», а також у «Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України на 2011–2020 роки».

4. Фінансування охорони здоров'я регулюється Законами України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), «Про страхування» (1996 р.), «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (1998 р.).

5. Оздоровчо-профілактична діяльність регулюється Законами України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1991 р.), «Про фізичну культуру і спорт» (1993 р.), «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів», «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв і тютюнових

виробів» (1995 р.), «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про курорти» (2000 р.), «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (2001 р.).

6. Забезпечення безпечних умов життєдіяльності врегульоване Законами України «Про охорону навколишнього природного середовища» (1991 р.), «Про охорону атмосферного повітря» (1992 р.), «Про якість і безпеку харчових продуктів і продовольчої сировини» (1997 р.), «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» (1998 р.), «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (2002 р.) тощо.

7. Забезпечення охорони здоров'я обумовлені в Законі України «Про лікарські засоби» (1996 р.), що регулює правовідносини, пов'язані зі створенням, реєстрацією, виробництвом, контролем якості та реалізацією лікарських засобів, визначає права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян, а також повноваження у цій сфері органів державної виконавчої влади і посадових осіб; у законах України «Про судову експертизу» та «Про рекламу», де визначено порядок реклами лікарських засобів, виробів медичного призначення, методів профілактики, діагностики та лікування, а також реклами тютюнових виробів та алкогольних напоїв [25].

Відповідно до Конституції ВООЗ мати найвищий досяжний рівень здоров'я є одним з основних прав кожної людини, незалежно від раси, статі, віку, соціального статусу та здатності платити. Саме тому для кожної національної системи охорони здоров'я, здатної гарантувати високі показники захисту національної безпеки держави, стратегічними мають стати принципи справедливості, стабільності, якості, прозорості, підзвітності, право на участь у прийнятті рішень і збереження гідності. З огляду на це Конституція ВООЗ визначає основні стратегічні пріоритети охорони здоров'я, які є ідентичними для практики функціонування кожної національної системи охорони здоров'я як структурної складової гарантування національних інтересів і захисту національної безпеки держави. У ній підкреслюються основні стратегічні пріоритети національних систем охорони здоров'я, які й визначають завдання та параметри результативності їх функціонування:

- акцент на здоров'ї і благополуччі як барометрах розвитку;
- прийняття всеосяжного підходу до цілого спектру детермінант здоров'я;
- вирішення пріоритетних проблем громадської охорони здоров'я в регіоні, а також використання реалістичних рішень;
- прийняття нових і перспективних підходів, які передбачають спільне лідерство з метою об'єднання безлічі партнерів і мобілізації широкої політичної та культурної підтримки для розвитку охорони здоров'я, щоб прийняті рішення були спільними;
- виявлення й реагування на передумови змін;
- пошук шляхів обґрунтування необхідності інвестувати у здоров'я, включаючи дані, що свідчать про відповідні вигоди, та ефективні підходи з урахуванням інтересів здоров'я у всіх стратегіях;
- виявлення способів забезпечити розширення прав і можливостей громадян і пацієнтів для поліпшення здоров'я, діяльності систем охорони здоров'я й підвищення рівня задоволеності пацієнтів послугами охорони здоров'я;
- застосування ефективних і продуктивних шляхів використання нових мереж співпраці, партнерства, комунікацій і технологічних можливостей;
- застосування єдиного для всього Європейського регіону ВООЗ механізму формування, підтримки та збереження єдності й послідовності інформаційного обміну в рамках спільноти фахівців сфери охорони здоров'я;
- виявлення прогалин у знаннях і визначення пріоритетних напрямів дослідження, а також надання постійної комунікаційної платформи для обміну практичним досвідом між політиками й захисниками інтересів здоров'я всього регіону [20].

Згідно з положеннями Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права державна політика України у сфері забезпечення громадського здоров'я має бути спрямована на реалізацію відповідних критеріїв, серед яких:

- наявність медичних послуг у кількості, що задовольняє попит (з урахуванням рівня економічного розвитку країни);

– доступність медичних послуг, у т.ч. завдяки запобіганню дискримінації, створенню можливостей для фізичного та географічного доступу цих послуг, урахуванню потреб особливих груп (діти, літні люди), забезпеченню доступу до інформації щодо існуючих методів лікування;

– прийнятність медичних послуг з етичної точки зору (згода, конфіденційність), з повагою до потреб окремих осіб, меншин і спільнот, уразливих верств населення;

– якість медичних послуг, які обґрунтовані з наукової медичної точки зору.

Ці критерії доволі чітко характеризують функціональне зобов'язання держави щодо недопущення погіршення стану національної системи охорони здоров'я шляхом: доступу до лікувальних установ, медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для уразливих або соціально відчужених груп; забезпечення основними медикаментами, які час від часу визначаються в Програмі дій ВООЗ стосовно основних лікарських засобів; справедливого розподілу усіх медичних товарів і послуг; ухвалення та реалізації національної стратегії в сфері охорони здоров'я, що має бути створена на основі епідеміологічних даних і в якій особливу увагу буде приділено уразливим/маргінальним групам населення [83].

Конституцією України визнано людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю і первинною та вихідною передумовою життєдіяльності кожної людини. З-поміж інших прав, передбачених Основним Законом, можна виокремити право людини на медичну допомогу як таке, що гарантує її фізичне існування та є умовою збереження й зміцнення здоров'я українського народу [27].

Закон України «Основи Законодавства України про охорону здоров'я»: Держава гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я шляхом подання гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється КМУ. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями в розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим

потребам, але не менше 10 % національного доходу. Кошти держбюджету, використовуються для забезпечення населенню гарантованого рівня ПМСД, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та фундаментальних наукових досліджень з цих питань. Обсяги бюджетного фінансування визначаються на підставі науково обґрунтованих нормативів з розрахунку на одного жителя. Забезпечується реалізація державних цільових програм пріоритетного розвитку медичної, біологічної та фармацевтичної промисловості, заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво в галузі матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я, створюється система відповідних податкових, цінових, митних й інших пільг [44].

Законом України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» урегульовано питання щодо основних завдань і порядку здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, функціонування державної СЕС, основним завданням якої є забезпечення профілактики захворювань людей шляхом попередження, виявлення і припинення порушень санітарного законодавства України [52].

Законом України «Про захист прав споживачів» визначено, що держава має конституційно забезпечити рівні можливості для реалізації прав людини, захищаючи її права як споживача, сприяти забезпеченню рівня споживання населення, достатнього для підтримки здоров'я і життєздатності, гарантування безпеки продукції, захисту від несумлінного продавця, виконавця робіт, послуг тощо [56].

Концепція розвитку охорони здоров'я населення України чітко визначено основні напрями розвитку охорони здоров'я населення України, які зумовлюються реальними політичними та соціально-економічними процесами. Серед них зокрема: демократизація суспільства, інтеграція України у світове співтовариство; глобальні структурні процеси в економіці; зниження рівня і погіршення якості життя більшості громадян; критична демографічна ситуація; незадовільний стан здоров'я населення; низька економічна ефективність використання ресурсів охорони здоров'я, недосконала система оплати праці

лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я; диспропорції у розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; незадовільна екологічна ситуація, ускладнена наслідками Чорнобильської катастрофи. Стратегічним призначенням і кінцевою метою реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України було визначено досягнення таких цілей:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;

- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;

- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів; солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад й окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги [57].

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. Основною метою цієї Стратегії є впровадження в Україні європейських стандартів життя та вихід на провідні позиції у світі шляхом забезпечення сталого розвитку держави, проведення структурних реформ, спрямованих на підвищення стандартів життя, забезпечення гарантій безпеки держави, безпеки життя та здоров'я людини, що «неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально уразливих верств

населення, безпечного стану довкілля й доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів і промислових товарів. Кожен громадянин незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, матиме доступ до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я та інших послуг в державному та приватному секторах. Метою державної політики у цій сфері даною Стратегією визначено кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України 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 «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [62].

У Національній стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» на основі результатів аналізу світового досвіду та сучасного стану розвитку вітчизняної системи оздоровчої рухової активності визначено створення умов для підвищення рівня залучення населення до оздоровчої рухової активності, що сприятиме розв'язанню гуманітарних і соціально-економічних проблем для особи, суспільства та держави, зміцненню та збереженню здоров'я людей як найвищої соціальної цінності шляхом забезпечення реалізації права особи на оздоровчу рухову активність. Розроблення Національної стратегії базується на рекомендаціях ВООЗ, Ради Європи, ЄС, нормах національного законодавства, відповідно до яких держава покликана забезпечити формування та реалізацію багатовекторної, комплексної політики заохочення громадян до оздоровчої рухової активності, що зменшить ризик виникнення неінфекційних захворювань – основної причини високих

показників передчасної смертності в Україні. Реалізація даної Національної стратегії покликана забезпечити: скоординовану діяльність суб'єктів різних секторів соціально-економічної сфери державної політики, що сприятиме зміні поведінки громадян на користь використання оздоровчої рухової активності та ведення здорового способу життя і формування здоров'я; створення необхідних інформаційних, фінансових, матеріально-технічних умов для стимулювання громадян до впровадження оздоровчої рухової активності в різних сферах життєдіяльності; збільшення щороку на 1 % кількості громадян, які мають достатній рівень оздоровчої рухової активності, ведуть здоровий спосіб життя та характеризуються низьким ризиком розвитку неінфекційних захворювань, насамперед серцево-судинних [59].

Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, спрямована на реформування системи охорони здоров'я. Її основною метою є 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. Концепцією визначено принципи, на яких має базуватись нова модель фінансування охорони здоров'я, серед яких:

– фінансовий захист – недопустимість катастрофічних витрат громадян у випадку хвороби чи відмови від отримання необхідної медичної допомоги через неможливість її оплатити в момент отримання;

– універсальність покриття та справедливість доступу до медичної допомоги – забезпечення доступу до гарантованих державою послуг для всіх, хто їх потребує;

– 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;

– вільний вибір – можливість для пацієнта отримати допомогу в тому закладі охорони здоров'я, який найкраще задовольняє його потреби;

– 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;

– передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті – повноцінне стратегічне планування медичної допомоги і 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 [63].

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 системі 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 [63].

Наказом МОЗ від 19.10.2015 р. № 681 затверджено нормативні документи щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я та забезпечено надання медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини.

Наказом МОЗ від 22.12.2015 р. № 887 затверджено зміни до клінічних протоколів антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих і підлітків. На нього покладено виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, який відповідає Новій глобальній та регіональній стратегії ЮНЕЙДС FAST TRACK та консолідованим рекомендаціям ВООЗ (2015 р.) щодо стратегічної інформації з організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ [26].

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:

- досягнення доступності медичних послуг для всіх категорій громадян країни;
- надання медичної допомоги, спираючись на отримані державні гарантії;
- надання високоякісних медичних послуг [46].

Зрештою слід зазначити, що наразі в Україні сформовано низку правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. Проте, здебільшого, вони не позбавлені декларативності та низької виконавчої дисципліни, а відтак – актуалізується питання вдосконалення вищенаведених механізмів.

## РОЗДІЛ 3

### КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо розвитку сфери охорони здоров'я**

В Данії існує загальна система державного медичного страхування з фінансуванням державою лікарень, а до недавнього часу не було навіть мови про приватне медичне страхування чи лікарні [97]. Громадяни Данії та імігранти повинно зареєструватись для отримання національного посвідчення особи в місті, де вони мешкають. Вони обирають лікаря первинної медичної допомоги, ім'я якого вказано їх куртці та які слугують їм перепусткою до всіх інших медичних послуг. Якщо їм буде потрібні послуги спеціалісті чи лікарні, вони повинні (до 2002 р.) лікуватись в місцевій державній лікарні у своєму місті чи районі, діти були «приписані» до державної школи в своєму районі, поки ця система не була змінена ваучерами, автобусами й іншими програмами [90]. Коли в 2002 р. було введено «розширений вільний вибір лікарні», який не був викликаний сильним приватним сектором і не був відповіддю на кризу витрат. Фактично, до цього часу механізми контролю над витратами дозволяє підтримувати витрати в сфері охорони здоров'я на рівні 8–9 % від ВВП [97]. Реформа, по суті, являла собою гарантію максимального часу очікування. Якщо лікарня за місцем проживання пацієнта не могла надати лікування упродовж двох місяців після направлення, пацієнт може обрати лікування в інших державних та/чи приватних лікарень безоплатно, за виключенням можливих транспортних витрат [90].

Оскільки державні гроші переважно залишались в державних лікарнях, нова реформа відкрила приватним лікарням доступ до державних коштів. Важливо відзначити, що принцип «гроші йдуть за пацієнтом» було висунуто в

якості прямої протилежності листу очікування. Замість того, щоб дозволити пацієнтам чекати в черзі, поки система не знайде час для їх лікування, реформа вільного вибору підштовхує постачальників медичних послуг до гонитви й конкуренції за пацієнтів. Проте прагнення поставити пацієнтів в центрі уваги дещо двозначно, оскільки пацієнт все ще залишається засобом досягнення цілі, а саме управління державними лікарнями через посилення конкуренції. Інша риса неолібералізму чітко простежується з представниками вільного вибору як ідеї про те, як управляти охороною здоров'я, особливо сектором державних лікарень. Дві деталі реформи вказують на те, що мета дисциплінування державних постачальників послуг, ймовірно, було більш пріоритетним, аніж свобода вибору для пацієнтів. По-перше, метод оплати послуг приватних лікарень призвів до серйозних витрат для лікарень за місцем проживання пацієнта. Зазвичай регіональне управління охороною здоров'я отримують від центрального уряду фіксований тариф і плату за кожну медичну послуг. Навіщо регіональна влада платить окремій лікарні чи поліклініці, але тільки граничну вартість послуги, часто біля 50 % від ставки тарифу. Решта ставки «покривають» витрати на освіту, дослідження, адміністрацію та цілодобові установи невідкладної допомоги. Якщо лікарня «втрачає» пацієнта, не зумівши дотримати гарантію часу очікування, то набуває право вільного вибору, й втрачає 100 % ставки тарифу, які йдуть на оплату лікування пацієнта в іншому місці [96]. Оскільки державна лікарня й надалі «несе» витрати, які повинні були «покрити» накладні витрати за ставкою тарифу, вільний вибір фактично працює як економічна «санкція» для державних лікарень, неспроможних вкластись у терміни, і що очевидно створює сильний економічний стимул для лікарень збільшити обсяги надання медичних послуг [90].

Інша причина, за якої дисциплінована державна система повинна розглядуватись як основна мета політики, полягає в тім, що вільний вибір був обумовлений часом очікування. Розглянемо, хто насправді отримує можливість вільного вибору у рамках цієї реформи: переважна більшість пацієнтів в системі охорони здоров'я – 68 % – це пацієнти з відкритими захворюваннями,

яких негайно госпіталізують до лікарень за місцем проживання, їм не потрібно чекати, і тому вони ніколи не зможуть скористатись вільним вибором [103]. Лише пацієнти, які мусять чекати планового лікування чи консультації фахівця понад 2 місяця (в 2007 р. цей термін скоротився до 1 місяця), отримують можливість обирати між державними та приватними надавачами медичних послуг. Насправді, якщо реформа працює ідеально, державні лікарні мають керуватись економічними стимулами й збільшувати «виробництво», щоб задовольняти попит у встановлені терміни, тим самим, здійснюючи вільний вибір спірним. Лишень коли новий приклад управління, запропонований міністром, не спрацьовує, з'являється можливість вибору пацієнта. Таким чином, розширення вільного вибору лікарень далекий від повноцінної ваучерної програми, в якій усі громадяни отримують фіксовану суму коштів, щоб витратити її на послуги, що обрані з множини постачальників (як державних, так і приватних). Це не означає, що пацієнти не виграють від реформи вільного вибору, тому що, зрештою, вони отримують швидший доступ до лікування, навіть якщо на практиці менше число пацієнтів може обирати між державними та приватними лікарнями. Коли пацієнти скористаються своїм правом на лікування в приватній лікарні, їй виплачується загальна ставка тарифу, призначена для покриття зобов'язань по освіті, дослідженням по «гострому» лікуванню, яких у датських лікарнях просто немає. Немає жодних обмежень на те, скільки приватні постачальники медичних послуг можуть спеціалізуватись на декількох високо доходних видах хірургії (ліпосакція, ортопедична хірургія). Саме тому не дивно, що утримання приватних лікарень стало дуже прибутковим бізнесом завдяки пацієнтам із державної системи. Це нова бізнес-середовище для приватних лікарень стала ще більш очевидною після того, як у 2007 р. гарантія терміну очікування була знижена до одного місяця, що посилило тиск на державні лікарні й збільшило кількість платних пацієнтів для приватних лікарень [90].

Розширення свободи вибору лікарень є одним із політичних рішень, які стоять за нещодавнім зростанням приватної медицини. В 2002 р. Данія ввела

податкові пільги для додаткових планів приватного медичного страхування, оплачуваного роботодавцями. Оскільки всі датчани мають державну медичну страховку, яка покриває все їхнє лікування в державних лікарнях, приватне додаткове страхування знаходить свою «нішу», «покриваючи» лікування в приватних лікарнях і дозволяє власникам полісів пропускати державні черги на позачергове лікування. Незначне податкове послаблення, яке раніше діяло для оплачуваних працедавцем реабілітації алкоголіків, було поширено на всі додаткові поліси приватного медичного страхування, що надаються роботодавцями, за умови, що роботодавці пропонують їх усім співробітникам на робочих місцях і без актуарної градації чи відбору ризиків. Означений приклад реалізації державної політики у цій царині без явного політичного вибору привів до масового зростання приватного медичного страхування: від невеликої частки робочої сили (2001 р.) до майже третини (2007 р.) [103].

Система фінансується передусім за рахунок податку на заробітну плату, як і система соціального забезпечення в США, де існує подрібнена система переважно приватних, комерційних планів медичного страхування зі значною часткою державного страхування для похилих осіб, інвалідів, бідних і ветеранів, але при цьому майже п'ята частина населення не має страховки. Приватні, комерційні лікарні та поліклініки складають важливу частину медичної пропозиції, і до появи керованого медичного обслуговування пацієнти могли б звернутись до будь-якої лікарні, яку вони хотіли і могли собі дозволити [90].

Під час прийняття програми Medicare була доволі поширеною думка, що приватні медичні страховики погано обслуговують літніх осіб чи навіть не «покривають» їх потреби, і що тому уряд мусить втрутитись, щоб медичне страхування стало більш доступним для них. У ході дебатів з приводу того, що стало програмою Medicare, зіткнулись дві концепції того, як уряд має забезпечити доступність медичних послуг [95]. Кожна з реформ вільного вибору проходила в політичному середовищі, де зростання витрат вважається головною проблемою охороною здоров'я. Неконтрольовані витрати Medicare

були проблемою, але вони були вторинні по відношенню до головної проблеми, яка мусить вирішити Medicare: як забезпечити медичне страхування для похилих осіб. Як свідчить уважне перечитування історії, законодавці здійснювали кожну нову реформу, тому що попередня не змогла розширити приватне страхування осіб похилого віку. Тим не менше, консервативне рішення – приватизація – було різкою й непопулярною зміною, особливо в тих варіантах, які повною мірою перетворили б Medicare в програму медичного страхування [23]. Відповідно до тези «швидкої доктрини» Наомі Кляйн, консервативні еліти відкрили політичний простір для приватизації, створивши відчуття кризи в державній програмі, оскільки вона більше не давала людям психологічної безпеки [89].

Більшість планів керованого обслуговування обмежують своїх бенефіціарів невеликою мережею лікарів і лікарень, які працюють за контрактом зі страховиком, на відміну від стандартної програми Medicare, де споживачі мають повну свободу користування послугами практично будь-якого лікаря та лікарні в країні. Деякі плани керованого медичного обслуговування дозволяють своїм членам користуватись послугами, що не входять мережу планів, але при цьому стягують з них додаткову плату. Стягування плати за вільний вибір навряд чи можна вважати розширенням вибору порівняно з традиційним Medicare, а для бенефіціарів з низькими доходами більш висока плата фактично залишає їх вибір. У традиційній програмі Medicare пацієнти не потребують направлення від первинного лікаря для консультації зі спеціалістом, тоді як більшість планів керованого обслуговування потребує ще одного скорочення вибору. У рамках програми Medicare + Choice бенефіціарам дозволяється змінювати свої плани тільки раз на рік упродовж певного періода часу відкритої реєстрації. Таким чином, «свобода вибору» стає вибором з тривалим строком дії – болючий тривалий для пацієнтів, які виявили, що їх плани відмовляються дозволити лікарів, направлення, аналізи та лікування, які вони хотіли б обрати. Такі довгострокові зобов'язання можуть сприйматись як «пастка», а не як можливість. У всіх цих відношеннях програма Medicare +

Choice призначення для обмеження вибору лікаря і, своєю чергою, для обмеження можливостей постачальників медичних послуг.

Хоча планам керованого медичного обслуговування технічно заборонено відмовляти заявникам за станом здоров'я, вони все одно отримують вигоду з позитивного відбору ризиків. Вони, як правило, залучають більш здорових і молодих бенефіціарів, які не потребували істотного медичного обслуговування і вони могли й здійснювали маркетинг для цього більш здорового сегменту. В планах, що спонсорують лікарі, могли спрямовувати більш здорових пацієнтів на участь в програмі, тоді як більш хворим пацієнтам було рекомендовано залишатись на традиційному медичному обслуговуванні. Відтак, приватні страхувальники могли використовувати «пасивне зняття вершків» для збільшення прибутку, не докладаючи особливих зусиль для забезпечення якісного обслуговування за нижчими цінами [87].

Ще до ступу у силу положень Medicare + Choice, декілька дослідників довели, що унаслідок сприятливого відбору ризиків Medicare платять за своїх учасників планів керованого медичного обслуговування принаймні на 5 % більше, аніж платили б, якщо б вони були в традиційній платній системі Medicare. Знаючи про це, законодавці включили до Закону про збалансоване бюджетне положення про коригування оплати залежно від стану здоров'я членів плану («коригування ризику на основі здоров'я»). Можна передбачити, що індустрія керованого медичного обслуговування змогло відтермінувати його впровадження на декілька років. Коли усі зрозуміли, що уряд насправді має намір використовувати коригування ризику для допомоги Medicare зекономити гроші, вони стали активніше лобювати проти будь-якого ризику, а більшість вийшли з Medicare та/чи обміняли додаткові пільги, які вони використовували, щоб змотивувати бенефіціарів приєднатись до цієї програми [104]. Капітальні платежі Medicare часто включають надбавки за те, що окрім медичного обслуговування, що субсидує традиційне Medicare, особливо медична освіта, благодійну допомогу й обслуговування бенефіціарів з низькими доходами [94].



Зрештою слід зазначити, що оскільки вільний вибір обумовлений часом очікування й оскільки політика спрямована на усунення часу очікування, «вікно» для вільного вибору стає тим меншим, чим краще працює інструмент політики. В Medicare, як тільки пацієнти стають учасниками програм керованого обслуговування, в них залишається значно менше можливостей вибору постачальників і лікування, і, відповідно, вони не можуть впливати на своїх страховиків чи постачальників. Вони знаходяться у владі рішень страховиків про страхове покриття. Вільний вибір може працювати як дисциплінарний інструмент лише в тому випадку, якщо для залучення учасників й отримання прибутку плани керованого обслуговування повинні підвищити якість та кількість послуг, які отримують пацієнти. Але на практиці планам не потрібно залучати існуючих членів, оскільки їх можливості виходу з плану обмежені, як тільки вони зараховані в плани. Таким чином, в обох реформах (Данія, США) вільного вибору пацієнти втратили чи зрештою втратять більшу частину обіцяної свободи самостійного вибору [87].

Публічне управління у більшості країн щодо розвитку сфери охорони здоров'я розглядається як частина соціальної політики та полягає у розробленні загальних принципів управління і контролю органами державної влади та місцевого самоврядування усієї системи охорони здоров'я, не зважаючи на різноманітність її форм і стану здоров'я населення [47].

Запровадження гарантованого пакету послуг і введення нових механізмів оплати ставить питання більш цільового визначення потреби й результативності надання спеціалізованої медичної допомоги, яка щонайменше буде визначатись у медичних процедурах і хірургічних втручаннях, а в більш прогресивному форматі обліку стаціонарної допомоги – у згрупованих за спорідненістю й клінічною інтенсивністю пролікованих випадках. Для групування пролікованих випадків уже близько 30 років у різних системах охорони здоров'я у світі використовується система класифікації госпітальних випадків у діагностично-споріднені групи (далі – ДСГ). Запровадження системи групування випадків ДСГ в різних країнах світу має дві основні причини: по-

перше, їх застосування сприяє підвищенню прозорості надання лікарняних послуг (через класифікацію пацієнта, результат лікування тощо); по-друге, застосування ДСГ для оплати роботи лікарень має створювати стимули для більш ефективного використання ресурсів у лікарнях. Крім того, поєднання більшої прозорості й ефективного використання ресурсів повинне сприяти більш якісному наданню послуг. Звичайно, система оплати діяльності лікарень на основі групування випадків є однією з найбільш популярних у розвинених країнах світу та країнах, що розвиваються, проте не єдиною системою. Досі найбільш поширеними механізмами оплати стаціонарної допомоги залишаються оплата за послугу, оплата на основі ДСГ та оплата за механізмом глобального бюджету [85]. Оскільки Україна вже стратегічно визначила намір упроваджувати ДСГ для поступового переходу на фінансування лікарень на основі ДСГ [49], варто визначитись із тим, якою має бути послідовність її запровадження в коротко- й довгостроковій перспективі. Сьогодні в українських закладах, які надають стаціонарну допомогу, не відстежується економічна й технічна ефективність надання медичної допомоги, а сучасне бюджетування закладів більше уваги приділяє використанню бюджетних ресурсів відповідно до економічної та бюджетної класифікації видатків. Водночас розгалужена система медичної статистики може дати змогу в короткі терміни почати проведення аналізу технічної ефективності закладів і запровадити спрямування бюджетних ресурсів до закладів залежно від обсягів надання ними медичних послуг населенню. І хоча в Україні немає практики ведення обліку витрат в аспекті окремих служб і підрозділів закладу охорони здоров'я, а отже, нині практично неможливо ґрунтовно оцінити загальну собівартість надання окремих одиниць послуг у межах таких служб, використання показників діяльності таких служб і підрозділів як основи для контракування закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу, дасть змогу істотно змістити фокус із бюджетного утримання закладів на їх контракування для надання певного обсягу медичної допомоги [19].

Подальшого вдосконалення потребують шляхи реформування охорони здоров'я. У цьому плані видається доцільним використання випробуваних у країнах Східної Європи груп заходів, таких як:

- диверсифікація пропозицій медичних послуг методом створення нового сприятливого середовища для недержавної та приватної діяльності шляхом перерозподілу власності, виробництва й фінансування сфери охорони здоров'я; вдосконалення стимулів для медичних закладів і медичних працівників за економію витрат і підвищення медичних послуг на новому конкурентному;

- лібералізація попиту на медичні послуги шляхом розширення можливостей споживчого вибору й зміни ролі держави, споживачів, медичних закладів і лікарів, які взаємодіють та стають більш активними партнерами у сфері охорони здоров'я [10];

- скорочення нерівності по відношенню до здоров'я у межах країни та між державами регіону;

- стратегічне керівництво охороною здоров'я з метою забезпечення відповідальності й дій кожного сектора галузі в інтересах здоров'я людей;

- інвестування в ефективні заходи, що здатні вирішувати проблеми;

- прогнозування змін і підтримку інновацій [75].

Зрештою, вітчизняні науковці мають виокремити передовий світовий досвід щодо розвитку сфери охорони здоров'я для подальшої її зваженої адаптації до реалій України.

### **3.2 Удосконалення підходів до використання економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я**

Ідея знаходження більшого обсягу коштів – або розширення «бюджетного простору» – для системи охорони здоров'я має три виміри [79]:

1. Можливості щодо збільшення загального обсягу державних видатків, що визначаються існуючим фіскальним простором, залежать від

макроекономічних показників країни та простору для додаткових державних видатків [8]. МВФ визначає фіскальний простір як простір для провадження дискреційної фіскальної політики стосовно існуючих планів без створення загрози для доступу до ринку та прийняттого рівня боргу [88]. Нещодавнє дослідження ВООЗ та Центру глобального розвитку демонструє, що зростаючі загальні обсяги видатків зазвичай є основним рушієм для збільшення асигнувань на охорону здоров'я, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходів – в групі, до якої належить Україна за її рівнем доходу.

2. Підхід щодо збільшення частки бюджету на охорону здоров'я шляхом її перерозподілу з інших секторів було визнано відносно незвичним серед країн з низьким і середнім рівнем доходів (порівнянно зі збільшенням загального обсягу видатків за рахунок нових прибутків, нових запозичень або інших джерел фінансування) [79]. Хоч зміна пріоритетів бюджету залишається варіантом для розгляду, дослідження ВООЗ демонструє, що перерозподіл коштів на охорону здоров'я – це питання не лише політичного вибору, але і здатності МОЗ підготувати та узгодити свої бюджетні пропозиції [8].

3. Можливість збільшення видатків на охорону здоров'я завдяки кращому плануванню бюджету. Впровадження більш ефективних правил управління державними фінансами (УДФ) шляхом забезпечення надійності, своєчасності, гнучкості та стратегічності асигнувань на охорону здоров'я може розширити бюджетний простір сектору охорони здоров'я, особливо якщо воно супроводжуватиметься ретельним плануванням та належним виконанням бюджетів охорони здоров'я з боку МОЗ [79].

Необхідно чітко визначити зобов'язання держави з надання безкоштовної медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування. Потрібно встановити не тільки обсяги медичної допомоги в цілому по країні, а й конкретний склад, обсяги медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань. Це мають бути медико-економічні стандарти, які визначені за кожною нозологією і відображають не бажаний рівень надання медичної

допомоги, а економічно можливий для держави при реальних обсягах фінансування охорони здоров'я. Потрібно чітко визначити склад медичної допомоги, який держава може дійсно безкоштовно надати населенню в рамках системи обов'язкового медичного страхування. Цей пакет послуг має бути збалансований з тими коштами, що виділяє держава на його виконання [34].

Для вдосконалення правового регулювання ціноутворення на результати господарської діяльності у сфері охорони здоров'я необхідно здійснити таке:

- встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги першорядного значення, що надаються господарськими організаціями охорони здоров'я (окрім державних і комунальних закладів охорони здоров'я) і громадянами-підприємцями, та державних регульованих цін на медичні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру;

- визначення структури й порядку формування всіх видів цін на результати господарювання з охорони здоров'я [73].

Для модернізації системи обов'язкового медичного страхування необхідно:

- встановлення подушних нормативів внесків на обов'язкове медичне страхування непрацюючих громадян;

- використання коштів державного бюджету для субсидування платежів за непрацююче населення; усунення існуючої подвійності каналів фінансування медичних установ за одну й ту саму діяльність;

- усі кошти, призначені для фінансування медичної допомоги, передбаченої програмою обов'язкового медичного страхування, мають бути зосереджені в системі обов'язкового медичного страхування і використовуватися для оплати страховиками обсягів допомоги, що надаються громадянам медичними установами;

- значне посилення державних вимог до діяльності страховиків у системі обов'язкового медичного страхування для того, щоб перетворити їх з пасивних посередників в активних покупців оптимальних для населення обсягів медичної допомоги в лікувально-профілактичних установах;

- надання застрахованим права вибору страховиків;
- уніфікація механізмів ціноутворення й оплати медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування [34].

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.

Вдосконалення фінансової взаємодії КНП і системи обов'язкового медичного страхування з метою підвищення соціальної ефективності та якості медичної допомоги можливе лише на принципах попередньої оплати послуг – методом глобального бюджету. Під глобальним бюджетом ми розуміємо метод оплати стаціонарної допомоги, при якому сторона, що фінансує, оплачує медичній організації заздалегідь узгоджений обсяг і структуру стаціонарної допомоги. Головна відмінність методу глобального бюджету від методів оплати стаціонарної допомоги, які діють нині, полягає в тому, що оплата цієї допомоги здійснюється не за фактом її надання (ретроспективно), а на основі розробленого й узгодженого замовлення на певний обсяг допомоги. При такому підході стаціонар може розраховувати на оплату тільки замовлених видів допомоги в межах допустимих відхилень. Особливо ефективний метод оплати за глобальним бюджетом при переході на багаторівневу (багатоетапну) систему надання медичної допомоги. Оскільки оплата за глобальним бюджетом не пов'язана з кількістю ліжок і штату, то стаціонар може вибирати найефективніші варіанти надання медичної допомоги, скорочувати і перепрофілювати свої потужності без ризику втратити фінансування.

Позитивними моментами застосування глобального бюджету, з погляду стаціонарів, є такі: можливість наблизити тарифи до фактичних витрат стаціонару; реальні, а не умовні зобов'язання з фінансування; економія, що виникає за рахунок оптимізації структури робіт; можливість використовувати

потужності, що вивільняються, для надання послуг на платній основі й за угодами добровільного медичного страхування. Перехід на попередню оплату стаціонарної допомоги базується на накопиченій інформативній базі фактичної кількості випадків лікування. Ретроспективна оплата стаціонарів (за фактичною кількістю закінчених випадків лікування, вартості ліжко-дня) є перехідним етапом до складніших методів розрахунків, заснованих на управлінні об'єктами медичної допомоги. Саме при розрахунках за фактично виконаний обсяг роботи збирається медико-економічна інформація, необхідна для планування, виробляються навички аналізу цієї інформації та практичного застосування як стороною, що фінансує, так і самим стаціонаром.

При переході до оплати стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету необхідно зберегти облік фактично виконаних обсягів робіт, оскільки це необхідно для контролю за виконанням лікарнею своїх зобов'язань і планування обсягів і структури медичної допомоги на майбутній період.

Детальний облік інформації стосовно пролікованих хворих розширює можливості сторони, що фінансує, для визначення обґрунтованих обсягів стаціонарної допомоги при формуванні глобального бюджету стаціонару, дає змогу відстежувати діяльність поліклінік з управління стаціонарною допомогою. Як облікові одиниці обсягів для стаціонарів виступають кількість закінчених випадків лікування та проведених пацієнтами ліжко-днів.

При переході до оплати стаціонарної допомоги за методом глобального бюджету необхідно розробити і використовувати систему показників, що дають змогу відстежувати виконання обсягів наданої медичної допомоги.

Головне завдання страховика при використанні методу глобального бюджету – досягти підвищення ефективності використання ресурсів охорони здоров'я шляхом оптимізації обсягів медичної допомоги, перш за все, за рахунок переміщення частини випадків стаціонарного лікування на амбулаторний етап. При використанні методу глобального бюджету суттєво посилюється вплив страховиків на медичні заклади порівняно з використанням

методу оплати за фактичну кількість випадків лікування, коли страховик вимушений оплачувати вже надані обсяги допомоги.

Перехід від ретроспективних методів оплати до методу глобального бюджету здійснюється значно простіше, якщо стаціонар фінансується одним страховиком. У цьому випадку спрощується процес планування обсягів стаціонарної допомоги. Складніша ситуація виникає при формуванні глобального бюджету підприємства охорони здоров'я, що фінансується декількома страховиками, кожен з яких має запланувати обсяг стаціонарної допомоги для застрахованого ним населення. У цій ситуації страхові компанії мають домовитися між собою про авансові платежі для стаціонару на погоджені обсяги. У майбутньому має бути проведений перерахунок на основі фактичної кількості днів госпіталізації застрахованого контингенту за певний календарний період (місяць, квартал, рік) [34].

Забезпечення стабільного функціонування бюджетно-страхової моделі фінансування системи охорони здоров'я в Україні потребує реалізації комплексу заходів з урахуванням часового фактора:

- уточнення процедури реалізації права на вільний вибір і зміну лікаря, умов надання стаціонарної та спеціалізованої допомоги або прийняття закону про організацію медичного обслуговування;
- реорганізація стаціонарного сектора на принципах функціональної диференціації ліжкового фонду;
- передача на комунальний рівень відомчих медичних закладів і забезпечення територіальної інтеграції лікарень різної підлеглості;
- обрахування нормативної ціни медичної допомоги згідно зі стандартами;
- упровадження системи інформаційного забезпечення управління ціноутворенням медичних послуг;
- розробка методики визначення вартості медичних послуг;
- внесення змін до Конституції України щодо безоплатності медичних послуг в державних і комунальних підприємствах охорони здоров'я;



- розробка та прийняття законів про механізми управління охороною здоров'я на базовому, регіональному та державному рівнях і про обов'язкове медичне страхування;
- 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;
- розробка відповідно до міжнародних вимог стандартів діагностики лікування та організації надання медичної допомоги (клінічного керівництва) на основі науково обґрунтованої медичної практики;
- розробка та впровадження стандартів медичної допомоги та медичного страхування (при впровадженні) на трьох рівнях – первинному, вторинному, третинному (в розрізі окремих захворювань);
- 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;
- розробка типових програм управління розвитком медичної допомоги для медичних закладів з упровадженням страхової медицини; запровадження дієвого державного контролю за розвитком страхової медичної допомоги в системі охорони здоров'я України;
- перерозподіл управлінсько-владних повноважень між суб'єктами різних рівнів управління [73].

Формування концепції публічного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я з урахуванням різних підходів до медичних реформ, а також неоднозначних (іноді полярних) поглядів управлінців на суть реформ вимагають наукового обґрунтування та вдосконалення механізмів публічного управління розвитком галузі відповідно до суспільних потреб, міжнародних норм і стандартів. Проте бюджетна форма фінансування сфери охорони здоров'я України неспроможна повною мірою задовольнити фінансові потреби галузі. Тому одним із шляхів вирішення проблеми фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я стало залучення позабюджетних коштів. Структура багатоканального фінансування являє обсягом і джерелом фінансового надходження до системи охорони здоров'я. В Україні основними джерелами фінансування охорони здоров'я є: державний бюджет; місцевий бюджет; кошти відомств; благодійні внески; лікарняні каси; фонди соціального страхування; добровільне медичне страхування; оплата громадянами послуг і ліків; міжнародні фінанси та інші надходження.

Для України найбільш адаптованою в економіко-соціальному плані є бюджетно-страхова модель фінансування охорони здоров'я, яка відповідає основним принципам багатоканального фінансування. На користь такої моделі свідчить і те, що система охорони здоров'я зможе використовувати принципово різні важелі об'єднаної моделі для досягнення цілей, які ставить перед охороною здоров'я суспільство [10].

У контексті даного аналізу особливу увагу варто приділити реалізації публічно-управлінських заходів, спрямованих на оптимізацію практики фінансування медичної галузі. Більшість експертів наголошують на доцільності збереження бюджетної системи охорони здоров'я, збільшення його державного фінансування, щоб воно відповідало світовим стандартам. Запровадження такого підходу передбачає два аспекти: 1) фіксування в бюджеті частки ВВП, яка спрямовується на охорону здоров'я на рівні не менше 5 %, а також перетворення внесків на ОМС у спеціальний податок на охорону здоров'я; 2) істотним резервом ресурсів є посилення фінансового контролю в охороні

здоров'я і зниження адміністративних витрат (у системі медичного страхування вони об'єктивно набагато вищі, ніж у бюджетній) [80].

Урахування результатів численних досліджень, вітчизняного та світового досвіду, потреб сучасного розвитку сфери охорони здоров'я України дає підстави запропонувати такі Рекомендації для органів державного управління охороною здоров'я щодо оптимізації багатоканального фінансування цієї сфери з метою їх подальшого впровадження в практичну діяльність:

- ВРУ: доопрацювати чинне законодавство, аби визначити умови функціонування державних, комунальних, відомчих та академічних закладів (підприємств) охорони здоров'я;

- КМУ: дати доручення відповідним міністерствам і відомствам з опрацювання єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг; розробити методику обліку фінансових надходжень системи охорони здоров'я з різних джерел; розробити механізми щодо запровадження державного замовлення при закупівлі медичних послуг за бюджетні кошти та прийняти відповідну постанову;

- МОЗ: створити робочу групу для розробки класифікатора медичних послуг за принципом їх поділу на послуги життєзабезпечувального та здоров'язберігаючого рівнів відповідно до клініко-діагностичних груп; розробити методику керованого управління фінансовими потоками районного, міського та обласного рівнів і прийняти відповідний наказ щодо її впровадження;

- науковцям у сфері управління охороною громадського здоров'я: активізувати роботу з розробки нормативно-правової бази щодо законодавчого введення обов'язкового медичного страхування в Україні [10].

Концептуальне бачення створення суспільно-солідарної системи організації та багатоканальної системи фінансування сфери охорони здоров'я базується на таких принципах в організації та наданні медичної допомоги, як доступність, якість і соціальна рівність.

Зазначимо, що результати якості проведення реформ систем охорони здоров'я в світі свідчать про можливість вибору одного з двох шляхів. Перший з них – це удосконалення існуючої моделі, а другий (який набагато складніше) – це перехід до принципово іншої моделі [23].

Зрештою, подальший розвиток сфери охорони здоров'я можливий, у т.ч. за рахунок подальшого вдосконалення економіко-правових механізмів публічного управління у цій сфері.

## ВИСНОВКИ

1. З'ясування суспільної значущості здоров'я дозволяє стверджувати, що відповідальність за стан здоров'я населення, як і за життя будь-якого громадянина, несе не лише кожна особа, а і держава, а також органи місцевого самоврядування. Попри провідну роль держави у забезпеченні розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я, останнім часом цей процес нині є об'єктом публічного управління – відкритого (у межах власних і делегованих повноважень) впливу на взаємодію у ланцюгу «органи публічного управління – медичні заклади та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів» задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод.

2. Дослідження діючих механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я – сукупність доступних способів, методів і засобів управління, використовуючи які органи публічного управління створюють сприятливі умови для збалансованого розвитку підприємств/закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу як запоруки доступу населення до якісних медичних послуг і збереження здоров'я населення – дозволяє стверджувати, що усі вони застосовуються одночасно, але (залежно від ситуації) з різною мірою впливовості. При цьому на «провідних ролях» перебувають економіко-правові механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я, які не лише встановлюють «правила гри», а й усіляко заохочують учасників цього процесу до зміцнення матеріально-технічної бази й підвищення доходів персоналу підприємств охорони здоров'я як запоруки покращання якості надання медичних послуг, а з тим – зміцнення здоров'я населення.

3. Виокремлено для подальшої адаптації до умов Україні такий передовий світовий досвід щодо розвитку сфери охорони здоров'я: розширення свободи вибору лікарень підштовхує постачальників медичних послуг до гонитви й конкуренції за пацієнтів; введення податкових пільг для додаткових планів приватного медичного страхування, оплачуваного роботодавцями (Данія);

розвиток системи переважно приватних, комерційних планів медичного страхування зі значною часткою державного страхування для похилих осіб, інвалідів, бідних і ветеранів (США); використовується система класифікації госпітальних випадків у діагностично-споріднені групи; лібералізація попиту на медичні послуги; диверсифікація пропозицій медичних послуг методом створення нового сприятливого середовища для недержавної та приватної діяльності (розвинені країни світу).

4. Запропоновано концептуальні засади вдосконалення підходів до використання економіко-правових механізмів публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я: встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги першорядного значення; визначення структури й порядку формування всіх видів цін на результати господарювання з охорони здоров'я; використання коштів державного бюджету для субсидування платежів за непрацююче населення; уніфікація механізмів ціноутворення й оплати медичної допомоги в системі обов'язкового медичного страхування; обрахування нормативної ціни медичної допомоги згідно зі стандартами; розробка та прийняття законів про механізми управління охороною здоров'я на базовому, регіональному та державному рівнях і про обов'язкове медичне страхування; запровадження державних закупівель медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної) шляхом укладання відповідних контрактів.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Авраменко Н.В. Виникнення механізмів державного регулювання системи охорони здоров'я в Україні. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 96–99.
2. Авраменко Т.П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 2. С. 89–95.
3. Бережна Ю.В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166–170.
4. Беліченко А.В. Державне регулювання забезпечення населення лікарськими засобами: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2010. 20 с.
5. Білинська М.М., Кульгінський Є.А. Нова парадигма державного управління охороною здоров'я України. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 4. С. 104–107.
6. 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.
7. Бюджетний Кодекс України від 8.07.2010 р. № 2456-VI. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n1330>. (дата звернення: 05.10.2021)
8. Бюджетний простір для системи охорони здоров'я в Україні. Київ, 2020. 35 с.
9. Вашеv О.Є., Мазурок О.В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 1. С. 101–106.
10. 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.
11. Гранди Ф., Ренке У.А. Исследование практики здравоохранения и формализованные методы управления. Женева: ВОЗ, 2011. 230 с.

12. 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.

13. Грицко Р. Сімейний лікар – центральний суб'єкт реалізації механізмів державного регулювання первинної медичної допомоги. *Актуальні проблеми державного управління*. 2012. Вип. 2. С. 132–135.

14. Грузева Т.С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2011. № 1. С. 104–105.

15. Дем'яншин В.Г., Сіташ Т.Д. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи. *Фінанси України*. 2011. № 6. С. 45–53.

16. Державна політика у сфері охорони здоров'я: монографія: у 2 ч. / заг. ред. М.М. Білинської, Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

17. Долот В.Д. Механізми державного управління ціноутворенням в системі охорони здоров'я України: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2018. 386 с.

18. Долот В.Д., Лещенко В.В. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2014. № 1. С. 8–13.

19. Дорошенко О.О., Горошко А.В., Шевченко М.В. Запровадження фінансування на основі кількості та складності пролікованих випадків у закладах охорони здоров'я України, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2016. № 3. С. 86–98.

20. Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех». URL: [http://data.euro.who.int/hfaddb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html) (дата звернення: 30.11.2020)

21. К вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ, 2009. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/76042/E93058R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/76042/E93058R.pdf?ua=1). (дата звернення: 05.10.2021)

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



23. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2020. 214 с.
24. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
25. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. д.мед.н. Київ, 2009. 39 с.
26. Коваленко О.О. Забезпечення стандартами та соціальними нормативами сфери охорони здоров'я в Україні. *Публічне управління: ціннісні орієнтири, стандарти якості та оцінки ефективності*: матеріали всеукр. наук.-прак. конф. за міжнар. уч., 26 травня 2017 р.: у 5 ч. / за наук. ред. В.С. Куйбіди, А.П. Савкова, В.С. Загороднюка. Київ: Вид-во НАДУ, 2017. Ч. 4. С. 52–54.
27. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. Київ: Преса України, 1997. 80 с.
28. Котляревський Ю.О. Організаційно-економічний механізм державного регулювання якості медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2009. 18 с.
29. 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.
30. Кульгінський Є.А. Процеси євроінтеграції та їх вплив на реформи системи охорони здоров'я в Україні. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2016. № 3. С. 38–42.
31. Лемішко Б.Б., Мартинюк І.І. Мотиваційний менеджмент в сімейній медицині. *Ефективність державного управління*: зб. наук. пр. Львів: Вид-во ЛРІДУ НАДУ, 2010. Вип. 21. С. 231–236.
32. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.
33. Лещенко В.В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я: автореф. дис... к.держ.упр.: 25.00.02. Київ, 2009. 20 с.

34.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.

35.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.

36.Мельниченко О.А., Макарова В.І., Минка Н.А. Реімбурсація як засіб публічного управління підтримкою інсулінозалежних пацієнтів в Україні. *Публічне управління в Україні: теорія, практика, інновації: матеріали наук.-практ. конф., 20 жовтня 2020 р.* URL: <https://kbuara.kh.ua/wp-content/themes/kbuara/publications/mk/doc/2-2020/1-1.pdf> (дата звернення: 30.11.2020)

37.Міністерства охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/> (дата звернення: 23.09.2020).

38.Мокрецов С.Є. Державне регулювання охорони репродуктивного здоров'я в Україні: монографія. Київ: Інтерсервіс, 2011. 441 с.

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

40.Москаленко В.Ф., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В. Право на здоров'я та охорону здоров'я у міжнародному законодавстві. *Україна. Здоров'я нації.* 2008. № 3–4. С. 103–114.

41.Научные исследования в области здравоохранения: принципы, перспективы и стратегии. *Бюллетень ВОЗ.* 2017. № 4. С. 3–9.

42.Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство / под ред. В.И. Стародубцева, О.П. Щепина. Минск, 2014. 624 с.

43.Оппельд Л.І. Територіальна організація системи охорони здоров'я регіону та напрями її удосконалення: автореф. дис. ... к.е.н.: 08.00.05. Полтава, 2009. 22 с.

44. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

45. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я. URL: <http://www.apteka.ua/article/3256> (дата звернення: 05.10.2021)

46. 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: 30.11.2020)

47. Пітко Я.М. Роль державних органів управління і місцевого самоврядування в механізмі реформування первинної медико-санітарної допомоги: автореф. дис. ... к. держ. упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 24 с.

48. 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.

49. Про впровадження системи діагностично-споріднених груп. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.12.2015 р. № 865. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 30.11.2020)

50. Про державне регулювання цін на лікарські засоби: Постанова Кабінету Міністрів України від 09.11.2016 р. № 862. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 05.10.2021)

51. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

52. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24.02.1994 р. № 4004-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>. (дата звернення: 30.11.2020)

53. Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів. Постанова Кабінету Міністрів України від 09 листопада 2016 р. № 863. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 05.10.2021)

54. 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: 05.10.2021)

55.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: 05.10.2021)

56.Про захист прав споживачів. Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 30.11.2020)

57.Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України. Указ Президента України від 7.12.2000 р. № 1313/2000. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення: 30.11.2020)

58.Про міську Програму «Цукровий та нецукровий діабет» на 2018–2022 роки. URL: [https://rada-uzhgorod.gov.ua/uploads/sites/2/2017/09/Onko\\_06.09.2017.pdf](https://rada-uzhgorod.gov.ua/uploads/sites/2/2017/09/Onko_06.09.2017.pdf) (дата звернення: 23.09.2020).

59.Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». Указ Президента України від 09.02.2016 р. № 42/2016. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016> (дата звернення: 30.11.2020)

60.Про перелік бюджетних програм, порядки використання коштів державного бюджету за якими визначаються у 2018 році Кабінетом Міністрів України. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2018 р. № 32-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 05.10.2021)

61.Про соціальні послуги. Закон України від 19.06.2003 р. № 966-IV. URL : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15> (дата звернення: 05.10.2021)

62.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: 30.11.2020)

63.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: 30.11.2020)

64.Радиш Я.Ф., Ляховченко Л.А., Поживілова О.В. Основні проблеми фінансування системи охорони здоров'я в дослідженнях українських науковців. *Економіка та держава*. 2011. № 1. С. 90–95.

65.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.

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

67.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.

68.Ушакова О.І. Територіальний кластер з охорони громадського здоров'я як інструмент міжсекторальної взаємодії на місцевому рівні. *Публічне управління: ціннісні орієнтири, стандарти якості та оцінки ефективності*: матеріали всеукр. наук.-прак. конф. за міжнар. уч., 26 травня 2017 р.: у 5 ч. / за наук. ред. В.С. Куйбіди, А.П. Савкова, В.С. Загороднюка. Київ: Вид-во НАДУ, 2017. Ч. 4. С. 128–130.

69.Фуртак І.І. Механізми державного управління у сфері охорони здоров'я в контексті європейської інтеграції України: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2010. 22 с.

70.Хелд Д., Гольдблатт Д., Макгрю Э., Перратон Д. Глобальные трансформации. Политика, экономика, культура. Минск: Праксис, 2016. 576 с.

71.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.

72.Ціборовський О.М., Істомін С.В., Сорока В.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. Київ, 2011. 72 с.

73.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.

74.Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Дніпропетровськ, 2010. 24 с.

75.Штогрин О.П. Теоретичні основи державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення в контексті прав людини: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Львів, 2017. 195 с.

76.Шульга В.Н. Державне регулювання у сфері трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: поняття та сутність. *Аспекти публічного управління*. 2017. Т. 5. № 3–4. С. 26–35.

77.Энтони де Ясаи. Государство. Масау, 2000. 416 с.

78.Эрисман Ф.Ф. Введение к общедоступному руководству к предупреждению болезней и сохранению здоровья. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2003/0129/analit01.php>. (дата звернення: 01.06.20221)

79.Barroy H., Gupta S. From overall fi scal space to budgetary space for health: connecting public fi nancial management to resource mobilization. 2020. URL: <https://www.cgdev.org/event/overall-fiscal-spacebudgetary-space-health> (дата звернення: 05.10.2021)

80.Bosch M., Melguizo A., Pages C. Better Pensions, Better obs: Towards Universal Coverage in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Inter-American Development Bank. 2016. 467 p.

81.Brown Ph. Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Perspectives in Medical Sociology*. URL: <http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/...> (дата звернення: 01.06.20221)

82.Christopher W. Hughes, Lai Yew Meng. L. Ullman R. Redefining Security. *Security Studies: a reader*. 2015. P. 8–29.

83.Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, The right to the highest attainable standard of health. U.N. (2003).

84.Decoster K, Appelmans A, Hil P. A health systems research mapping exercise in 26 lowand middle-income countries: narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers. Geneva, World Health Organization,

2012. URL: <https://www.gov.uk/dfid-research-outputs/...> (дата звернення: 01.06.20221)

85.Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. 2011. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/...](http://www.euro.who.int/__data/assets/...) (дата звернення: 30.11.2020)

86.Henderson Gail E. Ed. The Social Medicine Reader: Social and Cultural Contributions to Health, Difference, and Inequality. Durham, NC: Duke University Press. 2015. Vol. 2. URL: <https://www.dukeupress.edu/the-social-medicine-reader-second-edition> (дата звернення: 01.06.20221)

87.Hutsaliuk O., Storozhuk O., Zhovnirchuk Ya., Zaiarniuk O., Kartsyhin D. Public administration and legal regulation effectiveness in the field of health care in the context of sustainable development. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito Centro de Ciências Jurídicas – Universidade Federal da Paraíba*. 2020. V. 9. № 2. P. 599–613.

88.IMF policy paper. Assessing fiscal space: an update and stocktaking. URL: <https://www.imf.org/en/Publications/...> (дата звернення: 05.10.2021)

89.Klein N. The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism. New York: Holt. 2007.

90.Larsen L.T., Stone D. Governing Health Care through Free Choice: Neoliberal Reforms in Denmark and the United States. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2015. Vol. 40. № 5. P. 937–958.

91.Marmot M. Harveian Oration Health in an unequal world. URL: [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/health\\_in\\_an\\_unequal\\_world\\_marmott\\_lancet.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/publications/health_in_an_unequal_world_marmott_lancet.pdf?ua=1) (дата звернення: 01.06.20221)

92.Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO. 2012.

93.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) Primedia E-launch LLC, USA, Washington. 2020. P. 28–32.

94. O'Sullivan J., Celinda F., Beth C. Fuchs, Bob L., Richard P., Kathleen S. Medicare Provisions in the Balanced Budget Act. Washington: 1997. P. 105–137.
95. Oberlander J. Medicare: The Great Transformation. *Health Politics and Policy*, 5th ed. NY: Cengage Learning. 2013. P. 126–166.
96. Olesen J.D. Adapting the Welfare State: Privatisation in Health Care in Denmark, England and Sweden. PhD thesis, European University Institute, Florence. 2010.
97. Pallesen T. Health Care Reforms in Britain and Denmark: The Politics of Economic Success and Failure. *Aarhus, Denmark: Politica*. 1997.
98. Schnell F. Attitudes toward aging: a comparative analysis of young adults from the United States and Germany. *International journal of aging & human development*. 2003. № 3. C. 203–215.
99. SEG/ILO. 2017. Impact of the global economic crisis on selected SADC countries. URL: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/> (дата звернення: 01.06.20221)
100. Sow S.O. et al. Immunogenicity and safety of a meningococcal A conjugate vaccine in Africans. *The New England Journal of Medicine*. 2016. № 364. P. 2293–2304.
101. Thomas S., Keegan C., Barry S., Layte R., Jowett M., Normand C. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Services Research*. 2013. № 13. C. 450.
102. 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.
103. Vrangbæk K. Ingeniørarbejde, hundeslagsma l eller hovedløs høne? Ventetidsgaranti til sygehusbehandling. Engineering work, dog fight, or headless chicken? Aarhus, Denmark: Magtudredningen. 2004.
104. Weissman J.S., Wachterman M., Blumenthal D. When Methods Meet Politics: How Risk Adjustment Became Part of Medicare Managed Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005. № 3. P. 475–504.
105. WHO. URL: <http://www.who.int>. (дата звернення: 01.06.20221)