

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти

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

_____ В.А. Огнев

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

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

В.В. Саркіс-Іванова

Керівник,

д.держ.упр., проф.

О.А. Мельниченко

Рецензент

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	5
1.1 Якість медичних послуг як об'єкт публічного управління	5
1.2 Механізми публічного управління якістю медичних послуг	14
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	26
2.1 Стан розвитку українського ринку медичних послуг	26
2.2 Регіональні та місцеві програми щодо забезпечення якості медичних послуг	37
РОЗДІЛ 3 КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	46
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення якості медичних послуг	46.....
3.2 Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого підвищення якості доступних медичних послуг	56....
ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69

ВСТУП

Актуальність проблеми. Почасти неспроможні самотужки впоратись з більшістю ситуацій, аби підтримати у належному стані власне здоров'я. Звісно, можна згадати про необхідність ведення здорового способу життя, дотримання санітарно-гігієнічних та епідеміологічних вимог, своєчасної профілактики захворювань тощо, але у випадку з більшістю захворювань (виключаючи факт самолікування) люди потребують кваліфікованої допомоги, а тому зростає значущість доступності якісних медичних послуг. Останнє стає можливим за умови не лише моральної та матеріальної готовності людей до лікування, а й рівня розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я. Означене здійснюється не лише (допоки, не стільки) під впливом ринкових механізмів, а й механізмів публічного управління розвитком ринку медичних послуг. Ураховуючи існуючі недоліки у цій сфері, вищезгадані механізми потребують вдосконалення, що й спонукало автора до проведення відповідного актуального дослідження.

В сучасних умовах над цією проблемою плідно працюють Буравльов Л. [4], Вашев О. [7; 8], Григорович В. [12], Дешко Л. [15], Карамішев Д. [7], Карлаш В. [21], Кланца А. [22], Котляревський Ю. [24; 25], Кризина Н. [26], Лехан В. [27; 28], Медяник Г. [30], Мельниченко О. [32–38; 87], Мезенцева Н. [39], Муратов Г. [35–36], Радиш Я. [55], Удовиченко Н. [37–38], Худоба О. [63], Шевцов В. [66], Штогрин О. [68]. та інші вчені.

Мета та задача дослідження: на основі дослідження діючих в Україні механізмів публічного управління якістю медичних послуг обґрунтувати основні напрями їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети необхідно виконати такі завдання:

- з'ясувати сутність якості медичних послуг як об'єкту публічного управління;
- дослідити діючі механізми публічного управління якістю медичних послуг;

– оцінити результати публічного управління розвитку українського ринку медичних послуг;

– виокремити для подальшої адаптації до умов України передовий світовий досвід щодо забезпечення якості медичних послуг;

– запропонувати для подальшої реалізації комплекс заходів за пріоритетними напрямками для подальшого підвищення якості доступних медичних послуг в Україні.

Об'єктом дослідження є забезпечення якості медичних послуг.

Предметом дослідження є публічне управління якістю медичних послуг.

Методи дослідження. абстрактно-логічний – для теоретичних узагальнень і формування висновків; аналізу та синтезу – для оцінки параметрів вітчизняного ринку медичних послуг; статистичних порівнянь – для дослідження результативності публічного управління якістю медичних послуг.

Практичне значення результатів дослідження полягає в поглибленні існуючих уявлень про застосування механізмів публічного управління якістю медичних послуг.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Якість медичних послуг як об'єкт публічного управління

Здоров'я безпосередньо визначається рівнем включення людини у відповідне соціальне середовище, в межах якого вона виробляє певні властивості, необхідні для індивідуальної реалізації. Як об'єктивна умова людської буттєвості здоров'я забезпечує людині можливість для задоволення об'єктивних потреб, а також влиття її у структури соціуму, радикально не деформуючи його [22]. Інакше відсутність здоров'я призводить до руйнування соціального середовища а відтак і деформації внутрішнього світу людини та до неспроможності протидіяти соціальному середовищу [90]. Функціонально й психологічно спроможна, здорова, людина здатна забезпечити сталий розвиток держави. Для досягнення цього система охорони здоров'я повинна бути конкурентоспроможною, інноваційною, гнучко й швидко реагувати як на зміни зовнішнього середовища в країні, так і на глобальні виклики [5].

Конституція України гарантує, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно викликає багато суперечок і непорозумінь. Але він має свій сенс, оскільки надання медичної допомоги хворому є не тільки частина оплачуваної роботи лікаря, але й його обов'язок, невиконання якого карається [23].

Наразі, особливо в контексті проведення медичної реформи, на перший план виходить якість надання медичних послуг: дії медичного персоналу по задоволенню насущних потреб пацієнтів у відновленні й підтримці здоров'я [68]; послуга лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого [71]; захід або комплекс заходів, що виходять за межі визначеної лікарем медичної допомоги,

та надаються за бажанням фізичної особи або на замовлення юридичної особи на платних засадах [54]; оплачуване замовником використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань, а з тим – забезпечення відновлення фізичного, психологічного чи соціального здоров'я пацієнта [33]; захід або комплекс заходів, які спрямовані на профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, що мають самостійне завершене значення й певну вартість [48].

Медична послуга має вартість й оплачується її споживачем (фізичною особою), організацією чи державою. Оскільки медична послуга має вартість, вона може надаватися тільки організацією й іншим суб'єктом господарювання, які мають на це дозвіл відповідно до чинного законодавства – наявність ліцензії, державної реєстрації та ін. (звідси і вимоги щодо наявності медичної освіти з боку основного персоналу, що надають ці послуги). Медична послуга, разом з традиційними її властивостями (нематеріальність, невіддільність від виробника, мінливість, неможливість транспортування і збереження), має низку специфічних рис, властивих саме їй: медична послуга може бути дуже тривалою у часі (у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта); не завжди відчутним є ефект від споживання послуги (у випадку профілактичних заходів); медицина більшою мірою, ніж будь-яка інша галузь, відчуває на собі вплив державного впливу, що спостерігається за наявності переважно державного фінансування, необхідності ліцензування, вимог до кваліфікації персоналу [2]; споживач послуги бере участь або присутній при її виконанні до досягнення цілі; збудована на довірі споживача до виконавця; оцінка якості суб'єктивна, залежить від особистості споживача; при наданні медичної послуги присутній ризик смерті [70].

Медичні послуги характеризуються такими особливостями: з одного боку прагнення людей до здоров'я забезпечує постійний попит на них, з іншого – породжує негативний попит (щеплення, хірургічні процедури, стоматологічні маніпуляції тощо) [18]. Виокремлення медичних послуг загального соціального спектру дозволило здійснити їх класифікацію з урахуванням їх специфічності, а

також визначити сферу охорони здоров'я як органічну частину суспільного господарства, що розвивається за об'єктивними законами. Класифікація та сегментація медичних послуг, як, водночас, відчутних і нематеріальних, уможливили застосування загальних наукових підходів до вирішення важливої проблеми підвищення їх якості. При визначенні якості медичного обслуговування необхідно враховувати думку пацієнта як споживача, який розглядає послугу як товар і оцінює її якість з власної позиції [24].

Медичні послуги розглядають як багаторівневий феномен [3]. Перший рівень її розуміння – основний, послуга за задумкою та є саме медичною допомогою. Другий рівень – послуга у реальному виконанні, а саме визначений рівень якості надання медичної допомоги, торгова марка (назва конкретної лікарні, у якій надається ця послуга), комфорт та естетика при її наданні, сервіс чи додаткові послуги (наприклад, разом з наданням медичної допомоги щодо лікування конкретного захворювання надаються послуги з діагностики усього організму, аналізи, лікуються додаткові захворювання, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, медикаментозне забезпечення, консультація дієтолога, профілактичні заходи та інше). Третій рівень – це всі інші рівні плюс підтримка інструментами маркетингу, а саме цінова політика, якщо послуга не є безкоштовною для споживача; політика розподілення; маркетингова політикою комунікацій. Четвертий рівень – отримання споживачем послуги не за основним її призначенням, а за прихованими мотивами (одинокі людина відвідує свого лікаря не з причин нездужання, а з метою поспілкуватися, отримати якусь пораду; споживач їде до санаторію не з метою лікування, а з туристичною метою, чи з метою пожити деякий час відокремлено від сім'ї) [2].

Простежується наступна послідовність міри відповідності медичних послуг потребам ринку:

- 1) швидкість надання медичної допомоги (послуги);
- 2) репутація, імідж медичної установи, лікаря;
- 3) властивості послуги;

- 4) якість обслуговування та безпосереднього надання медичної допомоги;
- 5) інтер'єр приміщення;
- 6) вартість медичного обслуговування, ціна медичної послуги.

Нині функціонують дві форми надання медичних послуг – «безкоштовна» й платна. З одного боку – більшість «безкоштовних» державних/комунальних підприємств охорони здоров'я із штатом хороших лікарів, які працюють на фізично зношеному та морально застарілому медобладнанні; з іншого боку – незначна частка платної медицини із сучасною технікою і професійними фахівцями. Ці дві форми неврівноважені, а два абсолютно різні підходи до надання медичних послуг не тільки на рівні власне послуги. Система відповідальності за ненавмисні дії, які завдали шкоди пацієнтові, у державних і приватних клініках/лікарнях різні [18].

Останнє дозволяє стверджувати, що наразі важливо не лише кількість наданих медичних послуг, а і їх якість, яка, своєю чергою, пов'язана з вирішенням проблем розвитку цього ринку на етапі його становлення, з механізмами ціноутворення, їх надання та реалізації, запровадження певних ринкових моделей функціонування ринку медичних послуг. Нині якість медичних послуг є однією з запорук економічної безпеки підприємств сфери охорони здоров'я, оскільки порівняно низька якість таких послуг призводить до втрат (первинних і вторинних) іміджевих і фінансових ресурсів, необхідних для подальшого розвитку [35], а також є одним з визначальних чинників для забезпечення успішної взаємодії з пацієнтами. На відміну від державних і комунальних, приватні медичні заклади застосовують ефективніший менеджмент і конкурують один з одним, що призводить до впровадження інновацій та постійного підвищення внутрішньої ефективності [19].

Якість медичних послуг базується на таких основних принципах: безпека (надання допомоги без наявного ризику для хворих); доступність медичних послуг (характеризує відповідність надання медичних послуг очікуванням й можливостям їх отримання); економічна ефективність, результативність, економічність (раціональне використання ресурсів – передбачає прийнятне

співвідношення витрат і результату) [24; 25]; раціональність (застосування корисних медичних технологій при конкретних захворюваннях чи в окремих клінічних ситуаціях); своєчасність надання медичної допомоги (передбачає отримання у чітко визначений період медичних послуг, коли їх потребує хворий, що тим самим не погіршує його фізичний і психологічний стан) [25]; безперервність; зручність; науково-технічний рівень лікування; міжособистісні взаємини; мотивація медичних працівників; орієнтація на пацієнта; професійна компетенція фахівців; профілактична спрямованість допомоги [24].

Кількісні та якісні параметри медичних послуг значною мірою формуються під впливом ринкових механізмів (попит, пропозиція, конкуренція), а власне взаємодія надавачів і споживачів відбувається власне на ринку медичних послуг – сукупності соціально-економічних відносин у сфері охорони здоров'я [17]. Специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг. Сама по собі послуга являє специфічну форму виробничої діяльності, результат якої спрямований не на створення матеріального блага, а на отримання певного (конкретного) корисного ефекту, що стосується безпосередньо людини [68]. Розвинений ринок медичних послуг забезпечує населенню належний доступ до якісного медичного обслуговування, опосередковано впливаючи на збільшення тривалості життя, поліпшення здоров'я, збереження генофонду нації. Проте в Україні сучасний ринок медичних послуг є складним, багаторівневим, поліфункціональним утворенням, формується спонтанно і хаотично, а в деяких регіонах доволі повільно. Посилення конкуренції змушує медичні установи шукати принципово нові моделі розвитку. Тому підвищується актуальність застосування комплексу маркетингу як найефективнішого засобу зміцнення позицій медичних установ і надання медичних послуг. Окрім цього, важливою детермінантою здоров'я є потенціал і раціональність в роботі системи охорони здоров'я, що потребує суттєвої перебудови [17]. Ринок медичних послуг доволі віддалений від ринку досконалої конкуренції, більше того, йому притаманні

риси монополістичної конкуренції, навіть монополії [68]. Важливою умовою розвитку ринку медичних послуг є зміцнення інноваційного потенціалу сфери охорони здоров'я. Оскільки ринок приватних медичних послуг тісно пов'язаний з обсягом безкоштовної медичної допомоги й тіньовими медичними послугами в суспільному секторі. Разом вони передбачають залежність попиту на медичні послуги та пропозиції, яка є результатом діяльності надавачів цих послуг. Власне на регіональному рівні пропозиція медичних послуг формується кількістю лікарів та їх професійно-кваліфікаційним рівнем, вартістю медичного обладнання, податками, нормативно-законодавчою діяльністю держави, якістю страхової галузі тощо. Конкуренція є необхідним елементом ринкових відносин. Збільшення кількості конкурентів на регіональному ринку медичних послуг сприятиме прагненню до підвищення конкурентоздатності шляхом удосконалення форм обслуговування пацієнтів, використання сучасної медичної діагностичної апаратури [20; 21].

Варто відзначити, що маркетинг медичних послуг мусить враховувати обернену залежність якості і попиту, яку породжують дані послуги: чим вища якість медичної послуги, тим менший попит на неї в кінцевому результаті. Також, необхідно враховувати, що охорона здоров'я не є суцільним товаром, а складається із численних самостійних і різноманітних компонентів, зрештою, як і кожна окрема медична послуга. Причому ці компоненти можуть бути строго специфічні для одних і тих самих послуг, наприклад, перев'язки у різних відділеннях лікувально-профілактичного закладу. Суттєвою особливістю є і те, що як виробник (лікар), так і споживач (пацієнт) можуть самі безпосередньо впливати на природу медичної послуги чи предмета споживання. Діяльність лікаря є саме чистою послугою, в основі якої покладено ефект збереження та зміцнення здоров'я. Цю послугу не можна побачити, спробувати, дізнатися до моменту її набуття. Пацієнт, який прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат відвідин. Він повинен вірити лікареві на слово. Цю послугу не можна демонструвати, її не можна здійснювати через посередників, оскільки на прийом повинен прийти безпосередньо той, хто потребує цієї

послуги. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні (хірургічні операції практично не виконуються вдома, а ін'єкції медпрацівник може виконати й на виїзді). Вище наведене додатково підкреслює, що ринок надання медичних послуг є достатньо специфічний. Це не означає, що особливий він тільки в Україні, специфіка накладає відбиток на цей різновид бізнесу як у нас в країні, так і за кордоном [18]. Так, у США, зважаючи на таку особливість послуги, як неможливість її зберігання, лікарі беруть плату і з тих, хто не з'явився на прийом, оскільки вартісна значимість послуги існувала якраз у момент неявки пацієнта [60]. Попит на медичні послуги включає у себе таку невизначеність як інформація про стан здоров'я, і аж потім – окремі способи лікування чи профілактики. У такій ситуації лікар виступатиме не лише як безпосередній виробник послуги, а і як агент, який захищає інтереси свого пацієнта й бере на себе тягар відповідальності за прийняте рішення. Ринок надання різних видів послуг ще й досі характеризується рисами нестабільності, хаотичності, що властиво для капіталізму. І якщо у сфері надання побутових послуг вже відбулася капіталізація виробництва, то ринок медичного послуг, зважаючи на наявність монополістів серед гравців ринку, перебуває у неоднозначному стані. Причини цього стану зумовлені як власне природою надання послуг, так і особливостями національної економіки [3].

Для успішної конкуренції в умовах трансформації ринку медичних послуг необхідно, щоб у центрі філософії КНП був пацієнт. Тобто всі матеріальні та трудові ресурси, бізнес-процеси повинні бути організовані таким чином, щоб пропонувати на ринку ті медичні послуги, які бажають отримувати споживачі, в яких є найбільша потреба, і робити це краще за конкурентів. Для успішного функціонування на ринку медичних послуг для КНП надзвичайно важлива оцінка маркетингової орієнтації їх діяльності. Водночас, маркетингова орієнтація ґрунтується на реальному аналізі побажань, тенденцій і потреб ринку медичних послуг, а також на прагматичній оцінці того, наскільки послуги, які надає клініка/лікарня, відповідають цим вимогам. Отож, тільки чітко усвідомлюючи поточний стан підприємств сфери охорони здоров'я,

можна визначити його цілі й зміни, для досягнення означених цілей [18]. Особливість і неоднозначність вітчизняного ринку медичних послуг полягає у наступному: по-перше, надання багатьох їх різновидів не пов'язане з великими первинними витратами та наявністю значного стартового капіталу; по-друге, попит на цьому ринку може активно приваблювати у цю сферу як нових спеціалістів, так і псевдофахівців. Тому абсолютно зрозуміле прагнення вже існуючих учасників на ринку всіма можливими засобами мінімізувати можливість появи на такому ринку нових учасників, обмежити попит, підняти ціни й максимізувати прибутки. На ринку досконалої конкуренції, якщо компанія відкриває кращий спосіб виробництва, то приваблює до себе покупців зниженням ціни на товар чи послугу. На ринку медичних послуг це неможливо, оскільки пацієнт може неадекватно зрозуміти зниження ціни – це може бути сигнал про неякісні послуги. В результаті такої ситуації компанії можуть піднімати ціни, тобто все далі відходити від ринку досконалої конкуренції [62]. Тому ринок медичних послуг дуже далекий від ринку досконалої конкуренції; більше того, у економічній теорії він класифікується як ринок монополістичної конкуренції, а почасти – навіть монополії. Ці обставини свідчать про гостроту проблем на ринку й ставлять на порядок денний зобов'язання перед структурами публічного управління щодо регулювання й дерегулювання правил ведення бізнесу на цьому ринку. Нині ринок медичних послуг можна класифікувати як ринок продавця, тобто існує пріоритет виробника по відношенню до споживача. Це виявляється у диктаті з боку виробника (КНП), у зменшенні свободи вибору для споживача та й узагалі в дефіциті. Ринок продавця став головним гальмом на шляху запровадження нових медичних технологій і виникнення нових медичних послуг [65].

Оскільки нині держава втрачає монопольний вплив на розвиток сфери охорони здоров'я, тому він стає об'єктом публічного управління – відкритого (у межах власних і делегованих повноважень) впливу наділених владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів і максимізації вигод

[50]. Тому, на відміну від ряду попередніх досліджень [4; 6; 21; 55; 66; 69], зосередимось на з'ясуванні особливостей розвитку сфери охорони здоров'я (надання медичних послуг) як об'єкту саме публічного управління.

Оскільки донині науковою спільнотою не сформульовано усталено тлумачення поняття «публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я», то доречним убачається огляд дотичних до нього понять. Так, зокрема, В. Пашков під «державним регулювання діяльності в сфері охорони здоров'я» розуміє діяльність держави в особі її органів, що спрямована на забезпечення публічних інтересів шляхом використання переважно адміністративних засобів впливу на відносини та поведінку господарюючих і не господарюючих суб'єктів [46]. Але акцент на адміністративних засобах впливу фактично нівелює значущість інших (економічних, правових, організаційних, соціально-психологічних) методів публічного управління. В. Шевцов наголошує, що «державне управління системою охорони здоров'я» – цілеспрямовані дії щодо посилення впливу держави на зміцнення здоров'я громадян, що реалізуються завдяки організуючим, регулюючим, контролюючим заходам і здійснюються органами державної влади з метою надання населенню якісної медичної допомоги [66], акцентує на використанні основних функцій управління, але не конкретизуючи об'єкт такого впливу (медичні заклади) [87]. В. Карлаш витлумачує «державне регулювання у сфері охорони здоров'я» як сукупність організаційно-правових норм і механізмів органів державної влади й місцевого самоврядування, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, медичного, культурного, санітарно-гігієнічного характеру, які призначені для збереження і зміцнення фізичного й психічного здоров'я населення, підтримки довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я [21]. При цьому слід зважати на таке: відсутність розмежування делегованих і власних функцій органів місцевого самоврядування в цій сфері потребує додаткових пояснень їхньої ролі у цьому процесі; «організаційно-правові норми» є засобом і складовою механізму регуляторного впливу

держави, а тому їх некоректно «прирівнювати»; акцентують на «збереженні та зміцненні здоров'я населення», з незрозумілих причин відсутні будь-які згадки про розвиток медичних закладів як ключової складової цієї сфери [87]. Подібні тлумачення пропонують Н. Мезенцева [39] та Я. Радиш [55], акцентуючи увагу на систематичному організуючому впливу з боку держави суспільних відносин у цій сфері. При цьому ці науковці [6; 39; 55] зосередились на необхідності реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я та впливу на медичну діяльність, тим самим обмежуючись «загальними положеннями» й лише віртуально артикулюючи у бік здоров'я населення [87]. Певною мірою уникає вищенаведених недоліків тлумачення, запропоноване О. Мельниченком, а саме: «державне управління розвитком сфери охорони здоров'я» – діяльність органів державної влади з вироблення, реалізації і вдосконалення регуляторного впливу на взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів, а також на розвиток сфери охорони здоров'я й суміжних галузей і сфер національної економіки [38].

Під публічним управлінням розвитком сфери охорони здоров'я (якістю медичних послуг) розуміють відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив 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 [87].

Отож, результати розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я загалом, і доступність населення до якісних медичних послуг значною мірою обумовлене специфікою механізмів публічного управління у цій сфері.

1.2. Механізми публічного управління якістю медичних послуг

Належне публічне управління, аналіз і вивчення відносин, пов'язаних з наданням медичних послуг, сприятимуть підвищенню їх якості, реалізації основних прав громадян, ефективності сфери охорони здоров'я, зміцненню та збереженню здоров'я населення, і, як наслідок, справлятимуть позитивний

вплив на успішне вирішення багатьох соціально-економічних проблем [39]. Існуючі моделі публічного управління надання медичних послуг по-різному інтегрують суб'єктів та об'єктів цього процесу (лікарів, пацієнтів, менеджерів, науковців тощо), але мета їх використання – єдина й полягає в реалізації публічної політики на засадах дієвого контролю якості медичних послуг і їх доступності, доцільного реформування сфери охорони здоров'я, залучення благодійних фондів і інвесторів [24]. Органи публічного управління для виконання своїх функцій використовують відповідні механізми управління – штучно створені системи, які відповідно до базових принципів і функцій управління, за допомогою доступних методів і засобів здійснює регуляторний вплив на суспільство, завдяки чому забезпечує ефективне функціонування системи публічного управління для досягнення визначеної мети та розв'язання протиріч, що виникають між учасниками цього процесу [32]; система, призначена для практичного здійснення публічного управління та досягнення поставлених цілей, яка має визначену структуру, методи, важелі, інструменти впливу на об'єкт управління з відповідним правовим, нормативним та інформаційним забезпеченням [12].

Оскільки донині науковою спільнотою не сформульовано усталено тлумачення поняття «механізм публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я», тому доречно розглянути споріднені поняття та їх тлумачення. Так, зокрема, Г. Медяник витлумачує «механізм фінансування сфери охорони здоров'я» як сукупність організаційно-правових форм і методів формування, розподілу та використання фінансових ресурсів для забезпечення фінансування цієї сфери [30], тим самим ігноруючи адміністративну, соціально-психологічну та власне економічну складову цього процесу [34]. В. Карлаш переконана, що «комплексний механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я» є сукупністю організаційно-економічного, фінансового, правового, політичного, ресурсно-кадрового, мотиваційного, інформаційно-довідкового, інноваційно-логістичного 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 цієї сфери [21]. В. Григорович вважає, що «організаційний механізм державного управління в системі охорони здоров'я» є прямим або опосередкованим впливом органів державної влади та органів місцевого самоврядування на структуру, функції, зовнішню і внутрішню взаємодію постачальників медичних послуг та медичного забезпечення [12]. Проте за такого підходу поза регуляторним впливом залишаються споживачі цих послуг (пацієнти та їхні родичі). О. Мельниченко, О. Косілова, В. Нестеренко тлумачать поняття «механізми публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я» як 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 [34].

В механізмі публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я виділяються такі функціональні блоки: організаційний, нормативно-правовий, методичний, інформаційний [30], що дозволяє провести дослідження й подальший аналіз кожного блоку на відповідність і несуперечність функціонуванню всієї сфери охорони здоров'я у рамках цього механізму.

Структура публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я включає: соціальну (індивіди та їх об'єднання, інтереси яких перетинаються у процесі формування певної стратегії), економічну (методи і способи здійснення ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я), структурно-управлінську (організація цієї сфери та методи й способи управління нею), комунікативну (процедури обміну інформацією між акторами цієї сфери), нормативну (принципи організації цієї сфери) складові у їх взаємозалежності й взаємодії, що дозволяє забезпечити конструктивний діалог між суб'єктами та об'єктами цього процесу, оцінити якість медичних послуг споживачами, розширити можливості задоволення потреб усіх зацікавлених сторін у реформуванні цієї сфери національної економіки [15]. Серед елементів механізму публічного

управління розвитком сфери охорони здоров'я прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт управління, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи управління, а також його результати [21].

Суб'єктами публічного управління є відповідні інституції [49]:

1) Вищі органи державної влади: Верховна Рада України (визначати мету, головні завдання, напрями, принципи та пріоритети публічного управління в сфері охорони здоров'я; встановлювати нормативи й обсяги бюджетного фінансування; затверджувати перелік комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я); Президент України (гарантує права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, реалізує державну політику щодо охорони здоров'я); Кабінет Міністрів України (розробляє й реалізує комплексні механізми, спрямовані на стимулювання ефективної діяльності в сфері охорони здоров'я; забезпечує розвиток мережі державних і комунальних підприємств охорони здоров'я; сприяє укладанню міжурядових угод; координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я).

2) Органи виконавчої влади загальної компетенції: (Міністерство оборони України, МВС, Міністерство інфраструктури України, СБУ тощо), разом з МОЗ беруть участь у здійсненні державної політики щодо охорони здоров'я за рахунок надання медичних послуг населенню.

3) Органи виконавчої влади галузевої компетенції: Міністерство охорони здоров'я України (забезпечує реалізацію державної політики щодо охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення); Національна служба здоров'я України (реалізація державної політики щодо державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконання функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій).

4) Місцеві державні адміністрації: реалізовує державну політику щодо охорони здоров'я; здійснює загальне керівництво підприємствами охорони

здоров'я, які належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення; сприяє запобіганню інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; вживає заходів для зберігання мережі підприємств охорони здоров'я та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх під час розробки проектів програм соціально-економічного розвитку; організовує роботу підприємств охорони здоров'я з надання населенню пільг і допомоги, пов'язаної з охороною материнства та дитинства.

5) Органи місцевого самоврядування: забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, ПМСД, профілактики хвороб; на районному рівні – гарантування надання медичних послуг вторинного рівня; на обласному рівні – надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Об'єктами публічного управління є: сфера охорони здоров'я загалом; взаємодія у ланцюгу «органи публічного управління – підприємства охорони здоров'я та їхній персонал – пацієнти та їхні родичі – постачальники необхідних ресурсів»; надання медичних послуг.

Метою публічного управління у сфері охорони здоров'я є кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав [49] як запоруки підвищення доступності якісних медичних послуг і покращання здоров'я населення; здійснення успішної діяльності медичних установ державного та недержавного секторів охорони здоров'я [21].

Завданням охорони здоров'я України є гарантування фундаментального права людини на здоров'я, як основи економічного та соціального розвитку, політичної стабільності й найважливішого критерію життя кожної людини, сім'ї, громади держави [85]; формування ефективного механізму публічного управління та оцінку кінцевого результату діяльності, ґрунтуючись на ключові показники ефективності й результативності [21].

Принципи публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я: покращання здоров'я населення [28; 53; 80]; забезпечення справедливості в

розподілі та доступності фінансових ресурсів; відповідність запитам і потребам людей [28; 53]; запровадження ефективних і дієвих інструментів розширення переліку якісних медичних послуг для населення, формування розгалуженої мережі підприємств охорони здоров'я та забезпечення її кваліфікованими медичними кадрами [22]; забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих виключно на людину; підвищення рівня добробуту населення [80].

Заходи публічного управління:

– держава: поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання; вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань; створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання й навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби зі шкідливими звичками; інтенсивний розвиток медичної і фармацевтичної промисловості; удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників і пацієнтів; визначення критеріїв диференціації розміру оплати праці медичних і фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи; забезпечення всебічного гармонійного фізичного й психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання; забезпечення раціонального збалансованого харчування населення; забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів із попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, пов'язаних із забрудненням і шкідливим впливом факторів довкілля; запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я [28].

– галузь: запровадження системи ліцензійних інтегрованих іспитів у медичних ВНЗ, незалежно від їх підпорядкування, для уніфікованого контролю

за якістю підготовки фахівців для сфери охорони здоров'я; розроблення державних комплексних і цільових програм охорони здоров'я населення; визначення пріоритетів медичної допомоги та обґрунтування переліку та обсягу гарантованого рівня безоплатної медичної допомоги громадянам у державних і комунальних підприємствах охорони здоров'я; створення системи забезпечення і контролю якості надання медичної допомоги на основі розроблених показників якості; розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини; проведення медичної реформи для ліквідації диспропорцій у розвитку різних видів медичних послуг, раціоналізації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги; удосконалення системи інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я на основі широкого розвитку інформаційних мереж, реорганізації медико-статистичної служби; удосконалення порядку акредитації підприємств сфери охорони здоров'я та атестації медичних працівників [31].

Для виконання покладених на них функцій кожний з суб'єктів публічного управління використовує універсальні та специфічні способи й прийоми в рамках визнаних механізмів управління, які поділяються за способом впливу:

– адміністративні: встановлення фіксованих державних цін на медичні послуги першорядного значення; публічне управління цінами на медичні послуги другорядного значення, продукцію (товари) медичного призначення, роботи медичного характеру; державна акредитація підприємств/закладів охорони здоров'я; державний контроль і нагляд за сферою охорони здоров'я; дозволи на здійснення медичної практики; єдині кваліфікаційні вимоги (до медичних й інших працівників підприємств охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; до осіб, які провадять певні види медичної діяльності); контроль (виконання місцевих і регіональних програм у сфері охорони здоров'я; дотримання оптимальних термінів лікування хворих в спеціалізованих відділеннях лікарень; використання та зберігання наркотичних і сильнодіючих лікарських засобів; стану санітарно-гігієнічного, протиепідеміологічного режиму та профілактики інфекцій; якості лікувально-діагностичного процесу; причини та структури летальності; ліцензування права

здійснення медичної практики, проведення судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами; нормування (амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна медична допомога; харчування для дітей у дошкільних навчальних закладах, фізіологічні норми харчування для осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи; радіаційної безпеки та допустимі рівні впливу на людину інших фізичних факторів; навантаження лікуючих лікарів); оформлення відповідних документів щодо відведення земельних ділянок у постійне користування КНП; медико-біологічні й соціально-психологічні показання для зміни (корекції) статевої належності; медичні показники застосування методів стерилізації громадян; медико-соціальна експертиза (виявлення міри обмеження життєдіяльності особи); проведення метрологічної атестації рентгенівського обладнання й індивідуальних засобів захисту; діяльності КП «Молочна фабрика-кухня дитячого харчування»); перевірки надання медичної допомоги населенню (за контингентом і видом захворювань; призначення керівників КНП, контроль за їхньою діяльністю, внесення пропозицій щодо продовження терміну контракту чи достроковому його розірванню); подання до суду позовів про відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю населення; стан впровадження в стаціонарах протоколів надання медичної допомоги); порядок (застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; надання первинної, вторинної, третинної, екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації; допуску до професійної діяльності в Україні громадян, які пройшли медичну або фармацевтичну підготовку у навчальних закладах іноземних держав; проведення судово-медичної експертизи та судово-психіатричної експертизи; надання медичних послуг лікарями та іншими медичними працівниками і порядок направлення пацієнтів до підприємства охорони здоров'я, що надає медичну послугу відповідного виду; здійснення організації та забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги; проведення медичних оглядів і обстежень працівників; застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона; проведення патолого-

анатомічного розтину; приписи; регламенти медичних втручань, дозові межі опромінення пацієнтів з урахуванням особливостей конкретних медичних втручань; правила та періодичність проведення обов'язкових профілактичних оглядів певних категорій населення; проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів; примірні штатні розклади й таблиці оснащення закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та їх структурних одиниць; проведення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методів їх використання; застосування трансплантації органів й інших анатомічних матеріалів людини; проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів та експертизи матеріалів клінічних випробувань з метою їх застосування у клінічній практиці; розміщення на території населеного пункту медичних закладів та їхнє фінансування; спеціальні дозволи фізичним особам – підприємцям на зайняття народною медициною (цілительством); застосування методів психологічного й психотерапевтичного впливу); стандартизація медичної допомоги (клінічні протоколи та стандарти), медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій; державні та галузеві стандарти якості лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів; умови провадження господарської діяльності із зайняття народною медициною (цілительством);

– економічні: аналіз (споживання енергоресурсів і бюджетних коштів КНП; виконання капітальних і поточних ремонтів у КНП; безпроцентні позики; державне замовлення підготовки різних категорій медичних кадрів, замовлень на поставку товарів медичного призначення; будівництво медичних закладів; адресна допомога на оплату лікування найбільш нужденним; державні субсидії; дотації з державного та місцевих бюджетів; залучення коштів підприємств, установ, організацій та громадян, інвестиційне забезпечення проєктів у сфері охорони здоров'я; маркетингові інструменти просування медичних послуг і підвищення їх якості та доступності; збір благодійних внесків і спонсорської допомоги, спрямування цих коштів (ресурсів) на реалізацію соціально значущих проєктів (закупка медичного обладнання та препаратів для КНП;

місцевого бюджету та позабюджетних фондів для фінансування будівництва нових, розширення та реконструкції діючих підприємств охорони здоров'я; податки; обов'язкове (державне) медичне страхування; пільгове оподаткування (за користування земельною ділянкою під медичний заклад); пільгові строки амортизації; попередження та штрафи за правопорушення; пріоритетне надання кредитів і встановлення спеціальних субсидій; субсидування платежів за надані медичні послуги за непрацююче населення; централізоване бюджетне фінансування провідних лікувальних і навчальних медичних центрів країни;

– організаційні: аналіз діяльності підприємств охорони здоров'я, стану якості надання лікувально-профілактичної допомоги населенню; визначення конкретного складу, обсягу медичних послуг і лікарського забезпечення, безкоштовне надання яких держава гарантує громадянам у разі різних видів захворювань; виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України; залучення громадськості до забезпечення безпеки у сфері охорони здоров'я; зміна господарсько-правового статусу підприємств охорони здоров'я; конкурси для проведення наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки; інвентаризація приміщень у підприємствах охорони здоров'я, які надаються в оренду; координація діяльності місцевих органів публічного управління у сфері охорони здоров'я; місцеві програми розвитку сфери охорони здоров'я; моніторинг (ціноутворення на платні медичні послуги; міждержавні, загальнодержавні та регіональні програми покращання здоров'я населення; міжнародне співробітництво; стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення підприємств охорони здоров'я); надання місцевим органам влади з питань охорони здоров'я інформації про захворювання персоналу; наукове забезпечення функціонування системи екстреної медичної допомоги; облік кількості хворих за видами хвороб; план заходів щодо підготовки КНП до роботи в осінньо-зимовий період; підготовка лікарів і медичних працівників; поширення медичних знань та інформації про способи лікування; процедура закупівлі у Департаменті охорони здоров'я; укладання угод і договорів; робота з електронними петиціями; реєстрація, облік, аналіз і

реагування на заяви, скарги та пропозиції населення щодо обсягів та якості наданої медичної допомоги, а також цін та якості медичних послуг; розмежування первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги; розширення мережі підприємств ПМСД; роз'яснення населенню положень законодавства про медичну реформу; участь (засідання виконкому органу місцевого самоврядування, постійної комісії з питань охорони здоров'я, комісії з техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій; науково-практичні конференції); централізована закупівля медичного обладнання та виробів медичного призначення; реформування вторинної ланки медичної допомоги; розподіл і працевлаштування випускників ВНЗ, що належать до сфери управління МОЗ, у медичні заклади в межах державного замовлення;

– правові: Конституція України, Закони України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), «Про лікарські засоби» (1996 р.), «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» (1999 р.), «Про права пацієнтів в Україні» (2005 р.), «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від (2017 р.); Укази Президента України: «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» (2000 р.), «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація"» від (2016 р.); Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України «Про Програму подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» (2002 р.), «Про затвердження Порядку забезпечення інвалідів і дітей-інвалідів технічними та іншими засобами» (2009 р.), «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини в сфері охорони здоров'я» від (2015 р.), «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я», «Про запровадження відшкодування вартості лікарських засобів», «Про державне регулювання цін на лікарські засоби», «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (2016 р.), «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» від

(2017 р.), «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної меддопомоги на 2018 рік», «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій», «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», «Деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік» (2018 р.); Накази МОЗ «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» (2011 р.), «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу», «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (2018 р.);

– соціально-психологічні: виховання; договірні процеси; виступи у ЗМІ; інформування населення про стан його здоров'я, а також про можливі фактори ризику його погіршення; психологічні настанови; переконання; роз'яснення; подання письмових зауважень, пропозицій і рекомендацій; соціальні норми; пропаганда здорового способу життя; просвітництво; суспільний тиск; формування культури у сфері охорони здоров'я.

Отож, наразі в Україні сформовано систему механізмів публічного управління якістю медичних послуг. Проте їх наявність є лише передумовою для розвитку цієї сфери, хоча більш значимим, все ж, є належне використання таких механізмів. При цьому важливо, щоб практична медицина мала достатнє ресурсне забезпечення та коректну систему оцінювання результатів публічного управління.

Розділ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Стан розвитку українського ринку медичних послуг

Як зазначають експерти ВООЗ, за останні півстоліття здатність системи охорони здоров'я впливати на здоров'я населення збільшилась у декілька разів. За умов її ефективної організації, система охорони здоров'я може забезпечити зменшення загальної смертності у віці до 75 років – на 23 % у чоловіків і на 32 % у жінок; а смертності від ішемічної хвороби серця – на 40–50 % [28]. Проте українська сфера охорони здоров'я допоки не може похизуватись можливістю використати надбання сучасної медицини.

Варто відзначити, що прогресуюча комерціалізація медичних послуг діаметрально працює на розвиток сфери охорони здоров'я в умовах кризи й вимагає розроблення та запровадження новітніх заходів щодо забезпечення стабільності її функціонування. Через відсутність новітніх заходів у цій сфері у 2017 р. Україна посіла 127 місце за рівнем здоров'я і 130 – за ефективністю інституційної організації сфери охорони здоров'я. За очікуваною тривалістю життя Україна відстала від розвинених країн Європи на 11 років [16]. У 2016 р. Україна посіла друге місце у світовому антирейтингу показників смертності зі загальним національним коефіцієнтом 14,46. За темпами зростання чисельності населення утримує 228 місце (-0,60 %) в світі [45]. У 2017 р. Україна посіла у рейтингу 118 місце зі 188 країн світу за показниками здоров'я і благополуччя нації. Український середній показник – 54 зі 100 можливих, поруч з Україною – Сирія (117), Росія (119) та Білорусь (120). У лідерів рейтингу – Ісландії, Сінгапуру і Швеції – по 85 балів. Найгірші показники мають африканські, центрально-азійські та деякі близькосхідні країни. Найгіршими залишаються такі показники як смертність від воєнних дій (3), вживання алкоголю (8), ВІЛ-

інфекція (31), самогубства (34) та насильство (38). Не спостерігається загроз для здоров'я населення в Україні лише від таких факторів як стихійні лиха, малярія та забуті тропічні хвороби, а тому за цими показниками наша держава отримала максимальні 100 балів. Водночас, залишаються досить високими ризики таких стратегічних показників якості здоров'я нації як дитяча смертність, материнська смертність, рівень тютюнопаління та вживання алкоголю, захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД, туберкульоз і гепатит В, смертність від насильницьких дій (у жінок і чоловіків, включаючи фізичне, сексуальне і психологічне насильство) тощо [77]. Ідентифікація можливості отримання якісних медичних послуг, яка базується на п'яти споживчих індексах свідчить, що в середньому для 77 % громадян перехідних держав з несталою економікою закупівля ліків та оплата медичних послуг «забирають» більше половини бюджету, а тому 69 % із них переважно отримують посередні медичні послуги, інколи відмовляючись від купівлі дорогих ліків [9].

Нині в Україні налічувалося 22 тис. ліцензіатів на ринку медичних послуг, і це компанії всіх форм власності; з них 18 % – державних, комунальних і відомчих установ, 2 % – санаторіїв, 21 % – приватні медичні установи, 59 % – фельдшерсько-акушерські пункти [81]. На приватні клініки припадає понад 10 % ринку медичних послуг України [97]. При цьому державна медицина характеризується браком фінансування й високим рівнем зношеності основних фондів [19]. Обсяг ринку медичних послуг – понад € 131 млрд., з яких € 75,5 млрд. – бюджетні кошти (кошти держбюджету – € 12,5 млрд., решта € 63 млрд. – місцевих бюджетів). Ще € 55,8 млрд. було сплачено пацієнтами у вигляді готівкових коштів за надані медичні послуги. Лише третина від цієї суми (приблизно € 18–19 млрд.) належить приватному сектору медичних послуг [81]. Проте для приватних власників найбільший інтерес представляють амбулаторії і поліклініки, де проходить значна кількість пацієнтів, а час, відведений на їх обслуговування, набагато менше, ніж у стаціонарах. Не дивно, що в обласних центрах особливо висока частка комерційних структур (діагностичних), з одного боку, і поліклінічних закладів – з іншого [9].

Упродовж 1998–2007 рр. в Україні прийнято 45 загальнодержавних цільових програм і 10 затверджених на урядовому рівні комплексних заходів, спрямованих на покращення здоров'я та підвищення якості життя громадян, які значною мірою дублюють або лише доповнюють одна одну. Наслідком цього є надзвичайно низька ефективність реалізації державних цільових програм у цій сфері [26]. Концепцію реформи фінансування сфери охорони здоров'я було заплановано повністю реалізувати в три етапи 1) підготовчий етап (2017 р.); 2) етап запровадження (2018–2019 рр.); 3) етап інтеграції (2020 р.). Упродовж 2018–2019 рр. допускається фінансування ПМСД КНП, що не уклали договори з НСЗУ, через надання субвенцій з держбюджету відповідним місцевим бюджетам. Умови, порядок і терміни надання такої субвенції визначає Кабінет Міністрів України [49]. 2018 р. був перехідним, у якому в межах країни зберігаються дві форми фінансування ПМСД: 1) за рахунок медичної субвенції, що виділяється місцевим бюджетам («Медична субвенція з держбюджету місцевим бюджетам» \$ 5,23 млрд у 2018 р.); 2) за ставкою капіталазації, якою розпочалися виплати з 1 липня 2018 р. відповідно до бюджетної програми «Надання ПМСД»; \$ 8,05 млрд, яку було розроблено згідно з Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Мету заключного етапу становить налагодження повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я в масштабі всієї країни. Починаючи з 2020 р. державний гарантований пакет медичної допомоги (в т.ч. реімбурсацією лікарських засобів) повинен фінансуватися через НСЗУ у повному обсязі. Для цього всі постачальники медичних послуг, що хочуть брати участь у державній системі фінансування медичних послуг, мають укласти договори на надання медичної допомоги з НСЗУ [52].

В Україні має місце різновекторна зміна параметрів захворюваності населення України, а незначні їх коливання свідчать про збереження доволі складної ситуації у цій царині (табл. 2.1).

80 % пацієнтів отримують допомогу на другому чи третьому рівнях, оминаючи первинну ланку – амбулаторії та сімейних лікарів [44]. Українці

значно частіше звертаються до лікарів і довше лежать у лікарнях, хоча й мають гірші показники здоров'я, більшу смертність і меншу середню тривалість життя [63]. При обмеженому фінансуванні спостерігається надмірне використання стаціонарної й екстреної допомоги. В Україні хворі, розпочавши лікування у дільничного лікаря, лише на 8–26 % закінчують його на цьому ж рівні, решта скеровується до фахівців вузького профілю. Звідси – на поліклінічну допомогу в Україні витрачається 20 % коштів з бюджету сфери охорони здоров'я, у т.ч. на ПМСД – 5 %, а на стаціонарну – 80 % консолідованого бюджету сфери охорони здоров'я. Лікувально-профілактичні заклади сфери охорони здоров'я на сучасному етапі розглядають як бюджетні державні і комунальні установи. Їх мережа, відповідно до ст. 49 Конституції, не може бути скорочена [93].

Таблиця 2.1 – Захворюваність населення України [14]

Роки	Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, тис.									
	Усього	у т.ч.								
		новоутворення	хвороби нервової системи	хвороби системи кровообігу	хвороби органів дихання	хвороби шкіри та підшкірної клітковини	хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	хвороби сечостатевої системи	уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин
2014	26881	363	651	1880	11839	1570	1247	1756	48	1723
2015	26789	366	653	1844	11862	1567	1246	1779	48	1698
2016	27361	369	647	1826	12582	1564	1241	1761	47	1705
2017	26615	366	636	1781	12037	1564	1218	1724	47	1697
2018	27513	377	651	1802	12409	1569	1222	1733	48	1702
2019	28106	359	685	1814	12601	1577	1235	1745	48	1709
2020	27992	364	722	2011	13624	1566	1222	1722	47	1707

Рішення про формування госпітальних округів прийнято урядом для функціонального об'єднання КНП, розміщених на відповідній території. КНП, охоплені таким округом, залишатимуться у власності й підпорядкуванні місцевих органів влади, котрі є учасниками госпітального округу, які, своєю

чергою, створюються з метою організації мережі КНП у спосіб, який дасть змогу забезпечити гарантований своєчасний доступ населенню до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості. Формування госпітального округу повинно сприяти активізації співробітництва між міськими/районними радами та радами ОТГ у сфері охорони здоров'я, зокрема в питаннях управління відповідною мережею КНП, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу. Госпітальні округи формують через поєднання безпечності та якості медичної допомоги на засадах доказової медицини, своєчасності доступу до медичної допомоги та економічної ефективності, тобто забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального й ощадливого використання бюджетних коштів. В цьому аспекті виникає проблема доступності до КНП [63]. Кінцева ціль уряду полягає у зниженні впродовж двох-п'яти років смертності осіб, які живуть у сільській місцевості, за трьома найпоширенішими нозологіями: бронхіальна астма, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет [83]. Зауважимо, що зміна підходів до організації сільської медицини спричинена стислими часовими рамками (2018–2019 рр.). Але вона має на меті забезпечити всіх жителів України, незалежно від місця їхнього проживання, гарантованим пакетом медичних послуг, тобто зробити так, щоби кожна людина, яка звернулася за медичними послугами, отримала їх якісно. Мешканці області загалом активно підписують декларації з лікарем [63].

У сфері охорони здоров'я активно впроваджуються інноваційні технології, спрямовані на підвищення якості та ефективності профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з різними захворюваннями. Збільшення числа інноваційної та високотехнологічної допомоги викликає необхідність вдосконалення механізмів управління в цій сфері [21].

Зародження ринку приватних медичних послуг в Україні розпочалося в 1990 р. Перші приватні медичні заклади з'явилися в тих сегментах, де була найслабше розвинена державна медицина і одночасно зберігався стійкий попит. У числі перших з'явилися приватні кабінети таких лікарів, як стоматологи,

урологи, гінекологи, венерологи. Потім були сформовані вузькопрофільні медичні центри та клініки косметології. Разом із невеликими клініками і кабінетами почали розвиватися й великі медичні багатопрофільні центри, серед яких «Медіком», «Борис», які спочатку надавали послуги швидкої медичної допомоги, а згодом і весь комплекс поліклінічних послуг. Друга хвиля розвитку ринку приватних медичних послуг розпочалася у 2000 р., орієнтуючись в основному на преміальний сегмент (дорогі товари і послуги для людей з високими доходами). Проте попит на доступні якісні послуги залишався незадоволеним, що призвело до швидкого розвитку середнього цінового сегмента і появи значної кількості невеликих приватних медичних центрів різної спрямованості. Загалом період 2005–2008 рр. (до початку економічної кризи) можна вважати часом найактивнішого формування ринку приватних медичних послуг. Цей період відзначився відкриттям значної кількості нових медичних центрів і розширенням мереж вже існуючих на ринку надавачів приватних медичних послуг [72].

Нині в Україні активно розвиваються вузькопрофільні приватні медичні центри. Нині відкрито понад 30 тис. приватних медичних закладів (переважно аптеки, кабінети приватних лікарів і вузькопрофільні медичні заклади), які отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від пацієнтів. Це підприємства різної величини й різних напрямів діяльності. Тим часом, на думку експертів, повноцінних приватних клінік тільки всього близько десяти. Здебільшого вони працюють лише в одному регіоні, зокрема у м. Київ розташовано майже 40 % усіх приватних медичних закладів. На населені пункти з чисельністю населення до 100 тис. осіб припадає тільки 10 % приватних медичних клінік [97]. Найбільшу частку суб'єктів пропозиції на ринку приватних медичних послуг складають вузькопрофільні клініки локального масштабу. Повний спектр медичних послуг надають тільки 20 компаній, найбільшими з яких є «Добробут», Into-Sana, «Борис», «Оберіг», «Медіком», «Оксфорд Медікал», що пропонують консультації фахівців, стаціонар, хірургію, діагностику, медичне обслуговування дітей, послуги

швидкої допомоги. При цьому клініки вказаних медичних профілів конкурують не один з одним, а з комунальними/державними поліклініками/лікарнями [874].

За останні тридцять років обсяги ринку приватних медичних послуг в Україні значно зросли. Після світової фінансової кризи 2008–2009 рр. темпи збільшення ринку дещо сповільнилися, проте постійна поява нових суб'єктів стимулює поліпшення показників. Ще одним чинником зміцнення позицій ринку приватних медичних послуг є доволі низький рівень загальнодоступного медичного обслуговування населення, що спонукає пацієнтів звертатися в приватні медичні заклади. За експертними оцінками компанії «МедЕксперт», обсяг ринку приватних медичних послуг за підсумками 2014 р. склав € 8,13 млрд., з яких на офіційні доходи закладів припадає тільки € 4,670 млрд., ще € 2,34 млрд. – це неофіційні доходи суб'єктів ринку, а € 1,12 млрд. – доходи лікарів, які займаються приватною медичною практикою. За підсумками 2016 р. збільшення ринку приватних медичних послуг склало 18,3 %, а фінансові обсяги ринку – понад € 11 млрд. У 2015–2016 рр. ринок приватних медичних послуг зріс на 25–30 % у порівнянні з 2014 р. За результатами дослідження, проведеного компанією Pro-Consulting, у 2016 р. відбулося зростання цін на послуги в приватних медичних закладах приблизно на рівні 35 %. Через вплив такого чинника, як зростання цін скорочується число візитів пацієнтів в приватні медичні заклади: 4100 відвідувань у 2016 р. порівняно з 4680 відвідуваннями у 2015 р. Зараз більшість суб'єктів цього сегмента ринку чекають результатів медичної реформи і стабілізації економіки. Навіть на думку експертів, поки що абсолютно незрозуміло, як будуть регулюватися відносини держави з приватними медичними закладами в рамках національної програми медичного страхування [19].

Український ринок приватних медичних послуг є доволі сегментованим. Найбільшим попитом користуються традиційні сфери приватної медицини – урологія, гінекологія, стоматологія та первинна діагностика (ультразвукова діагностика (УЗД), магнітно-резонансна томографія (МРТ), лабораторії). Структура ринку приватних медичних послуг в Україні: стоматологія (51,6 %),

діагностика (18,2 %), дерматовенерологія та косметологія (14,6 %), гінекологія і репродуктологія (13,8 %), інше (1,8 %). Найбільший сегмент ринку приватних медичних послуг – це стоматологічні клініки (їх частка перевищує 75 % від загального обсягу ринку приватних медичних послуг). Офтальмологічні клініки займають 20 %, і, на відміну від стоматології, є більш інерційний, а нові великі суб'єкти не з'являються вже кілька років. Приватним офтальмологічним клінікам доводиться конкурувати з державними лікарнями, які лікують складні хвороби, що пов'язані з руйнуванням сітківки, запальні процеси, глаукоми, тоді як в приватних клініках проводять в основному косметичні операції, зокрема лазерну корекцію зору. Серед таких медичних спеціалізацій як хірургія, педіатрія, анестезіологія, частка лікарів, які працюють в приватних закладах, коливається на рівні 2–3 % від загальної кількості. Одними з найбільш затребуваних на ринку приватних медичних послуг є онкологічні та кардіологічні центри, що пов'язано з широким розповсюдженням цих захворювань в Україні. Ще один сегмент ринку приватних медичних послуг представлений діагностичними та консультативними центрами. На четвертому місці – сегмент приватних медичних послуг, що попадають в категорію швидка допомога. Найменш заповнена в Україні ніша приватних багатофункціональних центрів з повним спектром медичних послуг. В останні роки швидкими темпами розвивається лабораторна діагностика. Нині в Україні функціонує майже 5700 медичних лабораторій, а частка приватних медичних лабораторій складає 2–3 %. Так, зокрема, для отримання стоматологічних, урологічних послуг, лікування безпліддя й за інструментальною діагностикою найчастіше звертаються саме у приватні медичні заклади. Приватні лабораторії теж користуються більшим попитом, ніж державні. А ось коли йдеться про діагностику та лікування хвороб нервової, серцево-судинної, опорно-рухової систем, акушерську допомогу, то значно більше респондентів віддали перевагу державним поліклінікам і лікарням. Більш традиційно звертатись за медичною допомогою до державних поліклінік, викликати «швидку допомогу» і перебувати на лікуванні в стаціонарі у державних медичних закладах [19].

Клінікою «ISIDA» у 2014 р. було опитано 404 пацієнтів. За його результатами виявили таке: 41 % респондентів хочуть бачити й відчувати сервіс, комфорт, долученість до досягнення результату; 11 % – безпеку та відповідальність; 10 % – оптимальний час; 9 % – доступність і зрозумілість інформації; 8 % – дотримання стандартів і належне обладнання; 8 % – наявність зворотного зв'язку. Ринок приватних медичних послуг – це унікальний сектор, побудований на етиці, довірі та експертизі. Для збереження життєздатності й подальшого зростання приватним медичним закладам необхідно освоювати нові напрями комунікацій і бути привабливими для «нових» пацієнтів. Люди не вірять ні приватним, ні державним медичним закладам, адже вони для них лише продавці, а вірять рекомендаціям. Дуже чітко спрацьовує правило 3/11 – задоволений клієнт розповість про це всього трьом своїм знайомим, а незадоволений – одинадцятьом. Бізнес-експерти стверджують, що сучасні пацієнти досить інформовані, тому лікарю необхідно вчитися багато комунікувати зі своїм пацієнтом. Головне – це почути пацієнта, донести до нього турботу та власну аргументацію щодо лікування. Але переважна кількість лікарів (майже 75 %) демонструють патерналістський стиль поведінки (директивність і тиск), а тільки 15 % готові до взаємодії. Водночас, лише 15 % пацієнтів потребують патерналізму, а 70 % очікують на взаємодію [72].

За результатами досліджень агентства «Кредит-Рейтинг», дозволити собі користуватися послугами приватних медичних установ можуть близько 20 % українців; 56 % населення України готові платити за якісні медичні послуги [94]; практично все населення не вважає державну медицину безкоштовною, а середньостатистичний житель на медичне обслуговування витрачає від \$ 100 до 400 щорічно [19]. 92 % населення бояться потрапити у фінансові труднощі та катастрофічні витрати у разі хвороби. Є докази обмеженого доступу до різноманітних категорій медичних послуг. До 75 % людей із загальними психічними порушеннями та засобами, що вживають алкоголь, в Україні не отримують допомоги. Бар'єри для догляду включають стигматизацію та сором, страх перед психіатрією та відсутність довіри до системи охорони здоров'я, але

вони також впливають із системних недоліків, таких як відсутність інформації та обізнаності, висока вартість лікування, страх перед тим, як мати діагноз психічного захворювання та географічна відстань [13]. За результатами опитування 450 респондентів виявлено таке: на запитання «Наскільки Ви задоволені чи не задоволені якістю медичного обслуговування?» більшість опитуваних відповіла «не задоволений» – 36,7 % респонденті, «скоріше не задоволений, ніж задоволений» – 33,3 %, «скоріше задоволений, ніж не задоволений» – 19,3 %, «задоволений» – 6,4 %, «важко відповісти» – 4,2 %. Отже, переважна більшість опитуваних (70,0 %) у цілому не задоволена якістю медичних послуг. Задоволеними якістю медичного обслуговування виявилися респонденти віком від 16 до 3 років, рівень доходів яких на одного члена сім'ї в основному не перевищує € 1500. Респондентів, які не задоволені якістю медичних послуг, також поєднує вік – особи від 51 років та старше (здебільшого, пенсіонери) з різним рівнем доходу, що за об'єктивних причин частіше за інших опитуваних звертаються до медичних закладів [1]. 0,3 % респондентів визнали якість медичного обслуговування відмінною, 1,5 % – доброю, 36,9 % – задовільною, а 58,0 % – незадовільною. Спостерігалася тенденція: чим вище рівень освіти респондентів, тим нижче вони оцінювали якість медичних послуг [8]. Нині якістю медичних послуг не задоволена основна маса респондентів, причому аналіз не виявив кореляцій відповідей на це запитання зі статтю, рівнем освіти та соціальним станом респондентів.

Що стосується якості медичних послуг, то всі вони в ході опитування виявилися важливими, однак у порядку зменшення пріоритетності респонденти розташували їх у такій послідовності за десятибальною шкалою: на I місці – вартість медичної послуги (офіційна чи неофіційна) – 9,65; на II – відношення до пацієнтів з боку медперсоналу – 9,51; на III – дві характеристики: кваліфікація спеціаліста та оперативність надання послуг, відсутність черг – 9,46; на IV – оснащеність кабінетів і лабораторій медичною технікою та обладнанням – 9,34; на V – можливість отримання консультації у спеціаліста – 9,27; на останньому – наявність місць у стаціонарі – 9,13. До послуг платної

медицини дуже часто звертаються 80 респондентів (17,8 % від загальної кількості опитуваних), при цьому 64 респондентам з них вважають якість платного медичного обслуговування кращою за безкоштовну, що і є основним спонукальним фактором звернення саме до послуг платної медицини. Нечасто платними послугами користуються 34,7 % опитаних, 53,5 % із них вважають, що якість платного медичного обслуговування скоріше відрізняється, ніж не відрізняється від безкоштовного, а звертатися до платних послуг їх спонукають більш якісна медична допомога й відсутність можливості отримати дану медичну послугу безкоштовно. Рідко звертаються до платних медичних послуг 118 респондентів (26,2 % від загальної кількості опитаних), при чому 17,0 % із них вважає якість платних послуг набагато кращою за безкоштовні, 30,5 % із них помічають різницю в якості платних і безкоштовних послуг, 36,0 % із них не бачать різниці в якості платних і безкоштовних послуг. Респонденти, які дуже рідко звертаються до послуг платної медицини (12,9 % від загальної кількості опитуваних), основною причиною користування платним медичним обслуговуванням відмітили відсутність можливості отримати медичну послугу безкоштовно. Основними причинами звернення до послуг платної медицини респонденти вважають відсутність можливості отримати дану медичну послугу безкоштовно (34,2 %), більш якісну медичну допомогу (30,0 %), можливість запису та вирішення проблем телефоном (Інтернетом) (8,9 %), відсутність черг, ввічливе та уважне ставлення до пацієнтів (6,9 %).

Узагалі не зверталися до послуг платної медицини 8,4 % респондентів, більшість із яких вважає, що різниці між платними і безкоштовними послугами не має. Таким чином, переважна більшість респондентів не задоволена якістю медичного обслуговування й за відсутності можливості отримати медичну послугу безкоштовно віддає перевагу платному медичному обслуговуванню, якість якого, на їхню думку, відрізняється від безкоштовного [1].

Отож, на тлі реформування державного та комунального сегментів вітчизняної сфери охорони здоров'я має місце доволі стрімкий розвиток приватної медицини. Але залишаються допоки недостатньо якісними та

доступними медичні послуги, що, зрештою, негативно впливає на стані здоров'я населення України. Означене, окрім іншого, є відображенням низької результативності публічного управління у цій сфері.

2.2. Регіональні та місцеві програми щодо забезпечення якості медичних послуг

Аналіз виконання Держбюджету України в попередні роки свідчить, що існуючі державні централізовані програми не спроможні забезпечувати у повному обсязі медикаментозну потребу за життєвими показаннями хворих на певну патологію жителів, а також потребу у високовартісному медичному обладнанні для забезпечення висококваліфікованих медичних послуг шляхом впровадження новітніх технологій на рівні стандартів, рекомендованих ВООЗ, діагностики та лікування. Саме тому актуалізується питання дослідження особливостей регіональних і місцевих програм, спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я загалом, і, зокрема, на забезпечення якості медичних послуг. Ураховуючи позитивний досвід попередніх років і перевагу цільових фінансових потоків, спрямованих на найбільш важливі напрями розвитку цієї сфери, необхідність надання населенню доступних і достатніх медичних послуг й відповідні зміни в сфері охорони здоров'я міста, виникла необхідність пролонгувати дію чинних Комплексних програм у цій сфері.

Так, зокрема, на замовлення Харківської міської ради її Департаментом охорони здоров'я було розроблено Комплексну програму «Інновації в пріоритетних напрямках розвитку галузі охорони здоров'я м. Харків на 2011–2020 роки», яка має фінансуватись за кошти Державного бюджету України, кошти бюджету міста Харків й інші джерела фінансування, не заборонені чинним законодавством України. Головною метою Програми є впровадження інноваційних процесів в пріоритетні напрямки розвитку галузі охорони здоров'я міста Харків у період з 2011 по 2020 рр. в умовах існуючої правової

системи, обмежених фінансових, матеріальних і трудових ресурсів, а саме: укріплення матеріально-технічного стану КНП з урахуванням залучення альтернативних джерел фінансування та введення новітніх діагностичних і лікувальних технологій на рівні стандартів, рекомендованих ВООЗ, що сприятиме покращенню рівня надання медичних послуг харків'янам.

У процесі реалізації цієї мети визначено такі завдання (заходи), що прямо чи опосередковано стосуються забезпечення якості медичних послуг:

– надання новонародженим своєчасної високотехнологічної медичної допомоги (організація обстеження слуху новонароджених до їх народження за допомогою вимірювального обладнання для клінічного та скринінгового дослідження отоакустичної емісії; забезпечення антенатального та інтранатального моніторингу плоду для своєчасної діагностики гіпоксії, недопущення асфіксії, оптимального вибору методу ведення пологів, особливо передчасних, шляхом впровадження новітніх діагностичних технологій із застосуванням сучасної апаратури та ультразвукових систем; забезпечення доступності для жіночого населення лікувально-діагностичної допомоги з питань планування сім'ї, репродуктивного здоров'я, медико-генетичного консультування, перинатальної діагностики відповідно до затверджених нормативів і стандартів надання медичної допомоги жіночому населенню; забезпечення новітніх методів медичної допомоги дітям із захворюваннями крові, в т.ч. дітям з онкогематологічними захворюваннями, у відділенні інтенсивної терапії; упровадження лікування дітей із дитячим церебральним паралічем із використанням реабілітації; упровадження новітніх медичних технологій на рівні стандартів, рекомендованих ВООЗ, щодо недопущення ускладнень під час транспортування хворих новонароджених, надання лікувально-діагностичної допомоги, а також лікування та виходжування новонароджених, особливо з низькою масою тіла);

– покращання медико-технічного оснащення (переоснащення медичним обладнанням відділень інтенсивної терапії КНП; створення та оснащення централізованої клініко-діагностичної лабораторії для своєчасної діагностики

захворювань згідно зі стандартами надання медичної допомоги населенню; придбання апарата спектрофотометрії з набором картриджів для проведення моніторингу концентрації протиепілептичних лікарських засобів у сироватці крові; поетапне оснащення високотехнологічним медичним обладнанням і апаратурою для впровадження та застосування сучасних методів діагностики та лікування хворих; придбання аналізатора полів зору, налобного офтальмоскопа для огляду новонароджених; придбання апаратів для проведення лікувального плазмаферезу);

– впровадження медикаментозних технологій в лікування окремих категорій населення за життєвими показаннями (забезпечення стомованих хворих засобами реабілітації; відновлення втрачених функцій органу слуху шляхом протезування слуховими апаратами; лікування хворих на епілепсію протисудомними препаратами нового покоління; медикаментозне забезпечення хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні захворювання легень; забезпечення медикаментозними високовартісними препаратами за життєвими показаннями; забезпечення витратними матеріалами та рентгеноконтрастними препаратами для проведення інтервенційних досліджень і втручань...);

– медикаментозне забезпечення хворих на цукровий діабет та на інші ендокринні захворювання жителів міста (впровадження та застосування скринінгових програм раннього виявлення цукрового діабету та іншої ендокринної патології; здійснення медикаментозного забезпечення за життєвими показаннями таких хворих згідно із встановленими потребами);

– створення умов для надання медичної допомоги особам похилого віку з урахуванням геронтологічних особливостей та вікового аспекту;

– створення сприятливого інвестиційного клімату та розвиток соціального партнерства у сфері надання медичних послуг (розвиток мережі КНП за рахунок коштів інвестиційних внесків; підписання договорів із КНП на здійснення діагностичних і лабораторних досліджень на високотехнологічному високовартісному обладнанні, що відсутнє в КНП; використання елементів лізингу для придбання дорогого, високотехнологічного сучасного медичного

обладнання або його довгострокової оренди для КНП; укладення договорів соціального партнерства на медичне обслуговування населення із КНП, які надають спеціалізовану медичну послугу на комерційній основі);

– створення умов для вдосконалення медичної допомоги студентам (оснащення КНП сучасним комп'ютерно-обчислювальним і новітнім лікувально-діагностичним обладнанням з метою покращення якості надання своєчасної діагностики, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, а також профілактики захворювань студентів міста Харкова).

Комплексна обласна програма «Здоров'я Слобожанщини на 2019–2020 роки» має фінансуватись за кошти обласного бюджету Харківської області, кошти місцевих бюджетів, у т.ч. доведені цим бюджетам обсяги медичної субвенції, з урахуванням їх реальних можливостей, а також інші джерела, незаборонені законодавством. Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації заходів Програми, становить € 5837,6 млн, у т.ч. у 2019 р. – € 2968,2 млн, у 2020 р. – € 2869,4 млн. Реальні обсяги фінансування заходів і завдань Програми за рахунок коштів обласного бюджету визначаються рішенням обласної ради про обласний бюджет на відповідний бюджетний період, з урахуванням його реальних можливостей.

Розробниками Програми є Управлінням охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації структурні підрозділи обласної державної адміністрації, територіальні органи центральних органів виконавчої влади в Харківській області, районні державні адміністрації, міські (міст обласного значення) й районні ради. Учасниками і безпосередніми виконавцями Програми є структурні підрозділи Харківської обласної державної адміністрації; районні державні адміністрації; міські (міст обласного значення) та районні ради спільно з територіальними органами центральних органів виконавчої влади в Харківській області (у межах компетенції); КНП спільної власності ОТГ сіл, селищ, міст області, які є спеціалізованими або мають обласне значення та надають медичну допомогу третинного рівня; центральні районні лікарні та центральні міські лікарні міст обласного значення, які мають набути статус

лікарень інтенсивного лікування госпітальних округів за окремими профілями медичної допомоги, міські лікарні Харкова та інші КНП.

Метою Програми є реалізація основних пріоритетів державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я Харківської області з огляду на конкретні завдання соціально-економічного розвитку регіону в 2019–2020 роках, на підставі конкретних показників обласного бюджету Харківської області по галузі на відповідний період.

Визначено основні напрями підвищення рівня доступності та якості медичних послуг жителям Харківщини в 2019–2020 рр., насамперед, пільгових або соціально особливих контингентів, передбачено конкретні заходи по удосконаленню матеріально-технічної бази спеціалізованих закладів охорони здоров'я, закладів обласного значення і медичних закладів первинного та вторинного рівнів, що знаходяться у комунальній власності окремих ОТГ Харківської області або у їх спільній власності.

Забезпечення подальшого підвищення доступності та якості медичних послуг для споживачів передбачається шляхом планування відповідних обсягів фінансових ресурсів у межах обласного бюджету; розвитку сучасних технологій діагностики, лікування та реабілітації на третинному рівні у спеціалізованих закладах охорони здоров'я та закладах обласного значення, за умови їх взаємодії із медичними вищими навчальними закладами та НДІ НАМН України, а також удосконалення медичної допомоги громадянам на первинному та вторинному рівнях у районах області та містах обласного значення, з урахуванням суттєвих нормативних змін щодо реформування галузі та оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, у т.ч., що перетворені у КНП. Завдання й заходи Програми «Здоров'я Слобожанщини на 2019–2020 роки»:

1. Розроблення, з урахуванням реальних можливостей обласного бюджету на конкретний бюджетний період, системи конкретних заходів щодо розвитку окремих спеціалізованих служб, видів і профілів медичної допомоги третинного рівня у КНП спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Харківської області, а також в окремих КНП ОТГ районів області та міст

обласного значення первинного та вторинного рівнів, з урахуванням нормативно визначених підходів держави до медичної реформи.

2. Планування цільових видатків для досягнення мети та реалізації відповідних заходів Програми, насамперед, оснащення обласних закладів сучасним медичним обладнанням; упровадження КНП нових технологій діагностики, лікування та реабілітації хворих; забезпечення доступності лікування пацієнтів високовартісними лікарськими засобами, витратними матеріалами та виробами медичного призначення, у т.ч. для лікування гострих невідкладних станів і важких хронічних захворювань.

3. Планування взаємопов'язаних і скоординованих заходів щодо подальшого розвитку та удосконалення в районах Харківської області первинної медико-санітарної допомоги; зміцнення матеріально-технічної бази центральних районних і центральних міських лікарень у містах обласного значення, які мають набути статусу лікарень інтенсивного лікування госпітальних округів.

4. Широке висвітлення через засоби масової інформації ходу реалізації Програми та отриманих результатів.

5. Розроблення проектів відповідних змін і доповнень до Програми, з урахуванням конкретних пропозицій органів місцевої виконавчої влади та органів місцевого самоврядування Харківської області на наступні бюджетні періоди.

Координація діяльності щодо виконання Програми покладається на Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації.

Подібні програми розроблено й втілено в реальність і в інших регіонах. Так, зокрема, мова йде про Обласну програму підтримки системи громадського здоров'я в Сумській області на 2020–2021 роки, яку ініціювало та розробило (воно ж є і відповідальним виконавцем Програми) Управління охороною здоров'я Сумської обласної державної адміністрації. Учасниками програми також є структурні підрозділи Сумської обласної державної адміністрації (департамент освіти і науки, департамент соціального захисту населення, відділ

промоції та туризму...), районні державні адміністрації, виконавчі комітети сільських рад ОТГ, КНП Сумської обласної ради та Сумської міської ради...

Метою Програми є розбудова системи громадського здоров'я в контексті побудови єдиної консолідованої системи для реалізації ефективної державної політики, збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та підвищення якості його життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль органів державної влади, органів місцевого самоврядування та суспільства. Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації заходів Програми, становить ₴ 63135,3 тис., у т.ч. ₴ 23591,4 тис. – кошти Державного бюджету, ₴ 5846,3 тис. – обласний бюджет, ₴ 3550,7 тис. – місцеві бюджети, ₴ 30146,9 – позабюджетні кошти. Реальні обсяги фінансування заходів і завдань Програми визначаються рішенням обласної ради з урахуванням його реальних можливостей.

Реалізація Програми передбачає реалізацію за пріоритетними напрямками ряду заходів, які спрямовано на покращення якості медичних послуг, а саме:

– інституційний розвиток: удосконалення матеріально-технічної бази КНП (придбання лабораторного й діагностичного обладнання); прийняття місцевих цільових програм з вирішення пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я;

– розвиток послуг громадського здоров'я: пропагування здорового способу життя; забезпечення промоції; організація первинної профілактики серед населення; профілактика ВІЛ та вірусного гепатиту; надання комплексу послуг з догляду, підтримки та лікування людей, які живуть з ВІЛ та ТБ; проведення роз'яснювальної роботи; усунення неблагополучних умов для збереження та зміцнення здоров'я населення; оптимізація епідеміологічного нагляду за інфекційними та неінфекційними захворюваннями; забезпечення рівного доступу населення до збереження та зміцнення здоров'я.

Для поліпшення демографічної ситуації, збереження й зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги,

забезпечення соціальної справедливості й прав громадян на охорону здоров'я за ініціативи Виконавчого комітету Сумської міської ради Управлінням охорони здоров'я Сумської міської ради було розроблено Комплексну міську програму «Охорона здоров'я м. Суми на 2019–2021 роки».

Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації Програми становить ₴ 1531,1 млн, у т.ч. ₴ 4714,5 млн (2019 р.), ₴ 512,1 млн (2020 р.), ₴ 547,5 млн (2021 р.). Джерелами ресурсного забезпечення Програми є кошти загального фонду держбюджету (₴ 484,0 млн), загального та спеціального фондів міського бюджету (₴ 144,4 млн), кошти держбюджету (медична субвенція, загальний фонд) (₴ 902,8 млн).

Досягнення визначеної мети Програми можливе шляхом:

- забезпечення умов безпечного материнства на I та II рівні надання медичної допомоги;
- надання фінансової підтримки виділення додаткового фінансування КНП для забезпечення якісного надання населенню міста ПМСД за місцем проживання;
- проведення відповідних заходів щодо реалізації сталої відповіді на епідемію туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного, ВІЛ-інфекції/СНІДу та вірусного гепатиту;
- проведення ефективної боротьби з онкологічними захворюваннями;
- проведення заходів, спрямованих на запобігання й лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань серед населення міста;
- автономізація закладів охорони здоров'я міста;
- активізування профілактичного напрямку дій щодо боротьби з серцево-судинними, онкологічними захворюваннями, захворюванням населення на цукровий діабет і соціально значущі захворювання;
- забезпечення надання своєчасної сучасної невідкладної допомоги та оснащення КНП необхідним для її надання медичним обладнанням;
- забезпечення утримання закладів охорони здоров'я міста з поетапним оновленням матеріально-технічної бази;

- вирішення кадрового питання;
- підвищення ефективності санітарно-освітньої роботи та пропаганди здорового способу життя з широким використанням сучасних технологій та засобів масової інформації;
- підвищення якості кадрового забезпечення та рівня професійної підготовки фахівців з питань профілактики й раннього виявлення хвороб, діагностики та лікування;
- пріоритетності надання медичної допомоги дітям, матерям і населенню похилого віку;
- проведення ефективних заходів щодо покращання медичної та соціальної реабілітації хворих, покращання умов їх перебування в соціумі;
- спрямування зусиль медичних працівників на виявлення захворювань у ранніх стадіях і проведення ефективної профілактики їх на функціональній стадії або на стадії мінімальних морфологічних змін;
- створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією;
- фінансування інформаційно-аналітичних систем в КНП з метою проведення аналізу статистичних даних захворюваності населення.

Таким чином, наразі чинними є ряд регіональних і місцевих програм, спрямованих на розвиток сфери охорони здоров'я загалом, і, зокрема, на забезпечення якості медичних послуг. Вони здебільшого є подібні за своїм змістовним наповненням, але чітко артикують до масштабів території та її специфіки.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Адаптація до умов України передового світового досвіду щодо забезпечення якості медичних послуг

Кожна держава в сучасному світі у забезпеченні якості медичних послуг спирається на власні можливості, а тому й питання міжнародної безпеки, з якими вона неминуче стикається носять не колективний, а індивідуальний вимір. Кожна держава, аби гарантувати можливість розвитку сфери охорони здоров'я як структурної умови забезпечення міжнародної безпеки, має володіти спроможністю «значного розширення свого життєвого простору», а це можливе завдяки розвитку науки. Це дозволить вибудувати відповідний ресурсний потенціал у напрямі реалізації ефективної соціальної політики, спрямованої на зміцнення потужності безпекових функцій держави. Головним трендом для національних систем охорони здоров'я є забезпечення відповідного балансу між витратами на цю сферу та доступністю якості її послуг. Відтак, корелятивно постає питання щодо скорочення фінансування державами сфери охорони здоров'я і водночас забезпечення її всезагальної доступності для всіх без винятку прошарків населення. У більшості держав запроваджуються різні стратегії оптимізації системи охорони здоров'я та забезпечення її максимальної відповідності інтересам і потребам населення [22].

Визначальну роль у системі світових медичних послуг відіграє товарний та інноваційний сегмент, який слугує розширенню національних ринків охорони здоров'я та спроможності їх інтеграції у глобальний ринок медичних послуг. На медичні послуги у світі припадає 82,0 % світового ринку охорони здоров'я, лікарські препарати займають 10,0 %, інновації – 5,0 %, медична техніка – 2,3 %, освітні послуги – 0,6 % [87]. Варто також охарактеризувати

достатньо суперечливу тенденцію, яка блокує вільну кореляцію певних сегментів охорони здоров'я та їх представництво в межах певних національних систем. Йдеться про те, що світовий ринок охорони здоров'я визначається інтересами на споживачів медичних послуг, а інтересами суб'єктів їх надання [22], внаслідок чого спостерігається зростання обсягів ринків медичної допомоги в країнах з «гонорарним» принципом оплати медичних послуг (США, Франція), менший – з «подушним» принципом плати (Великобританія) [87]. Підставою для розгортання певної конкуренції між різними ТНК, є боротьба за використання новітніх інноваційних розробок у фармацевтичній сфері. Тому системи охорони здоров'я більшою мірою зорієнтовані на відстоювання національних інтересів. Чим більший перелік фармацевтичної продукції держава випускає самостійно, тим менше залежить від глобального світу, а отже має можливість відстоювати власні національні інтереси. Аби забезпечити таку можливість держава повинна сприяти й стимулювати потужний розвиток фармацевтичної продукції [22] шляхом підтримки новітніх наукових досліджень у біології, хімії, міждисциплінарних дослідженнях, постійно створювати та підтримувати нові напрями в різних наукових галузях, витрачаючи на це до 25 % коштів від загального обігу галузі [85].

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 [97]. Оскільки Україна вже стратегічно визначила намір упроваджувати ДСГ для поступового переходу на фінансування лікарень на основі ДСГ [40], варто визначитись із тим, якою має бути послідовність її запровадження в коротко- й довгостроковій перспективі. 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 [37].

Вимогливішим із позиції підготовки до впровадження й адміністрування системи фінансування КНП є запровадження фінансування на основі ДСГ, що потребуватиме опрацювання методики групування випадків. Нині вже визначено КНП, які будуть пілотувати групування випадків із використанням австралійської методики, визначеної експертами як найбільш прийнятної для впровадження в Україні [47]. Проте впровадження фінансування на основі ДСГ потребуватиме часу. У країнах, які досить стабільно й системно впроваджували оплату на основі ДСГ, проходило 5 і більше років до повноцінного використання ДСГ як основи оплати лікарняної допомоги (не всі випадки фінансуватимуться за принципом ДСГ із самого початку) та укладання відповідних контрактів [74].

Розрахунок вартості для оплати за ДСГ здійснюється на основі трьох показників: базової ставки (середній платіж за одиницю наданих послуг або зареєстровану людину), відносної ваги/складності випадку (коефіцієнт, що відображає вартість лікування випадку щодо вартості лікування середнього випадку; відносна вага відображає інтенсивність використання ресурсів для діагностики й лікування групи випадків) та уточнюючих коефіцієнтів (застосовується для уточнення оплати з урахуванням особливостей надання послуг конкретним пацієнтам або інших відмінностей у наданні послуг) [92]. Базова ставка має відображати середню вартість послуги в КНП, які працюють ефективно. Наявні дані про собівартість послуг у системі охорони здоров'я можуть бути відправною точкою для визначення базової ставки, оскільки наявна собівартість відображає неефективність роботи системи. Наприклад, постійне недофінансування системи буде відображене в заниженій собівартості послуг, а надмірна госпіталізація буде штучно підвищувати собівартість. Загалом використання наявної собівартості для визначення базової ставки має такі недоліки: а) закріплення існуючих паттернів витрат у КНП, навіть якщо вони економічно неефективні; б) неможливість контролю видатків у системі; в) потреба в постійному оновленні даних щодо собівартості. Відносна складність випадку визначається для групи випадків, які мають подібні клінічні характеристики та потребують приблизно однакового об'єму ресурсів для діагностування й лікування. Визначення показників відносної ваги відбувається на основі даних країни, а також із застосуванням міжнародного досвіду [37].

Уточнюючі коефіцієнти не є обов'язковим складником оплати за ДСГ, й застосовуються для забезпечення пацієнтів із більшими потребами доступом до медичних послуг. Питання оплати на основі ДСГ вимагає інтенсивної роботи щодо оцінки базової ставки та узгодження коефіцієнтів складності випадку, які фактично визначають обсяги надходжень за контрактами.

Визначення вартості послуг та аналіз витрат є важливим компонентом для переходу від кошторисного фінансування до оплати за послуги. Сфера охорони здоров'я, що фінансується згідно з кошторисами надавачів послуг, зазвичай не

враховує інформацію щодо витрат і їх співвідношення з досягнутими результатами. Водночас стратегічні закупівлі послуг базуються на інформації щодо вартості надання послуг [82]. Хоча в Україні вартість надання послуг найчастіше асоціюється із собівартістю, згідно з міжнародним досвідом встановлена державою вартість послуг залежить від таких основних факторів: а) пріоритетів політики в охороні здоров'я; б) наявних ресурсів; в) собівартості надання послуг; г) переговорів із надавачами послуг. Отож метою встановлення вартості послуги є не просто покриття видатків, а й створення економічних стимулів у системі та реалістичність оплати послуг з огляду на обмеженість ресурсів. З перелічених чотирьох факторів детального дослідження потребує собівартість надання послуг, що визначається за допомогою методу аналізу витрат. Під час визначення вартості послуг в Україні для їх подальшої оплати закупівельною агенцією варто враховувати такі обставини: а) вартість медичної послуги має визначатись за єдиним підходом для всієї країни, уточнюючі за якого кожний заклад самостійно визначатиме вартість послуг; б) під час фінансування сфери охорони здоров'я необхідно уникнути актуарного підходу, коли бюджет охорони здоров'я визначається за принципом «покривти всі видатки»; фінансові обмеження є серйозним обмеженням для визначення вартості послуг; в) підхід до аналізу витрат має бути обраний на рівні країни та відображати потреби системи охорони здоров'я в запровадженні нового механізму оплати послуг; аналіз витрат має здійснюватись ретроспективно зі застосуванням низхідного підходу; для проведення такого аналізу мають бути відібрані заклади з високою економічною ефективністю [37]. Варто зауважити, що досить часто облік витрат у КНП, які надають спеціалізовану допомогу, не є обов'язковою процедурою, а проводиться лише у вибраних закладах, причому за погодженням із фінансуючою установою [95]. Тому для України не є обов'язковою умовою введення регламентованої процедури обліку витрату всіх закладах, а вибір закладів, які надавали б дані щодо їх витрат, міг би здійснюватись на основі погоджених критеріїв та умов участі закладів у такому процесі (наприклад, за додаткове фінансове забезпечення такої діяльності).

Натомість ведення обліку затрат у всіх закладах охорони здоров'я може стати надзвичайно витратною процедурою та не гарантуватиме якість даних, що збиратимуться. Таким чином, у кожній країні вирішується питання обліку витрат з огляду на можливості інформаційної системи, традиції обліку та специфічні потреби. Досить часто країни не зобов'язують лікарні робити аналіз витрат, а запрошують їх до участі на добровільних умовах. Визначення собівартості також не є остаточним фактором, який визначатиме вартість послуг лікарні, адже після цього можуть застосовуватись інші фактори, наприклад переговори з постачальниками або інші види регулювань [37].

Забезпечення якості та моніторинг. Упровадження контрактування та оплати лікарень за пролікований випадок приведе до дедалі більшої актуальності й регламентації процесу забезпечення якості обслуговування та моніторингу надання послуг. Так, нині в Україні надання медичної допомоги регламентується більше ніж 3,5 тис. стандартів надання медичної допомоги та 211 протоколами, більшість із яких (86 %) регламентують надання вторинної медичної допомоги [20]. Упровадження нових механізмів оплати за медичні послуги, яка надаватиметься КНП, вимагатиме адаптації та вдосконалення системи інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я, а також упровадження комплексної системи забезпечення контролю за достовірністю даних і якістю надання медичної допомоги. Так, достовірність даних буде залежати від діючої системи обміну даних, можливостей верифікації даних і наявності ресурсів для їх обробки [37]. Зміна системи фінансування лікарняних послуг сама по собі не приводить до підвищення якості обслуговування пацієнтів [74]. Але більша прозорість системи, її вимірюваність та контрактні відносини з постачальниками змусять вживати більш ефективні заходи щодо забезпечення контролю якості надання медичних послуг. Система забезпечення якості медичних послуг потребуватиме додаткових зусиль і ресурсів [37]. Обсяг їх споживання не може визначатися тільки рівнем платоспроможності людини. Це особливо очевидно в тих випадках, коли для зменшення страждань і рятування життя людини потрібна термінова медична допомога. Навіть в США,

де охорона здоров'я розвивається, головним чином, на платній основі, хворі з гострими захворюваннями, які не застраховані, отримують медичну допомогу в лікарні безкоштовно. У таких випадках безкоштовне лікування таких хворих здійснюється за рахунок тих, що можуть заплатити [85]. Аби політика держави слугувала розширенню умов доступності медичних послуг громадянам, має проводитись постійний аудит ефективності медичних послуг і ті із них, які виходять за шкалу своєї результативності повинні вилучатись, а натомість має бути запроваджена оновлена «вертикаль» медичних послуг. Це дозволить скоротити витрати на дієві види медичних послуг, що розширить раціональну практику справедливого використання «обмежених ресурсів» щодо надання відповідних медичних послуг. Такий підхід застосовується у всіх без виключення країнах, незалежно від рівня їх економічного розвитку чи геополітичного статусу. Відтак, в бідних країнах відкрита і повсякчасна раціоналізація стосується всіх без виключення видів медичних послуг, а в економічно багатих країнах вона зазвичай обмежена високовартісними видами допомоги чи окремими групами громадян, яким вона надається [76].

Для удосконалення системи якості оцінки медичних послуг у більшості економічно розвинених країн створені Центри стандартизації охорони здоров'я, які наділені функціями ліцензування, акредитації та сертифікації медичних послуг. Основним спрямуванням їх діяльності є запровадження спільних для всіх національних систем охорони здоров'я критеріїв оцінки якості медичної допомоги, яка зводиться до мінімізації помилок і оптимізації використання фінансових ресурсів за умови обов'язкової стандартизації процесів надання медичних послуг, що має без виключення слугувати підвищенню якості життя людини [96]. На особливу увагу заслуговують запроваджені в Німеччині стандарти якості лікування та догляду (включаючи довгостроковий догляд) при найбільш поширених розладах здоров'я, які вимагають медичної допомоги, що тим сам дозволило суттєво підвищити їх якість. Це також слугувало посиленню конкуренції між лікарями, медичними інституціями та страховими агентствами щодо надання якісних медичних послуг, а отже, сприяло економії коштів [22].

Медичні послуги у Великобританії поділяються на первинні (передбачають щоденну медичну допомогу, яка надається в офісах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних та офтальмологічних кабінетах) і вторинні (передбачають спеціалізовані медичні послуги в госпіталях, амбулаторіях, включаючи роботу психологів і психіатрів), що надають відповідні локальні підрозділи NHS «трастами», які безпосередньо підпорядковуються регіональним стратегічним управлінням охороною здоров'я. Залежно від сфери діяльності всі трасти системи охорони здоров'я поділяються на кілька груп. Основна з них – це трасти первинної ланки, що займаються наданням первинної медичної допомоги та організацією громадського здоров'я [17]. Трасти ПМСД надають невідкладну допомогу пацієнтам, залучаючи структури державного та приватного сектору, безпосередньо організовують заходи первинної та вторинної профілактики, а також контролюють локальну епідеміологічну ситуацію та вакцинацію населення [5]. Діяльність трастів у сфері охорони здоров'я також має свою функціональну спрямованість, а саме: трасти NHS є роботодавцями переважної більшості персоналу сфери охорони здоров'я, вони забезпечують управління роботою госпіталів, відповідають за спеціальні медичні послуги; так, у сфері психічного здоров'я, забезпечують високу якість їх надання та раціональне витрачання коштів; трасти невідкладної допомоги складаються із лікарів швидкої допомоги, пологових будинків, рентген-діагностичних лабораторій, які забезпечують функціонування медичних закладів нетривалої медичної допомоги; трасти забезпечення – одночасно працюють в сфері охорони здоров'я та в соціальній сфері, забезпечуючи впровадження відповідних медичних програм, і передбачають тісну співпрацю з NHS та органами муніципальної влади; трасти психічного здоров'я – організовують і контролюють проведення психологічного лікування, медичної підтримки та навчання для пацієнтів з серйозними проблемами у сфері психічного здоров'я; трасти швидкої медичної допомоги – складаються із 30 станцій швидкої медичної допомоги, кожна з них керує окремим трастом, який відповідає за доставку пацієнтів у певний

медичний заклад [42]. У Великобританії саме на трасти покладається реалізація основних загальнонаціональних пріоритетів у сфері охорони здоров'я, що дозволило їм зайняти лідируючі позиції у загальнонаціональному рейтингу ефективності серед сервісних інституцій [22]. Більшість трастів-лідерів мають можливість вийти з-під контролю NHS і отримати статус самостійної організації [59]. Це свідчить про певну автономність всіх госпіталів, які входять у певний траст, завдяки чому вони отримують «самостійне право» на використання власних ресурсів, а їх пацієнти – безкоштовне лікування. Державі належить мінімальний контроль за медичними установами, оскільки юридично клініки перебувають у виключному протектораті місцевих громад. Така модель охорони здоров'я показує відповідність потребам і пріоритетам загальнонаціональних стратегій розвитку медичної галузі [43].

У межах кожної країни спостерігається певна відмінність між якістю та доступом до медичних послуг, і кожна із груп таких відмінностей обумовлені різними соціальними й економічними обставинами, які стосуються передусім ставлення населення до власного здоров'я, включаючи вживання тютюну й алкоголю, дієту і фізичну активність, а також психічними розладами, які своєю чергою соціально зумовлені стресами та відсутністю можливостей реалізації об'єктивних потреб [61]. Все це зумовлює необхідність розроблення кожною державою власного регламентованого змісту стратегічних завдань, які мають бути покладені в основу сфери охорони здоров'я і відповідно інструментарію їх реалізації, корелятивного з об'єктивними умовами суспільного розвитку та потребами населення [22].

Загальні напрями стимулювання конкуренції на ринку медичних послуг:

1. Встановлення принципу конкурентного розміщення замовлень на конкурсній основі надання медичних послуг. При реформуванні сфери охорони здоров'я Великобританії (обов'язкове проведення конкурсу на укладення договорів з лікарями; зобов'язання сторони, яка фінансує в частині розгляду альтернативних варіантів й оцінки їх порівняльної ефективності на основі критерію задоволення потреб населення й витрат; використання конкретного

алгоритму конкурсного розміщення замовлень, що базується на специфікації вимог до обсягу та якості медичних послуг й розгляді заявок медичних організацій на їхнє виконання, списку вимог визначення безпосередньо покупцем медичних послуг на основі оцінки потреб населення, обраних пріоритетів і чинної стратегії розвитку охорони здоров'я): проведення конкурсного відбору з обов'язковим наданням інформації щодо витрат на кожен вид медичних послуг. При виконанні вимог щодо обсягу та якості послуг вирішального значення набуває ціна послуг, тобто за інших рівних умов перевага віддається лікарням, що запропонували нижчу ціну. Відтак інформація про цінові витрати має відкритий характер: кожна лікарня проінформована щодо пропозицій потенційних конкурентів; жорстка вимога стосовно права фінансових аудиторів на здійснення перевірки обґрунтованості цін (що особливо важливо для лікарень-монополістів).

2. Проведення комплексу організаційних заходів щодо обмеження сформованої монополії медичних організацій, зокрема: підтримка створення мережі дрібних і середніх приватних організацій охорони здоров'я, залучення їх на конкурсній основі до реалізації програми державних гарантій у сфері надання медичної допомоги населенню; перетворення дільничних лікарів у часткових фондоотримувачів – з правом розпорядження коштами на надання спеціалізованої амбулаторної допомоги й частиною коштів – на надання стаціонарної допомоги; проведення періодичної перереєстрації пацієнтів із правом вибору поліклініки й дільничного терапевта, а також сімейних лікарів; здійснення експертизи при спорудженні нових великих спеціалізованих центрів і придбанні коштовного устаткування [68].

Отож, передусім у розвинених країнах світу, накопичено чималий позитивний досвід забезпечення доступу пацієнтів до якісних медичних послуг. Проте через політичні, соціально-економічні й інші відмінності, цей досвід слід не «сліпо копіювати», а виважено адаптувати до умов України.

3.2. Реалізація комплексу заходів за пріоритетними напрямками для подальшого підвищення якості доступних медичних послуг в Україні

Посилення впливу органів влади на якість медичних послуг шляхом удосконалення механізмів публічного управління потребує розв'язання низки таких суперечностей: між недосконалістю нормативно-правової бази на інтеграцією недержавних медичних закладів в єдиний медичний простір; між пільговими програмами підтримки розвитку приватного сектора, вартістю медичних послуг у недержавних лікувально-профілактичних закладах і рівнем доходів населення; між потребою в системі охорони здоров'я, розвитку приватного сектора, переходом до світових стандартів медичних послуг і державним заохоченням конкуренції на ринку високоякісних медичних послуг. Без застосування ринкових механізмів формування справжнього конкурентного середовища в медичній галузі країни жодні реформи не можуть розраховувати на успіх [24]. Має бути запроваджена практика покращення координації діяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, підприємницького співтовариства й інститутів громадянського суспільства у напрямі забезпечення ефективності охорони здоров'я [91].

Наразі існує велика кількість обставин, які свідчать про необхідність зміни пріоритетів стосовно основних напрямів публічного управління у сфері охорони здоров'я. Основними з таких обставин є: 1) урізноманітнення форм власності лікувальних установ, де громадянам може надаватися медичні послуги; 2) віднесення певної частини послуг, що надаються державними та комунальними закладами охорони здоров'я, до адміністративних послуг; 3) необхідність урахування прав, свобод і законних інтересів пацієнтів і доцільності для держави та пошуків нових форм і методів публічного управління у сфері охорони здоров'я; 4) потреби зміни акцентів у визначенні державного фінансування сфери медичної діяльності в Україні тощо [46].

У межах аналізу сучасних інструментів покращання якості медичних послуг на особливу увагу заслуговує таке:

– запровадження єдиних стандартів надання медичних послуг незалежно від певних відмінностей, які визначаються децентралізаційними можливостями. Єдина та чітко стандартизована політика модернізації сфери охорони здоров'я покликана слугувати мобілізації її ресурсного потенціалу для забезпечення належних організаційних змін і позитивного мультиплексного ефекту. Варто відзначити, що стосовно кожного захворювання мають бути розроблені та затверджені стандарти надання медичної допомоги, з переліком лікувально-діагностичних процедур і мінімальних вимог до умов її надання [22];

– пріоритетність системи охорони здоров'я в структурі реалізації публічної політики, як реальний технологічний фактор, а не декларативний постулат, на основі якого відбувається розрахунок збалансованого інноваційного та соціального розвитку сервісної держави, яка здатна здійснити якісний прорив лише за умови особливої артикуляції антропоцентричної ролі здоров'я людини та створення відповідного ресурсного забезпечення для цього;

– розширення фінансування бюджетної системи охорони здоров'я та водночас запровадження жорсткого контролю з боку держави за ефективністю використання виділених нею коштів з метою забезпечення соціальної рівності у суспільстві [11];

– розробка та прийняття законодавчих актів щодо особливостей діяльності КНП та технології надання медичних послуг [27];

– запровадження системи екстреної медичної допомоги та створення й впорядкування нормативної бази відповідних підзаконних актів [8];

– будівництво високоспеціалізованих центрів та університетських клінік і реорганізацію системи надання екстреної медичної допомоги [86];

– формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги [41];

– поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;

– забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацію охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження

захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням і шкідливим впливом факторів довкілля;

– вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;

– створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя (вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби зі шкідливими звичками; розвиток фізичної культури і спорту; забезпечення раціонального збалансованого харчування населення);

– здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності й зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;

– запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;

– удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників і пацієнтів;

– забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;

– визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних і фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

– інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в т.ч. медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів і виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості [64];

– удосконалення законодавства у сфері боротьби з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих і неякісних лікарських засобів і виробів медичного призначення [22].

Більше того, В. Шевцов довів доцільність побудови системи публічного управління стандартизацією медичних послуг і медичного страхування для визначення єдиних принципів і підходів до стандартизації та забезпечення ефективного управління на всіх рівнях організації сфери охорони здоров'я при впровадженні страхової медицини в Україні. Розроблено організаційно-функціональну модель державного контролю за розвитком страхової медичної допомоги сприятиме ефективному забезпеченню надання якісної, доступної медичної допомоги та медичних послуг [66]. До того ж, в умовах кризової ситуації застосовується значна кількість непов'язаних між собою стандартів, внаслідок чого порушується вертикаль верифікації їх результативності. Загальнометодологічним і технологічним питанням щодо цього є їх уніфікація на рівні держави, особливо із розширенням децентралізаційної практики. Стандарти медичних послуг мають характеризуватися своєю спільною функціональною спрямованістю. Тобто вони мають бути єдиними для кожного суб'єкта системи надання медичних послуг. Відтак, це ставить питання про загальнонаціональні стандарти медичної допомоги, які повинні корелюватись із законодавством у сфері охорони здоров'я. З огляду на доцільність запровадження такого підходу, С. Шишкін та І. Шейма звертають увагу на прийоми методики розроблення нових стандартів медичних послуг, які мають сприяти збереженню здоров'я громадян в умовах кризи. Основними прийомами даної методики виступають: обґрунтування доцільності внесення змін у стандарти медичних послуг, виходячи з урахування певних викликів і ситуацій, які її увиразнюють, з метою підвищення показників якості медичних послуг; визначення відповідальних осіб за формування політики та прийняття рішень, і в ініціативному порядку налагодження з ними відносин, стаючи для них пріоритетним джерелом пропозицій та інформації; визначення, яким чином нові стандарти медичних послуг вплинуть на їх якість [67]; запровадження оптимальної моделі охорони здоров'я в умовах кризи, яка передбачатиме артикуляцію участі незалежного експертного середовища у процесах концептуального забезпечення і медичної реформи. Такий міждисциплінарний

підхід дозволяє створити вузько індивідуалізований підхід до кожного пацієнта, завдяки чому відповідні інструменти збереження здоров'я населення слугуватимуть і попереджанню відповідних захворювань. Для процедурного й технологічного забезпечення державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги громадянам мають бути розроблені чіткі механізми їх реалізації та умови отримання. Йдеться про структурну ідентифікацію ролі суб'єктів дотримання гарантій (лікар, адміністрація медичного закладу, страхова агенція, орган публічної влади у сфері охорони здоров'я). При цьому особливу увагу варто звернути на транспарентність медичних послуг, які повинні бути абсолютно доступними та зрозумілими для населення.

Для підвищення доступності медичних послуг в Україні доцільно з урахуванням провідного міжнародного досвіду розробити й затвердити Урядову програму «Доступна медична допомога», яка має передбачати стандартизацію медичних послуг стосовно кожного захворювання та обов'язкове державне страхування за умови, якщо стандарти медичні послуги надаватимуться людям, дохід яких є нижчим прожиткового мінімуму. Також медичних послуг має чітко корелювати із захворюванням конкретного пацієнта, забезпечуючи чітку її відповідність медичним даним. Тому доцільно створити єдину систему надання медичних послуг. Одним із заходів щодо виходу з кризової ситуації в системі охорони здоров'я України має стати розроблення «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», яка має сприяти вирішенню комплексу проблем вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах кризи [22] й повинна сприяти вирішенню низки функціональних завдань у сфері забезпечення якості медичних послуг. Серед них:

1. Приведення у відповідність нормативних обсягів медичних послуг фактологічним потребам населення. Це має забезпечити доступність лікарських препаратів і спростити процедури обстеження й лікування за допомогою сучасних інноваційних медичних технологій.

2. Розширення обсягів високотехнологічних медичних послуг. Так, у «нових» країнах ЄС чисельність операцій з відновлення прохідності судин

серця (реваскуляризація) у 5 разів вища, ніж в Україні, гемодіалізу – в 4 рази, операцій ендопротезування колінного і тазостегнового суглоба – в 6,5 рази [78]. Це свідчить про стратегічну доцільність розширення не менш ніж утричі обсягів високотехнологічних медичних послуг [22]. При цьому протягом останніх трьох десятиліть світова сфера охорони здоров'я пережила глибокий технологічний прорив, який суттєво підвищив клінічні результати медичної діяльності [78]. Але і надалі зберігається висока зношеність основних фондів, що в середньому становить 58,5 %, у т.ч. медичного обладнання – 64,0 % [89]. У стратегічному контексті це ставить питання про соціально аргументовану доцільність оптимізації системи охорони здоров'я, виходячи із стимулювання і створення умов для високотехнологічної медичної допомоги в Україні.

3. Забезпечення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях. Воно має здійснюватися за допомогою відповідних стратегічних показників якості медичних послуг та її безпеки, відповідно до яких і здійснюється раціональний розподіл державних коштів, утверджується конкуренція за критеріями якості при закупівлі обладнання для медичної допомоги у постачальників, на основі чого складаються рейтинги лікувально-профілактичних установ, здійснюється їх економічне стимулювання [22].

«Концепції розвитку системи охорони здоров'я» має включати технологічний проєкт медичної реформи, спрямований на оптимізацію сфери охорони здоров'я, й має передбачати чітку артикуляцію наступних положень:

– побудова національної системи охорони здоров'я. Вона включає створення єдиної інституційної структури медичних закладів, які забезпечують надання якісних медичних послуг – від безпеки навколишнього середовища до он-лайнової медичної допомоги при хронічних і тяжких захворюваннях;

– охорона здоров'я є структурним елементом економічного розвитку держави та зниження показників бідності громадян. У звітній доповіді Світового банку за 1993 р. було доведено стратегічний пріоритет інвестицій здоров'я громадян, оскільки це забезпечує зростання макроекономічних показників розвитку держави;

– активна участь інститутів громадянського суспільства в реалізації медичної реформи. Мова йде про зміну методології розвитку сфери охорони здоров'я, яка має базуватись на виключному врахуванні інтересів і потреб суспільства та на позиціях його найбільш активних суб'єктів. Це дозволить розробити та запровадити активну політику підтримання здоров'я населення, яка слугуватиме ефективному блокуванню негативних факторів, що впливають на здоров'я громадян. Дана модель політики у сфері охорони здоров'я має включати три основні напрями: ідеологічний – пропаганда гігієни та здорового способу життя, включаючи боротьбу з алкоголізмом, наркоманією, курінням, піднесенням престижу медичної професії; законодавчий – чітке визначення права та відповідальності різних рівнів влади у забезпеченні здоров'я населення; економіко-адміністративний – передбачає реформу організації та фінансування охорони здоров'я, підтримку вітчизняних виробників медичної техніки та лікарських препаратів, посилення екологічного контролю і т.д. [79];

– стратегічна важливість розвитку сфери охорони здоров'я для забезпечення національної безпеки держави. Це означає докорінну зміну у ставленні до системи організації та забезпечення функціонування медичної галузі. Йдеться про визнання пріоритетності розвитку охорони здоров'я та зниження показників захворюваності в суспільстві як важливої інтегральної частини всього суспільного організму [67]. Переважна більшість постмодерних держав спирається у своїй політиці у сфері охорони здоров'я на врахування динаміки потреб населення та технологічних викликів, з якими стикається сучасний світ, і запроваджують заходи, які утверджують пріоритетність здоров'я в системі публічної політики держави. Виходячи з цього у більшості західноєвропейських держав постійно зростає частка державного фінансування у ВВП, що в середньому складає 6–8 % ВВП, а політичні лідери цих держав відразу після приходу до влади намагаються задекларувати чітку позицію щодо просування власної стратегії розвитку системи охорони здоров'я [79].

«Концепція довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», має бути оптимізаційною умовою виходу медичної сфери із кризового стану:

1) розроблення стандартів охорони здоров'я, що безпосередньо включає: напрацювання стандартів медичних послуг і створення органу регулювання процесів стандартизації у медичній сфері; модернізацію системи медичної освіти як стратегічної умови реалізації успішної кадрової політики у сфері охорони здоров'я; підвищення доступності високоякісних медичних послуг; модернізацію інфраструктури охорони здоров'я та системи її фінансування;

2) інноваційно-технологічне забезпечення КНП; запровадження нових стандартів діяльності інститутів охорони здоров'я; запровадження єдиної інформаційної системи у цій сфері; перехід на єдине джерело фінансування КНП за допомогою органів місцевого самоврядування;

3) посилення регіональної автономії КНП і контролю за якістю медичних послуг, що передбачає: збільшення чисельності високотехнологічних медичних центрів у регіонах; сприяння широкому впровадженню сучасних інформаційно-комунікативних технологій у розвиток системи охорони здоров'я; підвищення фінансової й організаційної незалежності регіональних медичних закладів; більш ретельний контроль за якістю надання медичних послуг [73].

Для підвищення результативності публічного управління якістю медичних послуг уявляється можливим конкретизувати наступні технологічні дії, які стосуються вирішення прикладних питань функціонування сфери охорони здоров'я:

1. Забезпечення доступу до лікувальних установ, особливо для жителів сільської місцевості, передбачає створення Госпітальних округів (реформа мережі лікувальних закладів) за такими критеріями: наявність принаймні однієї лікарні інтенсивного лікування (першого чи другого рівня) – надання доступної екстреної допомоги; охоплення території з населенням мінімум 200 тис. осіб за наявності лікарні 2-го рівня або 120 тис. осіб – за наявності лікарні тільки 1-го рівня; можливість прибуття до лікарні інтенсивного лікування з будь-якої точки округу за 60 хвилин; госпітальний округ планується у таких межах і з таким «набором» закладів, щоб у перспективі на його основі можна було створити ефективну й сучасну медичну мережу [50].

2. Забезпечення доступу до медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі, особливо для уразливих або соціально відчужених груп передбачає запровадження «Гарантованого пакету медичної допомоги», який визначає право на отримання набору медичних послуг і ліків для всіх без винятку громадян України. Передбачається створення єдиного національного замовника, який регулюватиме відносини між лікарем і пацієнтом й плануватиме та закуповуватиме медичні послуги для громадян, безпосередньо контрагуватиме медичні заклади, оцінюватиме та контролюватиме якість послуг, підтримуватиме електронну систему збору та обміну медичною інформацією тощо. Гарантований пакет медичної допомоги щороку буде переглядатися та публікуватися [10].

3. Доопрацювання нормативної бази щодо реформування.

4. Адаптація міжнародних протоколів лікування для первинної ланки (у цьому процесі МОЗ планує передусім орієнтуватися на британські протоколи лікування для сімейних лікарів).

5. Формування гарантованого переліку послуг. Упровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, державні гарантії у сфері надання медичних послуг повинні бути приведені у відповідність з економічними можливостями суспільства шляхом визначення державного гарантованого пакета медичної допомоги, що базується на пріоритетах охорони здоров'я, враховує поточний економічний стан і можливості держави та фінансується з урахуванням положень ст. 95 Конституції України. Державний гарантований пакет медичної допомоги поширюватиметься на всіх громадян України та включатиме: первинну медичну допомогу; екстрену медичну допомогу (у т. ч. у стаціонарі); основні види амбулаторних послуг за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря; основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики – сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через установлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги; амбулаторні

рецептурні лікарські засоби, які внесені до національного переліку основних лікарських засобів і вартість яких відшкодовується через механізм реімбурсації.

6. Затвердження на рівні Уряду складу та меж госпітальних округів.

7. Впровадження референтного ціноутворення та реімбурсації.

8. Розробка та впровадження першого компонента електронної системи охорони здоров'я (E-Health) – реєстру пацієнтів, лікарів, медичних закладів. Передбачає створення електронної системи у сфері української медицини, що є першим і найважливішим кроком на шляху реформування системи охорони здоров'я, що дозволить створити прозору систему доступу громадян до ефективного лікування, зробить можливим реалізацію принципу «гроші йдуть за пацієнтом» [57].

9. Підвищення доступності лікарських засобів.

10. Впровадження соціального медичного страхування.

11. Впровадження професійного менеджменту – передбачає підготовку управлінських кадрів, набуття ними необхідних кваліфікаційних характеристик, які відповідають вимогам часу та запитам населення щодо якості медичного обслуговування. Йдеться про підготовку професійних управлінських кадрів шляхом отримання спеціальної медичної освіти.

12. Моніторинг й аналіз показників здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги [56].

Зрештою, в сучасних соціально-економічних умовах пріоритетом подальшого розвитку державного управління охороною здоров'я є формування керованої стратегії розвитку охорони здоров'я через впровадження ефективної солідарної системи (в державно-солідарних, суспільно-солідарних і/або ринково-солідарних формах) [21]. Така стратегія має ґрунтуватися на принципах побудови соціально спрямованого суспільства (з урахуванням принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності), з урахуванням конституційної норми безоплатності надання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

1. З'ясування специфіки медичних послуг – оплачуваного замовником використання ресурсів, необхідних задля діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань, а з тим – забезпечення відновлення фізичного, психологічного та/чи соціального здоров'я пацієнта – дозволяє стверджувати про суспільну значущість цього феномену та необхідність зовнішнього впливу задля забезпечення його доступності та належної якості. Під публічним управлінням якістю медичних послуг розуміють відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив 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. Механізми публічного управління якістю медичних послуг є сукупністю 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. Залежно від конкретної ситуації суб'єкти публічного управління (органи державного управління, органи місцевого самоврядування, представники бізнесу та населення) почасти одночасно використовують відповідні механізми управління (адміністративні, економічні, організаційні, правові, соціально-психологічні). Кожному з цих механізмів притаманний відповідний перелік засобів публічного управління.

3. За результатами оцінки результатів публічного управління якістю медичних послуг виявлено таке: на ринку медичних послуг України налічувалося 22 тис. ліцензіатів державної та колективної форми власності, а також понад 30 тис. приватних медичних закладів (переважно аптеки, кабінети приватних лікарів і вузькопрофільні медичні заклади), які отримують

фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від пацієнтів; 80 % пацієнтів отримують допомогу на другому чи третьому рівнях, оминаючи первинну ланку – амбулаторії та сімейних лікарів; 8–26 % пацієнтів закінчують лікування на первинному рівні, решта скеровуються до фахівців вузького профілю; 70 % населення невдоволені якістю медичних послуг; практично все населення не вважає державну медицину безкоштовною, а кожний житель України витрачає на медичне обслуговування від \$ 100 до 400 щорічно; загальний обсяг українського ринку медичних послуг становив понад € 131 млрд., з яких € 75,5 млрд. – бюджетні кошти (кошти державного бюджету – € 12,5 млрд., решта € 63 млрд. – місцевих бюджетів); ще € 55,8 млрд. було сплачено пацієнтами у вигляді готівкових коштів («вдячності») за надані медичні послуги; лише третина від цієї суми (приблизно € 18–19 млрд.) належить приватному сектору.

4. Виокремлено для подальшої адаптації до умов якості медичних послуг: використання уточнюючих коефіцієнтів і системи класифікації госпітальних випадків у діагностично-споріднені групи; забезпечення якості та моніторинг; встановлення принципу конкурентного розміщення замовлень на конкурсній основі на надання медичної допомоги; акредитація та сертифікація медичних послуг; створення Центрів стандартизації охорони здоров'я, які наділені функціями ліцензування, запровадження гарантованого пакету послуг і введення нових механізмів оплати; визначення вартості медичних послуг та аналіз витрат; проведення комплексу організаційних заходів щодо обмеження сформованої монополії медичних організацій.

5. Визначено такі перспективні напрями і засоби публічного управління для подальшого підвищення якості доступних медичних послуг: баланс у розвитку первинної та високотехнологічної медичної допомоги; запровадження єдиних стандартів надання медичної допомоги громадянам незалежно від певних відмінностей, які визначаються децентралізаційними можливостями; приведення у відповідність нормативних обсягів медичної допомоги фактологічним потребам населення; розширення обсягів високотехнологічної

медичної допомоги; забезпечення ефективності управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях; забезпечення доступу до лікувальних установ, особливо для жителів сільської місцевості; забезпечення доступу до медичних товарів і послуг на недискримінаційній основі; доопрацювання нормативної бази щодо реформування; адаптація міжнародних протоколів лікування для первинної ланки; формування гарантованого переліку послуг; затвердження на рівні уряду складу та меж госпітальних округів; впровадження референтного ціноутворення та реімбурсації; розробка та впровадження першого компонента електронної системи охорони здоров'я (E-Health); впровадження соціального медичного страхування; формування керованої стратегії розвитку охорони здоров'я через впровадження ефективної солідарної системи; впровадження професійного менеджменту; підвищення доступності лікарських засобів; моніторинг й аналіз показників здоров'я, доступності та ефективності медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аль Каравані Б.Т. Маркетингове дослідження якості медичних послуг. *Маркетинг і менеджмент інновацій*. 2014. № 1. С. 124–131.
2. Артюхіна М., Кратт О. Сутність поняття «медична послуга» з позицій маркетингу. *Економічний аналіз*. 2012. Т. 10. С. 194–196.
3. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі. *Економічний вісник Донбасу*. 2011. № 2. С. 135–137.
4. Бережна Ю.В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166–170.
5. Берлінець І.А. Удосконалення державного регулювання надання медичної реабілітаційної допомоги і послуг в Україні: дис. ... к.держ.упр.: 25.00.02. Запоріжжя, 2020. 217 с.
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. Вашев О.Є, Волос Б.О., Карамишев Д.В., Немченко А.С. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні. *Державне будівництво*. 2007. № 1. URL: <http://www.nbuiv.gov.ua>. (дата звернення: 08.02.2020 р.)
8. Вашев О.Є., Рогова О.Г., Пустовойт Т.Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2014. Вип. 4. С. 197–204.
9. Вовк С.М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. *Економіка та держава*. 2015. № 3. С. 48–51.
10. Гарантований пакет медичної допомоги. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/...> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

11. Горемікіна Ю.В. Формалізація даних та методичні підходи у контексті оцінки ефективності соціальних послуг. *Механізм регулювання економіки*. 2012. № 1. С. 188–195.

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. Державна політика в соціо-гуманітарній сфері: підручник / за заг. ред. В.А. Скуратівського, В.П. Трощинського. Київ: НАДУ, 2010. 284 с.

14. Державний комітет статистики України. Офіційний сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

15. Дешко Л.М. Державне регулювання господарської діяльності у сфері охорони здоров'я: автореф. дис. ... к.ю.н.: 12.00.04. Донецьк, 2010. 25 с.

16. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2017 г. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: ВОЗ, 2017.

17. Загальні відомості про англійську охорону здоров'я. URL: andros.ru/us_cure_1.html (дата звернення: 08.02.2020 р.)

18. Зацна Л.Я., Івашків Т.І. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Економіка Крима*. 2013. № 1. С. 363–367.

19. Іванова Л.О., Вовчанська О.М. Полікритеріальна маркетингова діагностика ринку приватних медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького. (Серія: Економічні науки)*. 2017. Т. 19. № 81. С. 16–25.

20. Інформація щодо сучасного стану стандартизації медичної допомоги з Реєстру медико-технологічних документів. URL: <http://www.dec.gov.ua/mtd/index.html> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

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

22. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02. Харків, 2019. 571 с.
23. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 р. Київ: Преса України, 1997. 80 с.
24. 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.
25. Котляревський Ю.О. Складові забезпечення якості медичних послуг в умовах трансформаційних перетворень в системі охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2008. № 4. С. 306–311.
26. 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.
27. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Проблеми та перспективи перебудови стаціонарної медичної допомоги вторинного рівня. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2008. Т. 2. № 2. С. 44–52.
28. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Київ: Четверта хвиля, 2009. 353 с.
29. Маркетинг медичних послуг: методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття студентів спеціальностей: 222 «Медицина», 228 «Педіатрія», 221 «Стоматологія» з навчальної дисципліни «Економіка охорони здоров'я» / Укл. В.А. Огнєв, О.А. Мельниченко, І.А. Чухно. Харків: Вид-во ХНМУ, 2020. 24 с.
30. Медяник Г.Є. Формування механізмів державного регулювання в системі фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності: автореф. дис. ... д.держ.упр.: спец. 25.00.02. Запоріжжя, 2010. 23 с.
31. Мельник П.С., Дзюба О.М., Кудренко М.В., Русняк В.А. Наукова діяльність ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ». *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 7–11.

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

33. Мельниченко О.А., В'юн В.В., Кравченко Ж.Д., Місюра І.І. Критерії вибору медичних послуг. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*: матеріали II наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 24 жовтня 2019 р. Харків: Вид-во ХНМУ, 2019. С. 80–86.

34. 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.

35. Мельниченко О.А., Муратов Г.Р., Проненко І.Ю. Розширення переліку платних послуг як спосіб управління доходами комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я. Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи: матеріали наук.-практ. конф., 26 березня 2020 р. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/conf/2020-1/doc/2/2-1.pdf>. (дата звернення: 29.05.2020)

36. Мельниченко О.А., Муратов Г.Р., Проненко І.Ю. Якість медичних послуг як запорука економічної безпеки підприємств сфери охорони здоров'я. *Національна безпека України: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення*: матеріали VI всеукр. наук.-практ. конф., 21 травня 2020 р. Одеса, 2020. С. 176–177.

37. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія: Державне управління)*. 2018. № 1. С. 154–162.

38. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Полеміка щодо сутності поняття «державне управління розвитком сфери охорони здоров'я». *Інновації в управлінні соціально-економічним розвитком*: матеріали I міжнар. наук.-практ. конф., 05 березня 2018 р. – Харків: Вид-во ХНУМГ, 2018. С. 258–260.

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

40. Надюк З.О. Ринок медичних послуг: роль держави у фінансуванні системи охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2008. №4. С. 100–102.
41. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
42. Охорона здоров'я Англії: погляд економістів. URL: narcosm.ru/publ/info/574. (дата звернення: 08.02.2020 р.)
43. Охорона здоров'я у Великобританії. URL: sunhome.ru/journal/117026. (дата звернення: 08.02.2020 р.)
44. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини. URL: <http://nbuviar.gov.ua/index.php?option...> (дата звернення: 08.02.2020 р.)
45. Парламентські слухання. URL: www.rada.gov.ua/news/Novyny/136051.html (дата звернення: 08.02.2020 р.)
46. Пашков В. Державне регулювання діяльності в галузі охорони здоров'я. URL: <http://www.apteka.ua/article/3256> (дата звернення: 08.02.2020 р.)
47. Перелік пілотних закладів визначено в Наказі Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження пілотних закладів охорони здоров'я для впровадження системи діагностично-споріднених груп» від 17 березня 2015 р. № 150. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show> (дата звернення: 08.02.2020 р.)
48. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации и федерального фонда ОМС от 19.01.1998 г. № 12/2 «Основные положения стандартизации в здравоохранении». URL: http://www.ctmed.ru/DICOM_HL7/mz12_98.html (дата звернення: 08.02.2020 р.)
49. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України. Закон України від 07.12.2017 р. № 2233-VIII. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19>. (дата звернення: 08.02.2020 р.)
50. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 932. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

51. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/5/2015> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

52. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

53. Про утворення Національної служби здоров'я України. Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. № 1101. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 08.02.2020 р.)

54. Проект Закону України про внесення змін до статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 13.09.2002 р. № 2190. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>. (дата звернення: 08.02.2020 р.)

55. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: автореф. дис. ... д.держ.упр.: 25.00.01. Київ, 2003. 38 с.

56. Ринда Ф.П. Вибірковий аналіз клінічних протоколів надання медичної допомоги у частині профілактичної допомоги. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4/1. С. 260–262.

57. Роханський А. Права людини в галузі охорони здоров'я // Українська Генсільська спілка з прав людини. URL: <https://helsinki.org.ua/prava-lyudyny-v-haluzi-ohorony-zdorov-ya-a-rohanskyj/> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

58. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ: Сфера, 2005. 272 с.

59. Система охорони здоров'я Англії повинна бути принципово реформована. URL: medlinks.ru/article.php?sid=34138. (дата звернення: 08.02.2020 р.)

60. Тогунов І.А. Лікар і пацієнт медичних послуг обласний фонд обов'язкового медичного страхування. URL: www.marketing.spb.ru. (дата звернення: 08.05.2020 р.)

61. Тульчинский Т.Х., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим: Amutah fo.

62. Устінов О. Програма Президента України щодо реформування медичної галузі. URL: <http://www.apteka.ua/articl/46416>. (дата звернення: 08.05.2020 р.)

63. 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.
64. Чепелевська Л.А., Рудницький О.П. Аналіз демографічної ситуації в Україні. *Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік* / за ред. В.В. Шафранського. Київ, 2016. 452 с.
65. Чехун І.А. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 213–216.
66. 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.
67. Шомникова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. *Наукові праці НДФІ*. 2009. № 2. С. 131–136.
68. 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.
69. Шутов М.М. Економіка та менеджмент охорони здоров'я: регіональний аспект. Харків: Основа, 2000. 365 с.
70. Щербаченко Л.В. Особливості надання платних медичних послуг у сучасних умовах. *Науковий вісник Національного університету ДПС України (Серія: Економіка, право)*. 2010. № 1. С. 168–173.
71. Barmina H. Pryvatna medytsyna: neprostyі chas dlia neprostoіho biznesu. URL: <http://www.apteka.ua/article/310784> (дата звернення: 08.05.2020 р.)
72. Barrows D., McDonald H.I., Susapol A.B., Dalton-Jez O., Harvey-Rioux S. Public-private partnership in Canadian health care: a case study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal on Budgeting*. 2012. № 12/1. P. 1–4.
73. Busse R., Geissler A., Ouentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. *World*

Health Organization, 2011 on behalf of the European Observatory on Drugs and Policies. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf (дата звернення: 08.02.2020 р.)

74. Costa C.H. et al. Vaccines for the leishmaniases: proposals for a research agenda. *Neglected Tropical Diseases.* 2015: URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0000943> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

75. Data Shine Census. London: University College. London, 2016. URL: datashine.org.uk (дата звернення: 08.02.2020 р.)

76. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehead / Van Rossum C.T.M., Shipley M.J., Van de Mheen H. et al. URL: <http://www.thelancet.com> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

77. Escobar M.-L., Griffin C, Shaw R. Impact of health insurance in low-and middle-income countries. Washington: Brookings Institution Press, 2010. 245 p.

78. Glassman A., Giedion U., Sakuma Yu., Smith P. Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes? *Health Systems & Reform.* 2016. Vol. 2. Issue 1. P. 31–50.

79. Health 2020 targets, indicators and monitoring framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2013 (EUR/RC63/8).

80. Kalachova I. Natsionalni rakhunky okhorony zdorovia (NROZ) Ukrainy u 2015 rotsi: Statystychnyi biuletyn. Derzhavna sluzhba statystyky. 2016.

81. Langenbrunner J., Cashin Ch., O'Dougherty Sh. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems – How-To Manuals. *The International Bank for Reconstruction and Development.* Washington: The World Bank, 2009. 321 p.

82. Lawn J.E. et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. URL: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000389> (дата звернення: 08.02.2020 р.)

83. Lepeshyna O. Ohliad rynku pryvatnykh medychnykh zakladiv Ukrainy: aktualni trendy ta prohnozy na 2015 r. URL: <http://www.slideshare.net/MedExpert/2015-47457840> (дата звернення: 08.05.2020 р.)

84. Marmot M. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.

85. Marmot M.G. Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA*. 2006. P. 1304–07.
86. McQueen D.V., Wismar M., Lin V., Jones C.M., Davies M. eds. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. № 26.
87. 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). USA, Washington. 2020. P. 28–32.
88. Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe, Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2017.
89. Montenegro C., Patrinos H. Comparable Estimates of Returns to Schooling around the World. Policy Research Working Paper 7020. World Bank, Washington, DC. URL: <http://documents.worldbank.org/curated/> (дата звернення: 08.02.2020 р.)
90. Moore G.F. Variations in schools' commitment to health and implementation of health improvement activities: a cross-sectional study of secondary schools in Wales. *BMC public health*. 2016. № 1. С. 138–149.
91. Ozaltin A., Cashin Ch. Costing of health services for provider payment. A practical manual based on country costing challenges, trade-offs, and solutions. *Joint Learning Network*. URL: http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/Costing_of_Health_Services_Proof3.pdf. (дата звернення: 08.02.2020 р.)
92. Pandor A., Goodacre S., Harnan S. et al. Diagnostic management strategies for adults and children with minor head injury: a systematic review and an economic evaluation. *Health Technol. Assess.* 2011. № 15. P. 201–202.
93. Petrenko O. Pryvatnyi medychnyi rynek v Ukraini. Definititsii, otsinka, sposterezhennia. URL: <http://www.apteka.ua/wpcontent/uploads/2012/11/21.pdf>. (дата звернення: 08.05.2020 р.)

94. Tan S., Geissler A., Serden L., Heurgren M., Martinvanneveld B., Ken Redekop W., Hakkaart van Roijen L. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. *The European Journal of Public Health* Dec. 2014. № 24. P. 1023–1028.

95. The world health report 2016 – working together for health. Geneva, World Health Organization, 2016. 471 p.

96. 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.

97. Ukrainska asotsiatsiia mizhnarodnoho turyzmu. Sait UAMT. URL: <http://www.uamt.org.ua> (дата звернення: 08.05.2020 р.)