

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВО-ВИРОБНИЧИЙ ЦЕНТР

Кафедра публічного адміністрування у сфері цивільного захисту

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

магістр публічного управління та адміністрування

на тему

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Виконав: слухач 2 курсу,
групи ЗМДУ-18-713

Сагайдачний Є.В.

Керівник:
д.держ.упр., проф.

Шведун В.О.

Рецензент:
д.держ.упр., проф.

Стрельцов В.Ю.

ХАРКІВ – 2020

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Навчально-науково-виробничий центр

Кафедра публічного адміністрування у сфері цивільного захисту

Освітньо-кваліфікаційний рівень магістр публічного управління та адмініструванняСпеціальність 281 "Публічне управління та адміністрування"**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри публічного адміністрування у сфері цивільного захисту

_____ С. В. Майстро
" ____ " _____ 2020 року**ЗАВДАННЯ**

НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СЛУХАЧА

Сагайдачного Євгена Володимировича

1. Тема роботи Державне регулювання охорони здоров'я в Україні
Керівник роботи – Шведун Вікторія Олександрівна, д.держ.упр., проф.
затверджені наказом ректора НУЦЗУ від "17" січня 2020 р. № 5
2. Строк подання слухачем роботи 12 червня 2020 р.
3. Вихідні дані до роботи:
4. Зміст магістерської роботи: теоретичні засади державного регулювання охорони здоров'я населення; особливості державного регулювання охорони здоров'я населення; удосконалення державного регулювання охорони здоров'я населення України.
5. Перелік графічного матеріалу: актуальність теми дослідження; об'єкт та предмет дослідження; мета та завдання дослідження; напрями державного регулювання ринків в сфері охорони здоров'я; Законодавчі норми, що регулюють охорону здоров'я; механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я; механізм використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада керівника	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Шведун В.О., завідувач кафедри менеджменту		
2	Шведун В.О., завідувач кафедри менеджменту		
3	Шведун В.О., завідувач кафедри менеджменту		

7. Дата видачі завдання 20 січня 2020 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапу	Строк виконання етапу	Примітка
1	Вибір та затвердження теми	10.01.2020	
2	Оформлення бланку завдання	11.01.2020	
3	Підготовка розгорнутого плану магістерської роботи	24.01.2020	
4	Опрацювання теоретичного матеріалу за темою, підготовка 1 розділу роботи	30.03.2020	
5	Обробка емпіричних і статистичних даних, підготовка 2 розділу роботи	30.04.2020	
6	Узагальнення рекомендацій щодо вирішення досліджуваної проблеми, підготовка 3 розділу роботи	05.06.2020	
7	Доопрацювання змістовної частини роботи	09.06.2020	
8	Подача роботи на кафедру	12.06.2020	

Слухач

Сагайдачний Є.В.

Керівник роботи

Шведун В.О.

АНОТАЦІЯ

Магістерська робота слухача Національного університету цивільного захисту України Сагайдачного Євгена Володимировича «Державне регулювання охорони здоров'я в Україні».

Мета роботи полягає в розробці теоретико-практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

У магістерській роботі виконано такі завдання: систематизовано теоретичні основи державного регулювання у сфері охорони здоров'я України; досліджено механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення; розкрито світові тенденції розвитку державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення; з'ясовано особливості функціонування адміністративно-правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я України; охарактеризовано недоліки та проблеми впровадження механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України; здійснено удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я України; оцінено перспективну результативність розвитку механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

Об'єктом дослідження виступає державне регулювання у медичній сфері.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони спрямовані на підвищення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку у сфері охорони здоров'я України.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	10
1.1. Охорона здоров'я населення як об'єкт державного регулювання.....	10
1.2. Методи та інструменти державного регулювання системи охорони здоров'я населення.....	21
1.3. Механізм державного регулювання охорони здоров'я населення..	29
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	34
2.1. Світові тенденції розвитку державного регулювання охорони здоров'я населення.....	34
2.2. Особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання охорони здоров'я населення України.....	47
2.3. Проблеми впровадження механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України.....	56
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	75
3.1. Оптимізація кадрово–ресурсного механізму державного регулювання охорони здоров'я населення України.....	75
3.2. Удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України.....	86
3.3. Оцінка перспективної результативності удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України.....	101
ВИСНОВКИ.....	116
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	121

ВСТУП

Існуючі інституційні перетворення, які проводяться у вітчизняній системі охорони здоров'я, останнім часом направляються на підвищення якості медичних послуг. Здійснення практичної реалізації розроблених нововведень викликають необхідність перегляду механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я, оскільки збереження здоров'я нації виступає як основний стратегічний орієнтир державного регулювання, визначаючи при цьому цільові установки державної політики.

На сьогоднішній день, сфера охорони здоров'я України регулюється державою і з іншого боку – засобами ринкового регулювання. Традиції державного регулювання були складені в соціалістичний період розвитку країни, які сьогодні перестають бути актуальними щодо сучасних викликів розвитку суспільства. При цьому вони характеризуються фрагментарністю й безсистемністю. На це вказує діяльність інституційних одиниць сфери охорони здоров'я.

Наявний досвід державного регулювання не є успішним, оскільки в ньому відсутня орієнтованість на результат. Це визначає необхідність вирішення таких проблем, як формування ефективного механізму державного регулювання в сфері охорони здоров'я, встановлення меж державного втручання в діяльність медичних установ державного і недержавного секторів охорони здоров'я, пошук оптимального поєднання державного регулювання й ринкового саморегулювання.

Тим самим, наявність зазначених проблем державного регулювання, а також високий рівень соціальної значущості досягнутих результатів, які виходять в процесі надання державних послуг, викликає необхідність проведення додаткових теоретичних та концептуальних досліджень в рамках державного регулювання вітчизняної системи охорони здоров'я.

Теоретичну основу магістерської роботи складають праці вітчизняних і зарубіжних дослідників, в яких порушуються питання впливу на розвиток теорії і практики державного регулювання сферою охорони здоров'я.

Загальна теорія державного регулювання розкривається багатьма дослідниками, серед яких В.Б. Авер'янов, В.Д. Бакуменко, В.О. Бережний, О.З. Босак, К.О. Ващенко, О.М. Василенко, А.М. Волощук, І.А. Грицьак, С.М. Домбровська, М.О. Дурман, А.М. Іщенко, Ю.В. Ковбасюк, К.І. Козлов, В.В. Коврегін, К.В. Кривопуст, О.І. Крюков, І.О. Кульчій, Н.В. Литвин, Г.І. Ляхович, С.В. Майстро, В.М. Мороз, Н.Р. Нижник, Н.І. Обушна, М.Л. Пахнін, А.І. Пригожин, О.А. Решота, С.В. Садковий, Ю.П. Сурмін, В.О. Шведун, В.В. Щербина та ін.

У розвиток теорії і практики державного регулювання у сфері охорони здоров'я значний внесок внесли такі дослідники як С.М. Вовк, П.Б. Волянський, М.М. Білинська, В.Д. Долот, З.С. Гладун, Т.С. Грузєва, В.С. Загорський, В.М. Лобос, В.Д. Карамішев, Ж.Д. Кравченко, О.А. Мельниченко, З.О. Надюк, А.В. Терет'єва, В.В. Шевчук. Проблемою вдосконалення механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я займаються такі вчені як Л.І. Жаліло, В.М. Лехан, К.О. Надутий, С.Я. Пак, О.П. Попов, В.В. Рудий, С.Л. Савостьянова, І.М. Солоненко. Дослідженням питань впровадження нової системи охорони здоров'я в нашій державі займаються багато сучасних вчених, серед яких І.М. Солоненко, О.П. Попов, Л.І. Жаліло, К.О. Надутий.

Спираючись на зміст наукових досліджень зазначених фахівців, а також праці інших вчених, можна стверджувати, що наявні механізми державного регулювання сферою охорони здоров'я, з урахуванням процесу реформування системи і трансформації суспільного життя в Україні, потребують удосконалення. Все це обумовлює вибір теми магістерського дослідження, визначає його актуальність, мету і завдання.

Мета роботи полягає в розробці теоретико-практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

З урахуванням наведеного визначення мети магістерського дослідження, виділено такі основні науково–теоретичні, методологічні та практико орієнтовані завдання:

- систематизувати теоретичні основи державного регулювання у сфері охорони здоров'я України;
- дослідити механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення;
- розкрити світові тенденції розвитку державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення;
- з'ясувати особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я України;
- охарактеризувати недоліки та проблеми впровадження механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України;
- здійснити удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я України;
- оцінити перспективну результативність розвитку механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження – державне регулювання у медичній сфері.

Предмет дослідження – державне регулювання у сфері охорони здоров'я населення України.

Методологічною основою і теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення теорії державного управління, інших гуманітарних і соціальних наук, а також наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених з питань теоретико–методологічного забезпечення державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я і функціонування механізмів державної підтримки розвитку сфери охорони здоров'я.

У роботі застосовано системний підхід, згідно з яким всі процеси і явища державного регулювання розвитку у сфері охорони здоров'я України аналізувалися в цілісності і взаємозалежності. Використано наукові методи, які дозволили отримати основні теоретичні результати, зокрема: за

допомогою абстрактно–логічного методу, в тому числі прийомів аналогії, порівняння, індукції і дедукції, були сформульовані загальні висновки до розділів. В ході аналізу сучасного стану механізмів державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я України використані: статистичний метод (визначення ефективності механізмів надання лікарських послуг населенню України, організаційних механізмів державного регулювання розвитку сфери охорони здоров'я і нормативно–правових механізмів розвитку державного регулятивного потенціалу по сфері охорони здоров'я); метод порівняння (критичне осмислення методологічних підходів, концепцій, розробок, моделей і пропозицій провідних вчених, присвячених особливостям механізмів державного регулювання національних систем охорони здоров'я) системно–аналітичний (вивчення законодавчих актів та інших нормативних документів). Всі зазначені методи дослідження доповнюють один одного й в сукупності забезпечили можливість всебічно розглянути предмет дослідження.

Інформаційною базою дослідження стали наукові праці вітчизняних і зарубіжних авторів, законодавство України, укази Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, статистичні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, монографії та статті вітчизняних і зарубіжних вчених, результати власних досліджень автора.

Наукова новизна магістерської роботи й отриманих результатів полягає в розв'язанні актуального наукового завдання відносно теоретичного обґрунтування й розробки практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що вони спрямовані на підвищення ефективності державного регулювання інноваційного розвитку у сфері охорони здоров'я України.

Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Робота налічує 5 рисунків та 2 таблиці. Список використаних джерел включає 111 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

1.1 Охорона здоров'я як об'єкт державного регулювання

Охорона здоров'я є системою, яка складається з соціально–економічних та медичних заходів, мета яких полягає у зберіганні та підвищенні рівня здоров'я кожної людини та всього населення країни. Виступаючи як складна соціально–економічна система, а також будучи при цьому специфічною галуззю народного господарства, охорона здоров'я сприяє забезпеченню реалізації одного з важливих принципів – надання висококваліфікованої лікувально–профілактичної допомоги населенню та поліпшення стану його здоров'я в цілому.

Як зазначає С.В. Агієвець, сьогодні здоров'я слід розглядати як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороби [1, с. 68]. Погоджуючись з дослідником, Л.В. Суворовою, наголосимо, що здоров'я є одним з найважливіших ресурсів для ведення благополучного життя, задоволення фізичних, психічних, соціальних, культурних та духовних потреб людини [85, с. 18].

Однак в останні роки можна побачити значні зміни в оцінці ролі здоров'я в житті кожної людини та населення в цілому. Згідно за даними дослідження ряду авторів, серед яких Н.Ю. Синягіна та І.В. Кузнєцова, формування у населення прагнення вести здоровий спосіб життя має бути пріоритетним напрямком діяльності всіх соціальних сфер суспільства [79, с. 41].

У нашому розумінні, здоров'я визначається як біологічний потенціал, який обумовлюється спадковими можливостями, фізіологічними резервами життєдіяльності та нормальним психічним станом для реалізації соціальних можливостей людини всіх її задатків. При цьому проблема здорового

способу ведення життя давно виходить за межі кордонів однієї держави, будучи на сьогоднішній день глобальною проблемою суспільства в цілому.

Наразі здоров'я виступає як соціально значимий феномен, рівень та стан якого дозволяє говорити про ступінь розвиненості і добробуту суспільства. Прояв негативних тенденцій та показників громадського здоров'я при цьому стають серйозною соціально–політичною проблемою, яка потребує докладання зусиль не тільки з боку держави, а й усього суспільства разом.

Здоров'я населення складається зі здоров'я кожного члена суспільства, яке в свою чергу дозволяє визначити його здатність до забезпечення свого благополуччя та можливості реалізації потреб нижчого і вищого порядку, тим самим забезпечуючи добробут усього суспільства. Відзначимо, що стан здоров'я індивіда обумовлюється безліччю факторів, котрі залежать від системи охорони здоров'я, а також включають такі чинники, на які охорона здоров'я не може надавати впливу.

Досягнення здоров'я населення забезпечується за допомогою постійних зусиль з боку державних та громадських структур й громадян, які беруть участь в суспільному процесі. Фактично ми говоримо про взаємини між державною владою та охороною здоров'я як частиною публічної влади, громадським й індивідуальним здоров'ям. Характер таких відносин обумовлює стан здоров'я індивіда та суспільства [36].

Слід зазначити, що система охорони здоров'я відноситься до сфери надання соціальної допомоги. Тому соціальна спрямованість діяльності держави передбачає, що охорона здоров'я стоїть на одному з центральних позицій в суспільстві, оскільки дозволяє забезпечувати підтримку певного рівня здоров'я громадян, тим самим впливаючи на досягнення економічного і соціального благополуччя суспільства.

Система охорони здоров'я складається з медичних та оздоровчо–реабілітаційних організацій різних типів та профілів, різних форм медичної допомоги та рівнів її організації. Так медичні організації прийнято розділяти

на стаціонари, амбулаторно–поліклінічні заклади, спеціалізовані санаторії та профілакторії, реабілітаційні центри тощо. Що стосується медичної допомоги, то вона може приймати екстрену, лікувально–діагностичну форму, допомога на дому та ін.

Слід зазначити, що охорона здоров'я на сучасному етапі розвитку нашої держави знаходиться на важливому місці. Її проблеми та особливості не втрачають своєї актуальності ні в теоретичному, ні в практичному плані, що обумовлюється орієнтацією сучасного українського суспільства на такі цінності як життя та здоров'я.

Система охорони здоров'я має напромок на забезпечення гарантії прав громадян на охорону здоров'я, його збереження і відновлення. На наш погляд, система охорони здоров'я є не тільки сукупністю лікувально–профілактичних організацій, але також має тісний зв'язок з екологією, охороною праці та соціальною сферою. Разом з тим, слід зазначити, що багато вчених і практиків в Україні важливою функцією системи охорони здоров'я вказують підтримку і відновлення індивідуального та суспільного здоров'я країни [18, 36, 49].

Суспільство сприймає охорону здоров'я як невід'ємну складову рівня і якості життя, яка займає важливе місце в економічному розвитку країни, сприяючи забезпеченню відтворення та досягнення якості трудових ресурсів, створюючи основу для стійкого соціально–економічного зростання.

В умовах перетворення систему охорони здоров'я в Україні, в першу чергу необхідно розуміти як стан національної системи охорони здоров'я з позиції об'єктивної реальності, яка на даному етапі свого розвитку не дає можливості реалізувати необхідні принципи маркетингових відносин в умовах несформованого ринку медичних послуг.

Система охорони здоров'я, як і будь–яка державна система, підлягає управлінню та регулюванню з боку держави. Юридична література вказує, що між державним управлінням і державним регулюванням немає принципових відмінностей за цільовим призначенням. При цьому

регулювання є неодмінним елементом державно–управлінської діяльності, яка пов'язана із здійсненням функцій держави та виступає як один з видів державної діяльності. При управлінні держава виконує регулюючу функцію, коли при регулюванні – керуючу. Однак державне управління є більш широким поняттям, ніж державне регулювання [20, с. 16].

Питання впливу держави на утримання й форму економічних ринкових відносин, а також необхідність правового забезпечення, є центральними для господарсько–правової науки. Такий дослідник як З. Задихайло говорить про те, що реалізація державної економічної політики проходить за допомогою використання державою різних, щодо стійкості комплексів засобів приватно–правового та публічно–правового регулювання [17, с. 149].

Ганс Кельзен вказує, що типовий приклад публічно–правових відносин представляється адміністративним указом, який вводиться адміністративним органом у вигляді індивідуальної норми, за допомогою чого, той, хто є адресатом цієї норми, стає юридично зобов'язаним вести свою діяльність щодо указу [34, с. 96]. Припускаємо, тут важливо враховувати, що створення та використання норм державного правового порядку підлягає здійсненню не тільки центральними органами, але також й у вигляді децентралізованих процесів. Таким процесом може виступати вироблення правових норм за допомогою узагальнення, або вироблення індивідуальних та загальних правових норм за допомогою угоди. Притому, що такі правові норми, шляхом узагальнення або угоди, не є виробленими в державному праві. Діяльність, котра пов'язана з управлінням державою, на думку Ганса Кельзена, в основному полягає у виконанні законодавства та зводиться до судової практики, показуючи тим самим власне правову функцію, яка полягає в створенні та застосуванні правових норм [34, с. 98].

Державна діяльність, яка пов'язана з охороною здоров'я, спирається на Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 роки (далі – Основи). Обумовлюючись положенням статті 12 Основ, поняття охорони здоров'я є одним з пріоритетних напрямів державної діяльності [48].

Держава є суб'єктом формування політики охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи її реалізацію серед населення країни. При цьому слід зазначити, що законодавство про охорону здоров'я спирається на Конституцію України, складається з Основ та інших прийнятих актів законодавства, котрі регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Конституція України визначає її як соціальну державну дію, яка спрямовує свою політику на створення необхідних умов для забезпечення гідного рівня життя населення, тим самим сприяючи забезпеченню права громадян на охорону здоров'я. Крім цього конституційно закріплено також такий напрямок державної політики як реалізація державних програм соціального розвитку. Все це становить зобов'язання держави перед суспільством щодо застосування всіх засобів державного регулювання галузі.

О. В. Балусєва вказує, що в рамках адміністративного права державне управління являє собою реалізацію державної влади, яка спирається на законодавство, виконавче–розпорядчі функції в сфері розвитку економіки та культури, соціального забезпечення та охорони здоров'я, транспорту і зв'язку, забезпечення безпеки держави та охорону громадського порядку в інших областях [41, с. 52].

Спираючись на таке розуміння, ми можемо сказати, що державне регулювання можна вважати таким видом державної діяльності, який спрямований на реалізацію виконавчої влади, діяльність якої при цьому сприяє забезпеченню ефективності протікання процесів, які відбуваються в суспільстві й державі, притому, що на першому плані знаходиться функція державного регулювання. Серед елементів державного регулювання виділяються наступні:

- нормативне регулювання за допомогою встановлення загальних правил;
- надання державного захисту прав та інтересів суб'єктів суспільних відносин;

– досягнення забезпечення правової основи діяльності суб'єктів суспільних відносин;

– проведення контролю виконання правових норм.

В останні роки відзначається, що існує необхідність обмеження державного регулювання, однак на думку П.М. Рабинович та М.І. Хавронюк, повністю усунути державне регулювання неможливо, оскільки з його допомогою досягає здійснення основних соціальних завдань держави [69, с. 64].

Таким чином, під державним регулюванням у сфері охорони здоров'я ми будемо розуміти сукупність організаційно–правових норм і механізмів державних органів адміністративно–правового характеру, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, медичного, санітарно–гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримку довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

У процесі державного регулювання в системі охорони здоров'я виділяються дві складові:

1. Система органів державної влади і місцевого самоврядування, яка задіяна в процесі здійснення державного регулювання відносин (інституційний механізм охорони здоров'я). У даній системі виділяються центральні та місцеві органи державної влади, органи місцевого самоврядування, котрі задіяні в процесі реалізації політики охорони здоров'я.

2. Система правових норм, що створює законодавство в сфері охорони здоров'я, спрямована на регулювання змісту й процесу здійснення державного регулювання (правовий механізм охорони здоров'я).

Як об'єкт державного регулювання в даному випадку виступають певні відносини та явища галузі, система охорони здоров'я, принципи її організації

та функціонування. Всі ці відносини характеризуються різним змістом, проте підлягають регулюванню нормами адміністративного права.

В. Юсупов відзначає, що тільки держава виступає як суб'єкт правового регулювання у вигляді її органів або уповноважених установ [92, с. 18]. Тим самим в правовому регулюванні у сфері охорони здоров'я фактично можна виділити дві взаємопов'язані частини:

1. Державне регулювання організації охорони здоров'я.
2. Державне регулювання здійснення права на охорону здоров'я.

Такий взаємозв'язок зазначених елементів державного регулювання сфери охорони здоров'я, на наш погляд, визначає важливість їх органічного і послідовного розвитку. У зв'язку з цим головною функцією державного регулювання охорони здоров'я виступає створення правової основи для комплексних засобів правового характеру, з огляду на створення правової основи економічних відносин в перебіг процесу реформування всієї галузі. При цьому важливим моментом, який необхідно брати до уваги, виступає існуюча надмірність функцій держави в забезпеченні безкоштовної медичної допомоги, дозволяючи тим самим налагоджувати стійку систему забезпечення права людини на здоров'я. Такий стан передбачає вибір напрямку щодо посилення та розширення публічно-правового регулювання в сфері охорони здоров'я для реалізації права громадян країни на отримання гарантованого рівня охорони здоров'я.

На думку З.С. Гладун, одним із важливих завдань для України при існуючому перехідному періоді, буде виступати вдосконалення системи та механізмів здійснення державного регулювання в даній сфері, які повинні відповідати сучасним суспільним потребам [4, с. 20]. Тоді як Т.С. Грузева зазначає, що основна мета державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я спрямовується на зміцнення здоров'я населення та профілактику захворювань, разом з наданням висококваліфікованої медичної допомоги та поліпшення якості життя українців [7, с. 104]. В такому випадку метою державного регулювання виступатиме наступне:

- вплив на розвиток об'єктів медичній сфері будь-якої форми власності;
- здійснення контролю за наданням медичних послуг високого рівня при вирішенні соціальних проблем, які пов'язані зі здоров'ям;
- законодавче гарантування рівних умов для діяльності всіх медичних організацій та підприємств, що надають послуги в сфері охорони здоров'я.

Аналізуючи програмні документи і законодавчі акти, які регламентують сферу охорони здоров'я населення [59; 60; 61], виділяється ряд наступних завдань державного регулювання системи охорони здоров'я:

- проведення активної демографічної політики, яка направляє на стимулювання народжуваності і зниження рівня смертності;
- забезпечення доступності до отримання медичної допомоги всьому населенню;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- використання ефективної системи багатоканального фінансування в сфері охорони здоров'я, яка передбачає поетапне збільшення державного асигнування;
- створення умов, спрямованих на формування та зміцнення здорового способу життя населення;
- здійснення інтенсивного розвитку медичної та фармацевтичної промисловості, виробництво лікарських засобів високого рівня та ін.

Відзначимо, що державне регулювання в системі охорони здоров'я складається із сукупності форм, методів та інструментів, за допомогою яких держава може впливати на здійснення діяльності суб'єктів й об'єктів системи охорони здоров'я на шляху створення оптимальних умов для функціонування всієї системи і зміцнення індивідуального та суспільного здоров'я населення країни [26, с. 121].

С. Л. Савост'янова вказує, що завдання державного регулювання в системі охорони здоров'я включає в себе два аспекти. Перший передбачає, що регуляторні заходи спрямовані на забезпечення та вирішення політичних

завдань, а другий – на вдосконалення механізмів управління [77, с. 271]. Погоджуючись з дослідником, відзначимо, що політичний аспект передбачає досягнення соціальних та економічних цілей, а його природа полягає в нормативному характері, який спирається на прийняту в суспільстві систему цінностей, котра відноситься до певних політичних завдань та інтересів самого суспільства. Разом з тим, соціально–політичні проблеми охорони здоров'я завжди є загальними для всіх країн та представлені наступними критеріями:

- досягнення справедливості та рівноправного доступу до послуг охорони здоров'я;
- соціальна солідарність за допомогою забезпечення охорони здоров'я через національну службу охорони здоров'я або систему соціального медичного страхування;
- досягнення економічності за допомогою визначення фінансово обґрунтованих витрат в галузі;
- забезпечення здорових умов оточення за допомогою організації безпечних умов праці, безпеки питної води та продуктів харчування тощо;
- організація інформованості та освіченості населення з питань охорони здоров'я;
- забезпечення індивідуалізації при виборі постачальника послуг в сфері охорони здоров'я.

Що стосується другого управлінського аспекту, то він відноситься до власне механізму регулювання охороною здоров'я, котрий характеризуються змішаною природою, відображаючи складність відносин між різними постачальниками послуг. Зазначені заходи спрямовані на досягнення більш ефективного та раціонального використання ресурсів, як людських, так і матеріальних. При цьому вони мають технічний характер та спрямовані на регулювання наступних факторів:

- досягнення високої якості та ефективності, які представлені співвідношенням вартості та ефективності послуг;

- забезпечення доступу людини до послуг, зокрема за допомогою введення необхідної податкової політики;
- визначення напрямів поведінки постачальників шляхом організації ефективної взаємодії між лікарнями та службами первинної допомоги, перетворення лікарень тощо;
- визначення шляху поведінки платників у вигляді встановлення правил контрактації, цін на медичні послуги в державному секторі, розробки планових ринків для лікарняних служб;
- здійснення контролю за ринком медикаментів за допомогою встановлення орієнтовних цін, обліку прибутку тощо;
- проведення контролю за діяльністю медичних працівників у формі встановлення заробітної плати, визначення особливостей проведення ліцензування та ін. [32, с. 5]

При цьому необхідно враховувати, що серед актуальних проблем регулювання в системі охорони здоров'я виділяються питання стандартизації галузі. З огляду на цей процес на ринку медичних послуг, виділяються кілька рівнів стандартизації:

1. Проблемний рівень, при якому є можливість стандартизувати медико–соціальні проблеми.
2. Рівень проведення ліцензування медичних послуг.
3. Рівень здійснення акредитації та стандартизації потреби в медичній допомозі.
4. Деонтологічний рівень, який дозволяє стандартизувати кваліфікацію персоналу, що працює в галузі.
5. Економічний рівень, який дає можливість стандартизувати потреби в отриманні медичних процедур.
6. Технологічний, який проводить стандартизацію системи показників задоволеності потреб споживачів.
7. Рівень результативності, що відображає відповідність ефективності та якості медичної допомоги.

Узагальнюючи це, можна сказати, що державне регулювання діяльності в сфері охорони здоров'я передбачає діяльність держави в особі її органів, яка направляється на забезпечення публічних інтересів за допомогою застосування в основному адміністративних методів впливу на відносини та поведінку суб'єктів галузі. Разом з тим, що правова основа державного регулювання полягає в здійсненні функції управління за допомогою прямих та непрямих методів, функції контролю, а також застосування адміністративно–господарських санкцій.

Серед стратегічних орієнтирів в державному регулюванні сфери охорони здоров'я, виділяється забезпечення національної безпеки, суспільної та економічної ефективності, соціальної та медичної результативності діяльності суб'єктів, що визначають цільові параметри інституційних перетворень. Відзначимо, що на відміну від інших систем охорони здоров'я, в Україні система надання медичної допомоги була сформована в період існування соціалістичного укладу економіки та була монополізована державою. При переході до ринкової форми ведення господарської діяльності, змінився вектор реформ, що здебільшого стосувалося пріоритетів державної політики в даній сфері.

Підбиваючи підсумки, відзначимо, що на сьогодні основна ідея концептуального розвитку вітчизняної охорони здоров'я полягає в формуванні системи, яка буде забезпечувати доступність медичної допомоги в рамках програм державних гарантій та надання медичних послуг, які відповідають потребам населення. Для досягнення основних цілей державної політики необхідно враховувати інституціональну структуру. А в своєму загальному вигляді державне регулювання передбачає здійснення змін параметрів процесу управління в рамках певних соціально–значущих орієнтирів розвитку системи охорони здоров'я України. При цьому є деякі недоліки в державно–правовому регулюванні охорони здоров'я населення, котрі проявляються у відсутності системності та плановості формування законодавства. У зв'язку з цим існує необхідність прийняття єдиної

довгострокової державної програми реформування та національної системи охорони здоров'я

Тим самим, державне регулювання в системі охорони здоров'я буде являти собою такий комплекс заходів і дій з боку держави, котрий буде направлений на процес управління системою охорони здоров'я в умовах її реформування та переходу на принципи управління системою за результатами.

1.2 Методи та інструменти державного регулювання системи охорони здоров'я населення

Особливості розвитку суспільства в кожній країні визначають шляхи і методи вдосконалення організації системи охорони здоров'я та її державного регулювання. Зміни економічних та суспільних відносин виступають основою для створення умов існування різних типів систем охорони здоров'я. Як було визначено раніше, в сучасному суспільстві діють три типи систем, а саме державна, страхова й приватна. Серед основних критеріїв такого поділу виділяється фінансова складова.

Зазначимо, що основний принцип побудови будь-якої системи охорони здоров'я полягає в збереженні рівноваги та правового захисту інтересу таких складових як:

- населення як споживач медичних послуг;
- медичних установ, які надають відповідні послуги;
- платників за надану медичну допомогу.

При цьому, будь-яка система охорони здоров'я спрямована на надання населенню доступної та якісної медичної допомоги, а також поліпшення стану здоров'я суспільства й окремої людини в ньому [97, с. 19].

Все це визначає наявність ринкових механізмів в системі охорони здоров'я, які діють разом з механізмами планування та регулювання. За допомогою планування реалізуються ринкові відносини, які зумовлюють

необхідність визначення фінансової складової, обсягів та структури надання медичної допомоги. Крім цього, планування виступає як механізм забезпечення єдності політики в сфері охорони здоров'я на всіх рівнях управління. У процесі планування можуть бути зібрані різні ланки медичної допомоги різних територіальних підпорядкувань, а також побудована оптимальна система надання медичної допомоги.

В.Ф. Москаленко серед найбільш важливих елементів державного регулювання називає забезпечення макрорівноваги в системі, яке досягається завдяки збалансуванню державних зобов'язань по відношенню щодо надання медичної допомоги населенню та наявних фінансових можливостей [47, с. 25]. Суть цієї проблеми обумовлюється діями ринкових регуляторів в системі охорони здоров'я, оскільки існує необхідність проведення комплексу заходів, які направляються на підтримку рівноваги між попитом і пропозицією медичних послуг, спираючись на такі інструменти:

- законодавчі та нормативні акти, які визначають ресурси та стимулюють розвиток різних видів медичної допомоги з найменшою й найбільшою витратною ефективністю, забезпечуючи тим самим регулювання пропозиції медичних послуг;

- встановлення обмежень на обсяг споживання деяких видів послуг, тим самим проведення регулювання попиту на ці послуги.

Методи державного регулювання в системі охорони здоров'я є частиною методів державного регулювання економіки в цілому та являють собою надання цілеспрямованого впливу органів влади на окремі сегменти ринку за допомогою мікро– та макроекономічних регуляторів, котрі дозволяють забезпечувати рівноважний рівень зростання всієї системи.

Серед таких регуляторів виділяється динамічний стан загальної рівноваги, при якому досягається стабільне щорічне збільшення обсягу національного виробництва при стабільному рівні цін.

Серед методів проведення політичних дій, спрямованих на економічний розвиток системи, виділяються прямі й непрямі. Класифікація методів регулювання дії економічних суб'єктів представлена в табл. 1.1.

Методи прямого регулювання представляються у вигляді дій органів влади із застосуванням прямих бюджетних асигнувань або адміністративного ресурсу для встановлення нормативних актів та правил економічної діяльності. Що стосується методів непрямого впливу, то вони зумовлюють вплив на інтереси суб'єктів господарювання з метою спонукання їх до дії певним чином. Тим самим, такі методи впливають на поведінку економічних агентів [52].

Так, крім прямих та непрямих методів регулювання економічного стану системи, можуть використовуватися також неадресні й структурні заходи, наприклад, зниження ставки рефінансування, або адресні методи у вигляді прямого кредитування підприємств, субсидій багатодітним сім'ям тощо.

Таблиця 1.1 – Класифікація методів державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Методи	Прямі	Непрямі
Грошові	Державні замовлення та закупівлі. Отримання пакетів акцій. Субсидії. Кредити та кредитні пільги. Податки	Податки. Митні збори. Кредити та кредитні пільги. Ставка рефінансування. Субсидії.
Негрошові	Приписи, дозволи і заборони: – нормативи при встановленні цін; – норма резервування; – вимоги сертифікації та ліцензування; – параметри екологічної безпеки.	Норма резервування. Надання інформації. Індикативне планування.

І.В. Рожкова та І.М. Солоненко пропонують виділяти такі форми регулювання як адміністративні у формі заходів контролю за доходами та цінами, квотування та ліцензування, прямі у формі цільових субсидій та пільгових кредитів та непрямі у формі здійснення політики в області фінансових відносин. Однак зазначена класифікація форм спирається на поділ грошових і негрошових способів прямого регулювання та не може виступати як виняткова. У зв'язку з цим необхідно враховувати, що конкретний метод складається з різних інструментів, які об'єднуються за певною ознакою. Тим самим інструмент є засобом реалізації обраного методу регулювання [73, с. 50].

Позначимо приклади регулювання, які діють в системі охорони здоров'я в світі:

1. Встановлення ліміту витрат на надання стаціонарної допомоги, що має адміністративний характер, в зв'язку з чим всі покупці медичної допомоги та лікарні повинні діяти в рамках встановлених цільових показників по видатках на стаціонарну допомогу.

2. Ведення контролю за розвитком мережі лікарень, який здійснює наступну дію при нарощуванні потужності лікарень для стабілізації попиту і пропозиції:

– нові лікарняні місця змінюють клінічну практику в секторі амбулаторної допомоги, тому лікарі отримують додатковий стимул направляти пацієнтів в стаціонари для спеціалізованого обстеження, що в свою чергу знижує зацікавленість надавати основні обсяги медичної допомоги;

– використання нової дорогої медичної техніки повинно бути максимальним, в зв'язку з чим лікарі часто вибирають менш дорогу, але ефективну діагностику і лікування;

– підвищення тиску з боку пацієнтів, які бажають отримати дороге, але не завжди необхідне лікування [110, с. 226].

У зв'язку з цим, з метою подолання витратних тенденцій держава здійснює ряд заходів, серед яких можна назвати наступні:

- будівництво та модернізація лікарень, засноване на державному плані розвитку стаціонарного сектора;
- затвердження органами управління охороною здоров'я інвестиційних планів, при яких та чи інша установа має показати плановану результативність використання дорогої медичної техніки;
- планування стаціонарної допомоги, заснованої на стратегії скорочення лікарняних ліжок з визначенням кордону на кожен рік;
- підвищення вимоги до структури ліжкового фонду, при якому його частина повинна перепрофілюватися в ліжка для долікування та реабілітації.

Однак тут важливо враховувати, що скорочення ліжкового фонду або ж закриття лікарень має обумовлюватися рядом факторів, серед яких доступність стаціонарної допомоги, наявні переваги населення по відношенню до місця отримання послуг та інтереси самого медичного персоналу.

3. Зміна структури спеціалізації лікарського персоналу як регулятор в системі охорони здоров'я в світі, котрі полягає в підвищення частки лікарів, які надають першу медичну допомогу та зниження питомої ваги лікарів–фахівців.

4. Здійснення регулювання обсягів отримання амбулаторної допомоги:
- вживання заходів, спрямованих на стимулювання первинної медико–санітарної допомоги та стримування зростання кількості напрямків пацієнтів до лікарів–спеціалістів;
 - встановлення обмежень на виписку дорогих препаратів або призначення дорогого діагностичного дослідження, встановлення норм споживання ліків, ґрунтуючись на узгоджені формулярні списки;

– прийняття нормативних актів, які передбачають обмеження на виписку більш дорогих ліків з товарною маркою та стимуляція використання лікарських засобів загального класу.

5. Організація участі населення в покритті частини витрат на медичну допомогу, яка передбачає досягнення збалансованості державних зобов'язань з існуючими фінансовими ресурсами та облік введення доплат населення за певний набір послуг.

Однак такі доплати та інші заходи регулювання попиту виступають як менш ефективний механізм в порівнянні з заходами з регулювання пропозиції медичних послуг. Тим самим проведення реструктуризації галузі, а також визначення обмежень на використання дорогих ресурсів та забезпечення економічної мотивації персоналу до пошуку ресурсозберігаючих варіантів надання медичної допомоги, дозволяє більш успішно підвищувати ефективність функціонування охорони здоров'я [109].

О.В. Баєва вказує, що сфера охорони здоров'я передбачає дію кількох взаємозалежних ринків, серед яких послуги з охорони здоров'я, медичні технології, медичне обладнання, медичне страхування, праці медичних кадрів та освітні послуги в сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим при визначенні особливостей державного регулювання важливо брати до уваги широкі соціально-економічні відносини, які включені в цю сферу [2, с. 40]. Разом з тим, ринок будь-якого товару визначається взаємодією попиту й пропозиції. Це обумовлює необхідність врахування різних напрямків сфери охорони здоров'я при її державному регулюванні. Відобразимо це схематично (рис. 1.1).

Тим самим, ми можемо позначити, що інструменти державного регулювання в сфері охорони здоров'я в нашій країні можуть бути класифіковані за такими ознаками.

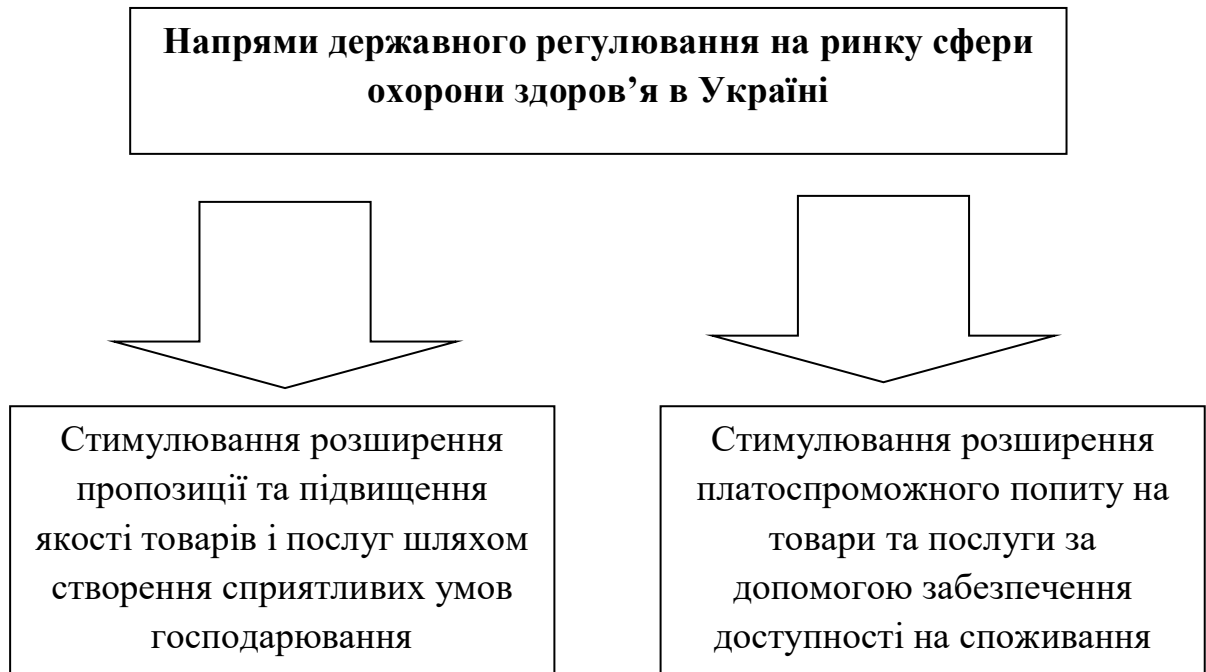


Рисунок 1.1 – Напрями державного регулювання ринків в сфері охорони здоров'я

1. Засоби впливу державного регулювання – інструменти, які застосовуються в рамках адміністративних методів та в рамках економічних методів.
2. Форма впливу державного регулювання – інструменти в рамках прямих методів та в рамках непрямих методів.
3. Вид ринку охорони здоров'я, на регулювання якого спрямовується інструмент впливу – інструменти для регулювання відносин на ринку послуг з охорони здоров'я, для регулювання відносин на ринку медичних технологій, медичного обладнання, на фармацевтичному ринку, на ринку медичного страхування, на ринку праці медичних кадрів та освітніх послуг.
4. Спрямованість використання інструменту на ринку охорони здоров'я – для стимулювання розширення пропозиції і зростання якості товарів та послуг, інструменти для стимулювання розширення платоспроможного попиту на товари та послуги [30, с. 53].

У наступній табл. 1.2 наведемо класифікацію позначених інструментів державного регулювання ринку послуг з охорони здоров'я в Україні [48].

Таблиця 1.2 – Класифікація інструментів державного регулювання послуг охорони здоров'я

Інструменти прямих методів (адміністративні)	Інструменти економічних методів		
	Інструменти в рамках прямих економічних методів	Інструменти в рамках непрямих економічних методів, спрямованих на стимуляцію:	
		Зростання пропозиції і підвищення якості товарів і послуг на ринку	Розширення платоспроможного попиту на медичні товари та послуги
<p>1. Ліцензування діяльності в сфері надання послуг з охорони здоров'я.</p> <p>2. Акредитація та реєстрація установ з охорони здоров'я.</p> <p>3. Стандартизація якості послуг з охорони здоров'я</p>	<p>Здійснення державного фінансування діяльності закладів охорони здоров'я</p>	<p>1. Звільнення від сплати податків на прибуток окремих державних підприємств.</p> <p>2. Звільнення від сплати земельного податку для закладів охорони здоров'я.</p>	<p>1. Звільнення від сплати ПДВ для операцій з надання послуг охорони здоров'я.</p> <p>2. Включення до складу витрат платника податку на прибуток відповідних витрат, які пов'язані з охороною здоров'я.</p> <p>3. Виключення з розрахунку загального місячного оподаткованого доходу платника ПДВ вартості товарів і послуг, які пов'язані з охороною здоров'я.</p>

Тим самим, ми можемо наголосити, що державне регулювання ринку послуг охорони здоров'я в Україні передбачає, що прямі економічні методи полягають в застосуванні механізмів бюджетного фінансування установ, що надають послуги охорони здоров'я.

Що стосується адміністративного регулювання ринку медичних послуг в нашій країні, то воно передбачає застосування механізмів стандартизації якості послуг, спрямованих на охорону здоров'я та ліцензування діяльності в даній сфері.

Крім цього, використовуються й непрямі економічні інструменти регулювання ринку послуг охорони здоров'я, які в першу чергу спираються на податкове законодавство.

1.3 Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення

Розробка дієвого механізму державного регулювання в сфері охорони здоров'я виступає однією з важливих умов, котра буде спрямована на забезпечення її ефективного функціонування. Саме поняття механізму державного регулювання охорони здоров'я являє собою частину механізму, що регулює економіку країни в цілому. Розглядаючи механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я зокрема, можна виділити сукупність цілей, принципів і методів адміністративного, економічного, правового та соціального характеру, які здійснюються державою за допомогою набору інструментів з метою забезпечення динамічного й ефективного розвитку сфери охорони здоров'я країни.

Серед елементів механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт регулювання, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи регулювання, а також його результати.

Суб'єктами державного регулювання в сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, Президент України як глава держави, Рада національної безпеки і оборони України як координаційний орган, спрямований на вирішення питань національної безпеки та оборони при Президентові України, центральні органи виконавчої влади, зокрема – Міністерство охорони здоров'я України, та місцеві органи виконавчої влади разом з органами місцевого самоврядування.

Зазначені суб'єкти, які здійснюють регулювання у сфері охорони здоров'я, поділяються на чотири групи, а саме:

- вищі органи державної влади;
- органи виконавчої влади загальної компетенції;
- органи виконавчої влади галузевої компетенції;
- органи місцевого самоврядування [59, с. 28].

Що стосується об'єктів державного регулювання, то вони поділяються на матеріальні і нематеріальні. Серед матеріальних прийнято виділяти власне установи охорони здоров'я, медичних персонал, лікарські засоби та основні фонди, а також фінансові ресурси. До нематеріальних об'єктів належать службові зв'язки між суб'єктами зазначених відносин, відносини між пацієнтом та працівником сфери охорони здоров'я, професійний рівень медичного персоналу тощо.

Однак головний об'єкт державного регулювання представлений здоров'ям населення та його станом, на який можна впливати й покращувати його рівень. Крім цього, серед важливих об'єктів регулювання виступає система охорони здоров'я, яка об'єднує безліч закладів охорони здоров'я всіх форм власності, органи виконавчої влади та місцевого самоврядування, які здійснюють управління ними.

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я основні цілі механізму державного регулювання сфери представлені такими напрямками:

- забезпечення населення висококваліфікованими фахівцями та якісним рівнем медичного обслуговування;

- забезпечення громадян гарантованим пакетом безкоштовних медичних послуг;
- забезпечення достатнього рівня фінансового забезпечення;
- забезпечення новими технологіями та інноваційним розвитком галузі;
- вдосконалення системи організації та управління охороною здоров'я;
- підвищення рівня кваліфікації кадрів в системі охорони здоров'я;
- проведення профілактичної діяльності;
- забезпечення вдосконалення процесу правового регулювання;
- створення конкурентного середовища на медичному ринку;
- створення системи охорони здоров'я, яка пристосовується до постійно змінюваних умов існування економічного ринку [72, с. 15].

Для досягнення поставлених завдань важливим моментом є те, що органи влади, здійснюючи державне регулювання сфери охорони здоров'я спираються на такі принципи як законність, прозорість, системність, оптимальність, прогнозованість, пріоритетність, ефективність і соціальна відповідальність.

Дотримуючись зазначених принципів можна досягати підвищення дієвості та ефективності механізму державного регулювання в умовах реформування галузі, існуючі на даному етапі в Україні.

Найважливішою умовою що забезпечує ефективне функціонування сфери охорони здоров'я є наявність дієвого інструментарію регулювання процесів, що відбуваються в цій сфері. Тобто завдання інструментарію – забезпечити такі умови, які будуть запобігати негативним наслідкам.

Державне втручання у функціонування сфери послуг охорони здоров'я включає наступні напрями: вдосконалення нормативного регулювання діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я (наприклад, регулювання правил надання послуг), створення сприятливої інвестиційної політики та її інформаційного супроводу, вдосконалення системи державних замовлень, надання гарантій і субсидій, надання пільг по оподаткуванню, підготовку

кваліфікованих медичних кадрів, регулювання цін і тарифів на послуги галузі, сприяння формуванню ринкових інститутів, індикативного планування та прогнозування, надання продуцентів послуг сфери охорони здоров'я певної економічної самостійності.

Важливий аспект функціонування механізму регулювання системи охорони здоров'я на сучасному етапі її розвитку передбачає створення ефективної правової бази. Відзначимо, що головна властивість правового механізму полягає в його зв'язку з конкретною метою, припускаючи організовану і взаємопов'язану сукупність, яка здатна забезпечувати законну реалізацію суб'єктами існуючих інтересів.

При цьому, необхідно використовувати соціально–мотиваційні методи, які дозволяють зменшувати навантаження на бюджет і надають стимулюючу дію на громадян для підтримки, зміцнення та збереження свого здоров'я і відповідальності за нього. Це в свою чергу дозволяє визначити інструменти соціально–мотиваційних методів державного регулювання сферою охорони здоров'я:

- надання соціальної адаптації та реабілітації;
- проведення роз'яснювальної політики охорони здоров'я;
- ведення державних соціальних програм й гарантій, соціального страхування;
- розміщення в широкому доступі інформації про діяльність медичних установ, стан здоров'я населення та розвиток всієї галузі;
- надання інформації про оцінки ефективності державного регулювання медичної галузі;
- залучення населення до участі в управлінні галуззю, створення взаємних зобов'язань між виробниками і споживачами послуг медицини;
- розвиток телемедицини та методів морального переконання [16].

Важливим моментом є те, що методи морального стимулювання і переконання обумовлюються існуючими в суспільстві морально–етичними нормами, взаєморозумінням та взаємоповагою, співпрацею. Це передбачає

наявність у громадян зацікавленості в підтримці, зміцненні й збереженні свого здоров'я.

Підводячи підсумок, відзначимо, що одне з найбільш важливих місць в механізмі державного регулювання медициною приділяється економічним методам, оскільки основний інструмент державного регулювання сферою охорони здоров'я України це бюджет. Тим самим забезпечення медичної галузі фінансовими ресурсами є головним чинників, спрямованим на забезпечення ефективного розвитку галузі на сучасному етапі її реформування і розвитку. Що стосується головного напрямку держави в регулюванні системи охорони здоров'я, то воно полягає в удосконаленні існуючої системи забезпечення фінансовими ресурсами, а також пошуку нових джерел фінансування за допомогою добровільного медичного страхування і лікарняних кас.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

2.1 Світові тенденції розвитку державного регулювання охорони здоров'я населення

З середини ХХ століття розвиток охорони здоров'я в світі відбувався під знаком інтенсивної реорганізації. Незважаючи на істотні відмінності в ресурсній забезпеченості національних систем охорони здоров'я, їх організації, ефективності функціонування, причини, що призвели до необхідності змін, були обумовлені, перш за все, нестачею фінансування.

В охороні здоров'я найбагатших країн постійного перегляду стратегій вимагали такі об'єктивні чинники, як технологічний розвиток медицини, постаріння населення, організаційні витрати тощо. Низький рівень життя населення, низькі показники здоров'я, підвищена смертність, загрози поширення інфекційних захворювань стали основною причиною для змін в охороні здоров'я бідних країн. Політичні трансформації в Східній Європі, соціально–економічні потрясіння на територіях країн колишнього СРСР, негативним чином позначилися на рівні здоров'я населення, стані систем охорони здоров'я, тому зумовили необхідність екстреного проведення реформ. Останнім чинником, що позначився на стані охорони здоров'я, стала глобальна фінансово–економічна криза (2007–2010 рр.), що сприяла у багатьох країнах скороченню соціальних програм. Таким чином, різні за своєю природою виникнення кризи в суспільно–політичному житті приводили до перегляду основних напрямків розвитку охорони здоров'я та пошуку найбільш оптимальних стратегій державного регулювання в цій системі.

Разом з тим, характер організаційних трансформаційних систем охорони здоров'я визначався не тільки специфікою проблем, що виникають, але також станом накопичених теоретичних знань в області проведення

реформ та сформованої загальносвітової практики. На чолі процесу реформування охорони здоров'я весь цей час стояли міжнародні організації, які втілювали в життя розроблені ними стратегії, котрі й зумовили напрямки розвитку охорони здоров'я в світі на тривалий період та продовжують реалізовуватися по теперішній час.

Відповідно до директивних напрямків розвиток охорони здоров'я від екстенсивного періоду нарощування кадрів, ліжок, властивого першій половині ХХ століття, послідовно здійснювався у напрямку запровадження додаткових джерел фінансування у вигляді систем соціального страхування, залучення коштів споживачів медичних послуг, державної підтримки найменш забезпечених соціальних груп, підвищення економічної ефективності охорони здоров'я на основі організаційних змін системи надання медичної допомоги [80, с. 32].

Введення сучасних управлінських механізмів, розвиток ринкових технологій, посилення регулюючих функцій держави, перш за все, спрямованих на боротьбу з бідністю та подолання нерівності в доступі до медичної допомоги, а також переважне стимулювання заходів з охорони здоров'я в області міжсекторального співробітництва, оздоровлення способу життя (в т. ч. щодо шкідливих звичок), забезпечення цільового підходу до зниження поширення соціально значущих захворювань – всі ці підходи становили суть проведених утворень, починаючи з другої половині ХХ століття. На їх основі в різні періоди часу формувалися конкретні стратегії, які реалізовувалися в різних країнах з різним успіхом. Ключовою вимогою міжнародних організацій при виборі національних стратегій було отримання максимальної віддачі від систем охорони здоров'я щодо забезпечення здоров'я населення при обмежених ресурсах.

Основоположним документом, що визначив розвиток охорони здоров'я на багато років стала прийнята світовою спільнотою в травні 1998 р. політика досягнення здоров'я для всіх у двадцять першому столітті, що стала продовженням розвитку концептуальних положень програми Всесвітньої

організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я для всіх», схваленої в 1984 р. більшістю держав світу, яка послужила фундаментальною базою для побудови національних програм розвитку охорони здоров'я різних країн. Країнам було запропоновано вирішувати питання справедливого та ефективного розподілу медичних послуг. Було визнано, що країни, які використовують свої ресурси найбільш ефективним чином, зможуть краще забезпечити справедливий доступ до медичної допомоги. Економічна ефективність та справедливість визнані тотожними один до одного поняттями, при цьому, економічна ефективність стає необхідною умовою забезпечення справедливості в сфері здоров'я. Основною метою політики «Здоров'я – 21» було визнано досягнення повної реалізації всіма людьми їх потенціалу здоров'я протягом усього життєвого циклу [83, с. 45].

Умови життя в постіндустріальному світі, суспільна нерівність, лібералізація державної політики, ступінь демократизації соціального життя вплинули на вибір національних моделей реформування охорони здоров'я. Галузеву політику сьогодні в світі, можна розділити на дві групи: стратегії державного рівня, спрямовані на збереження здоров'я в цілому та стратегії, пов'язані з модернізацією самої системи охорони здоров'я (внутрішньогалузеві), що включають зміни механізмів фінансування, управління та підходів до лікування пацієнтів.

Системи охорони здоров'я склалися під впливом конкретних історичних, економічних, соціальних та політичних факторів. Але з певною часткою умовності всі існуючі системи підрозділяються на три основні моделі:

- 1) бюджетна (система Беверіджа);
- 2) соціально–страхова (система Бісмарка);
- 3) приватна.

В основі такого поділу лежать, в першу чергу, відмінності в джерелах фінансування медичної допомоги (податкові надходження, внески на медичне страхування, приватні кошти), а також способи її організації

(централізована або децентралізована) та форми власності постачальників послуг охорони здоров'я (державна, приватна некомерційна та приватна комерційна).

Основним джерелом фінансування бюджетної моделі служить державний бюджет, точніше – податкові надходження. Держава практично повністю покриває медичні послуги для всього населення та управляє системою надання медичної допомоги. Домінуючу роль відіграють державні лікувальні установи. Найбільш яскравий приклад бюджетної моделі – система охорони здоров'я Великобританії, яка фінансується головним чином з податкових надходжень громадян. Ключовим постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), що підкоряється департаменту (міністерству) охорони здоров'я. Вона забезпечує жителів практично всім набором необхідних медичних послуг, лікарськими препаратами в стаціонарах та медичними виробами безкоштовно. Що стосується забезпечення рецептурними препаратами амбулаторної відпустки, то в країні діє збалансована система відшкодування вартості цих препаратів, що включає соплатежі для працездатного населення. Для соціально вразливих і малозабезпечених груп населення встановлені пільги щодо соплатежу. Так, громадяни, які не досягли 16 років, у віці 60 років та старше, студенти очних відділень у віці до 19 років, пацієнти із захворюваннями, що входять до спеціального переліку, військові пенсіонери та інваліди війн, повністю звільняються від соплатежів за ліки. Помірні соплатежі поширюються на офтальмологічні та стоматологічні послуги. Держава оплачує проїзд до місця лікування для незаможних, а також надає ряд інших важливих пільг в області медичних послуг [98].

Іншим прикладом бюджетної моделі є Австралія, де федеральний уряд забезпечує основну частку ресурсів охорони здоров'я, фінансуючи дві провідні загальнонаціональні державні програми – систему обов'язкового медичного страхування Медікейр (Medicare) і схему відшкодування вартості ліків (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS). Медікейр покриває 75% вартості

послуг стаціонарної допомоги і від 85 до 100% вартості амбулаторних послуг. В рамках PBS забезпечується вакцинація та оплата 80% вартості рецептурних ліків. Крім того, федеральний уряд виділяє кошти на підтримку державних лікарень та регіональних програм медичної допомоги, а також субсидії на надання послуг з довгострокового догляду для людей похилого віку та інвалідів. Спільно з урядами штатів та територій фінансуються програми громадської охорони здоров'я, психіатрична допомога, частина стоматологічних послуг, медичне обслуговування сільського населення, корінних жителів і ветеранів. Уряд регулює ринки ліків, медичних виробів та приватного медичного страхування. Приватне медичне страхування відіграє лише допоміжну роль, забезпечуючи доступ до послуг приватних лікарняних установ, а також до нечисленних послуг, що не охоплені державним фінансуванням. Держава надає підтримку громадянам, які купують поліси приватного медичного страхування, надаючи спеціальні бюджетні субсидії та податкові пільги [103, с. 2–3].

Бюджетна модель охорони здоров'я використовується також в Греції, Данії, Ірландії, Іспанії, Ісландії, Італії, Новій Зеландії, Норвегії, Португалії та Швеції.

На відміну від бюджетної, соціально–страхова модель фінансується не з податків, а з внесків роботодавців та працівників на медичне страхування. Так само, як й бюджетна модель, вона забезпечує доступ до послуг охорони здоров'я для всього або майже всього населення. Різниця полягає в тому, що в наданні медичних послуг беруть участь організації різних форм власності, а держава відіграє роль гаранта у забезпеченні громадян цими послугами. В Європі соціально–страхова модель найбільш розвинена в Німеччині та Франції, але також використовується й іншими країнами, включаючи Нідерланди, Австрію, Бельгію, Швейцарію, Канаду та Японію.

У Німеччині 90% населення охоплені національною системою обов'язкового медичного страхування (ОМС; англ. SHI, Statutory Health Insurance), що складається з приблизно 150 фондів медичного страхування

(лікарняних кас). Основними джерелами їх фінансування є внески роботодавців й найманих працівників в розмірі 15,5% від доходу застрахованого, причому цей сумарний внесок ділиться між ними приблизно порівну. Кожен житель має право змінювати страхову організацію принаймні раз на рік без тимчасових витрат та паперової тяганини. Строго дотримується принцип солідарності, згідно з яким здоровий житель платить за хворого, молодий – за похилого, що працює – за безробітного. При цьому система ОМС покриває практично всі необхідні послуги, ліки та медичні вироби, а соплатежі населення складають незначну частку.

У Франції все населення країни, включаючи навіть нелегальних іммігрантів, охоплено системою обов'язкового медичного страхування (Assurance Maladie Obligatoire, АМО). Фінансування даної системи на 90% забезпечується за рахунок внесків на соціальне страхування, решта покривається за рахунок податків та акцизів. У Франції жорстко дотримується принцип свободи вибору для пацієнта: кожен житель країни має право отримати направлення на консультацію до будь-якого конкретного фахівця за власним вибором. Існує кілька підсистем (схем) медичного страхування. Найбільшою (близько 80% населення) є загальна схема, яка охоплює найманих працівників та їхні сім'ї. Є схеми, що поширюються на приватних фермерів та індивідуальних підприємців, а також державних службовців. Незаможні громадяни та безробітні застраховані за спеціальною програмою для осіб з річним доходом, що не перевищує 8774 євро [106, с.82].

Особливість приватної моделі – відсутність єдиної системи державного медичного обслуговування або страхування. Медична допомога надається переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування або з кишені самого споживача медичних послуг, а головним інструментом забезпечення потреб в медичних послугах є ринок. Держава бере на себе фінансування лише тих потреб суспільства, які не можуть бути задоволені ринком (медичні послуги для малозабезпечених верств населення, пенсіонерів та безробітних). Найвідоміший приклад такої моделі – США, де

відсутня національна система охорони здоров'я, що охоплює все населення. США залишаються єдиною промислово розвиненою країною, в якій гарантії держави в галузі медичної допомоги поширюються лише на обмежене коло громадян, а доступ до послуг охорони здоров'я носить фрагментарний характер. Основу системи охорони здоров'я країни становить платна медицина при домінуючій ролі приватного медичного страхування, що відрізняється великою різноманітністю планів. Державне медичне страхування є окремим категоріям населення в рамках федеральних та змішаних федерально–штатних програм, таких, наприклад, як Медікейр (Medicare) і Медікейд (Medicaid). Істотна частка населення (50 млн чоловік, або 16%) не охоплена ніякими видами медичного страхування [105].

У чистому вигляді жодна з моделей не існує ніде. Незважаючи на те, що і французька, і німецька моделі є соціально–страховими, держава і в тому, і в іншому випадках виділяє значні кошти на охорону здоров'я безпосередньо з бюджету країни, що стало особливо актуально в останні роки в зв'язку нестачею ресурсів охорони здоров'я. У Великобританії не всі потреби NHS фінансуються із загальних податкових надходжень: за їх рахунок формується 76% її бюджету. Решта 24% покриваються внесками роботодавців та працівників на медичне страхування (19%), а також іншими внесками та зборами (5%).

Іншим характерним прикладом поєднання двох різних підходів є канадська модель охорони здоров'я. Її, як правило, вважають соціально–страховою, проте багато в чому вона схожа з державною моделлю. У Канаді універсальний доступ до послуг охорони здоров'я для 99% населення забезпечує система загальнообов'язкового державного медичного страхування Медікейр, в управлінні якої важливу роль відіграють страхові медичні плани десяти провінцій та трьох територій. Головним джерелом фінансових коштів Медікейр служать не внески роботодавців та працівників на медичне страхування, а податкові надходження федерального уряду й провінцій, як це має місце в бюджетній моделі.

Важлива особливість систем охорони здоров'я, заснованих на моделях Бісмарка і Бевериджа, полягає в тому, що країни, що використовують ці моделі (європейські країни, Австралія, Канада і Японія), витрачають дуже серйозні кошти на охорону здоров'я – не менше 9–11% свого ВВП. При цьому 70 й більше відсотків сукупних витрат фінансується з громадських коштів, що дозволяє вирішувати питання про загальне охоплення населення гарантованими медичними послугами належної якості. Для підвищення ефективності та усунення дублювання витрат застосовується переважно одноканальне фінансування (бюджет або засоби медичного страхування), але в цілях додання системі охорони здоров'я фінансової стійкості повсюдно використовуються різні додаткові джерела [108, с. 97–98].

Інша картина спостерігається в США, де на охорону здоров'я витрачається більше 17% ВВП, але частка держави у фінансуванні охорони здоров'я не досягає 50%. Низька частка державного фінансування компенсується системою приватного медичного страхування для працездатного населення, яка спирається на потужну фінансову підтримку роботодавців. США – лідер по фінансуванню, розробки та виробництва інноваційних ліків та інших медичних технологій. За кількістю магнітно–резонансних томографів на 1 млн жителів вони поступаються тільки Японії, а по числу діагностичних досліджень із застосуванням магнітно–резонансної томографії займають перше місце в світі, випереджаючи Німеччину. Проте США істотно поступаються більшості європейських країн по ефективності витрат охорони здоров'я, демонструючи більш низькі в порівнянні з Європою показники та індикатори якості надання медичної допомоги, такі як тривалість життя та дитяча смертність. У той же час за показником п'ятирічної виживаності хворих на рак молочної залози – одного з найважливіших індикаторів якості охорони здоров'я, які використовуються ОЕСР, – США знаходяться на першому місці [107].

Більшість дослідників сходяться на думці, що з позицій політики охорони здоров'я та соціальної відповідальності держави традиційна

класифікація систем охорони здоров'я на моделі Бісмарка і Бевериджа втрачає сенс. Більш важливим є досягнення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я належної якості, а також усунення дублювання витрат. Успішність реформ охорони здоров'я залежить не стільки від джерел фінансування, скільки від доступності ресурсів, їх раціонального розподілу та більш ефективного використання, а також поліпшення якості медичних послуг. При цьому неважливо, які джерела використовуються для їх оплати: чи будуть це кошти бюджету або обов'язкового, або навіть добровільного медичного страхування. Невипадково навіть у США, де соціальні гарантії держави традиційно слабкіше, ніж в Європі, Канаді та Австралії, проводиться реформа, націлена на розширення охоплення населення гарантованими медичними послугами. Передбачається, що завдяки реформі медичним страхуванням зможуть скористатися 32 млн осіб, які раніше не мали страховки [109].

Жодна розвинена країна світу не може забезпечити всіх потреб в медичних послугах, ліки й інші технології виключно з громадських коштів без залучення програм приватного страхування та сооплатежів. Обсяг програм державних гарантій надання медичної допомоги неоднаковий в різних країнах, нерідко гарантії щодо надання конкретних видів медичної допомоги, забезпечення ліками та медичними виробами не прописані або нечітко прописані в нормативних документах. Однак у всіх розвинених країнах на практиці забезпечується рівний доступ всіх громадян до необхідних послуг охорони здоров'я, надаються пільги для широких груп соціально незахищеного населення.

Так, в Німеччині держава гарантує доступ громадян до встановленого законом набору медичних послуг та продуктів високої якості. Страхові плани лікарняних кас стандартизовані, а їх вартість контролюється державою. Більш ефективно працюють страхові фонди, котрі можуть використовувати вивільнені кошти на повернення частини страхових премій або на

розширення страхового покриття за межі стандартного набору послуг та медичних продуктів [84, с. 114].

У Швеції після прийняття Закону про здоров'я та медичних послуг в 1982 року все населення (крім нелегальних іммігрантів) отримало рівний доступ до послуг охорони здоров'я, які фінансуються державою. В країні немає законодавчо затвердженого пакету медичних послуг, що підлягають обов'язковому покриттю з громадських коштів. У той же час в рамках державної системи надання медичної допомоги оплачується досить широке коло послуг, включаючи:

- практику охорони здоров'я, в тому числі вакцинацію;
- профілактику;
- первинну медичну допомогу;
- амбулаторну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу;
- швидку медичну допомогу;
- психіатричну допомогу;
- реабілітацію;
- підтримку осіб з обмеженими можливостями;
- транспортування пацієнтів до місця лікування;
- догляд на дому і довготривалий догляд, в тому числі в будинках для людей похилого віку;
- стоматологічну допомогу дітям і молодим громадянам в повному обсязі;
- стоматологічну допомогу дорослим громадянам (частково);
- забезпечення амбулаторними і стаціонарними рецептурними ліками.

Оскільки охоплення державними послугами охорони здоров'я значний, тільки 4% жителів Швеції купують додаткові приватні страхові плани.

У Канаді теж відсутній законодавчо затверджений пакет медичних послуг, що підлягають обов'язковому покриттю з громадських коштів. На національному рівні в рамках Медікейр для всього населення покриваються витрати на необхідні послуги, включаючи допомогу сімейних лікарів,

надання більшості видів спеціалізованої медичної допомоги, а також медикаментозне забезпечення та лікування в стаціонарах. У Канаді коло відшкодовуються в рамках ОМС послуг і технологій більш вузький: не покриваються послуги стоматологів, офтальмологів, андрологів, допомога та догляд на дому, а також амбулаторні рецептурні ліки. Як наслідок, ці ліки, а також послуги зазначених фахівців оплачуються в рамках приватних страхових планів, з коштів самих пацієнтів та благодійних фондів [40, с. 83–84].

У деяких країнах законодавчо закріплено пріоритет ОМС над приватним. Так, в Німеччині приватне медичне страхування може використовуватися як єдиний вид страхування тільки заможними громадянами. Решта громадян мають право використовувати послуги приватних страховиків тільки як доповнення до обов'язкового медичного страхування для поліпшення якості послуг.

Приватне страхування використовується для покриття витрат на перебування в приватних лікарнях та отримання додаткових послуг, не охоплених державними гарантіями, а також на покриття обов'язкових соплатежів населення за субсидовані державою медичні послуги. Цей вид страхування дозволяє прискорити отримання медичних послуг та доступ до послуг підвищеної якості. Держава, як правило, регулює соплатежі населення при оплаті медичних послуг, приймаючи спеціальні заходи щодо забезпечення їх доступності для вразливих категорій громадян. Регулювання соплатежів здійснюється у формі встановлення максимальної або стандартної межі [28, с. 173].

Моделі охорони здоров'я залежать від типу організації медичної допомоги та форм власності постачальників послуг. У країнах з бюджетною й соціально–страховою моделями медична допомога знаходиться під управлінням урядових установ федерального та регіонального рівнів. У США система надання медичної допомоги децентралізована та контролюється приватними страховими медичними організаціями. Однак уряди штатів

беруть участь в регулюванні діяльності страхових компаній, які зобов'язані пройти акредитацію в Національному комітеті із забезпечення якості (National Committee for Quality Assurance), надавши звітність по 30 показникам та підтверджуючи відповідності своєї діяльності прийнятим стандартам в 60 різних сферах.

Практично у всіх розвинених країнах наданням медичної допомоги займаються установи обох форм власності, що сприяє розвитку конкуренції а також, відповідно, підвищенню якості медичних послуг. Первинну медичну допомогу повсюдно надають приватні лікарі або приватні лікарські практики. Виняток становить Ісландія, де домінуючу роль в наданні первинної медичної допомоги відіграють лікарі, які є державними службовцями, а також частково Швеція, де склалася змішана система. У Швеції з 1100 центрів по наданню первинної допомоги тільки одна третина є приватними. Контроль за відкриттям та акредитацією нових центрів здійснюють обласні ради (ландстинги). Вимоги по акредитації державних і приватних медичних практик стандартизовані, застосовуються однакові методи й рівні оплати послуг, незалежно від форми власності постачальника [24].

В Австралії більшість лікарів загальної практики, а також фахівців є індивідуальними підприємцями. Фахівці мають право суміщати роботу в державних та приватних лікарнях. Австралійський уряд реалізує ряд програм, націлених на зміцнення центрів первинної медичної допомоги та їх взаємодії з іншими постачальниками медичних послуг. Зокрема, в рамках Програми розвитку клініки загальної практики вищого рівня уряд надає фінансову підтримку багатопрофільним центрам медичної допомоги. В рамках іншої програми надається підтримка місцевим об'єднанням лікарів загальної практики чисельністю від 100 до 300 осіб. Відповідно до Угоди про національну реформу охорони здоров'я, уряд надає постачальникам послуг первинної медичної допомоги гранти на створення локальних груп Медікейр (Medicare Locals), метою яких є поліпшення координації та усунення прогалин у наданні первинної медичної допомоги на місцях [20].

У США первинна медична допомога, як правило, надається приватно–практикуючими сімейними лікарями, які працюють або самостійно, або в складі груп. Сімейні лікарі складають одну третину від загальної кількості лікарів в країні. Більшість приватно–практикуючих лікарів первинної медичної допомоги зайняті в невеликих клініках, штат яких не перевищує 5 осіб. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря в рамках мережі зареєстрованих постачальників послуг. Для отримання послуг фахівця попередні відвідини сімейного лікаря в більшості випадків не потрібно. Лікарі–фахівці можуть поєднувати індивідуальну практику й роботу в лікарнях.

У США держава й приватні страхові компанії активно підтримують всілякі ініціативи, спрямовані на вдосконалення обслуговування пацієнтів. В останні роки широкого поширення набули моделі надання медичної допомоги за принципом «медичний будинок, орієнтований на пацієнта» (patient–centered medical home). Згідно з цим принципом, пацієнт є центральною фігурою і повинен отримувати доступну, безперервну та сфокусовану виключно на його потреби допомогу свого сімейного лікаря. Передбачається, що такий підхід має сприяти зміцненню інституту первинної медичної допомоги як за рахунок більшої уваги до профілактики та ефективності лікування, так і за рахунок усунення невиправданих витрат та підвищення ролі самих пацієнтів [11, с. 229].

У країнах з бюджетною моделлю більшість лікарень перебуває у державній власності. Однак ситуація змінюється. У Великобританії в останні роки з'явилися приватні лікарні, які працюють в системі NHS. В Італії та Іспанії, де переважають державні лікарні, ряд приватних некомерційних установ також активно бере участь в наданні медичної допомоги в рамках державної системи охорони здоров'я.

У країнах зі страховою моделлю частка приватних некомерційних та комерційних лікарень значна й може становити 50% а то й навіть досягати 100%. Так, в Нідерландах практично всі лікарні приватні, але вони

займаються наданням медичних послуг в рамках системи обов'язкового медичного страхування.

2.2 Особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання охорони здоров'я України

Державне регулювання охорони здоров'я в світі виступає як один із пріоритетних напрямків здійснення державної політики, оскільки турбота про життя громадян є основною в будь–якій країні.

Законодавче забезпечення галузі охорони здоров'я направлено на досягнення однієї з головних цілей державної політики – збереження та зміцнення здоров'я нації. Національна система охорони здоров'я повинна бути побудована на основі прогресивного законодавства, що складає в собі передовий досвід світової науки та практики в галузі охорони здоров'я та права.

Правове регулювання системи охорони здоров'я в соціальній державі включає в себе створення як нормативно–правової бази, так і правового механізму реалізації юридичних норм, що регулюють діяльність даної сфери. Слід зазначити, що закони та інші нормативні акти повинні розроблятися в суворій відповідності з Основами та іншими законами держави.

Правові відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я дуже різноманітні. Вони переплітаються з нормами різних галузей права: адміністративного, цивільного, трудового, кримінального. Про це свідчать особливості предмету та методу правового регулювання в охороні здоров'я. Предметом актів даної галузі є сукупність правових норм в галузі надання медичної допомоги, лікарського забезпечення, санітарно–епідеміологічного благополуччя, а також інші пов'язані з цим питання. Належна поведінка суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я громадян забезпечується за допомогою комбінованого впливу прийомів та способів, характерних для адміністративного права, цивільного права та права соціального

забезпечення. Суб'єктами регульованих відносин є держава, її органи та установи, медичні установи різних форм власності, з одного боку, громадяни – з іншого. В даний час на правове регулювання охорони здоров'я спрямовані десятки й сотні різнорівневих нормативних актів різних галузей права, як приватного, так і публічного [6, с. 14].

Право людей на медичний догляд і медичне обслуговування закріплено в пункті 1 статті 25 «Загальної декларації прав людини». Також основні положення міжнародних норм щодо реалізації прав громадянина на охорону здоров'я встановлено в таких міжнародних актах як:

- «Конвенція про захист прав людини і основних свобод», укладена в Римі 4 листопада 1950 роки;
- «Конвенція про передачу осіб, які страждають психічними розладами, для проведення примусового лікування» (Москва, 28 березня 1979 року);
- «Європейська соціальна хартія» (Страсбург 3 травня 1996 г.), стаття 11 якої передбачає право на охорону здоров'я;
- стаття 15 «Конвенції Співдружності Незалежних Держав про права та основні свободи людини» (Мінськ, 26 травня 1995 р);
- стаття 11 «Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» (Нью-Йорк, 18 грудня 1979 р).

У всьому світі в останні роки розвивається міжнародна співпраця галузі охорони здоров'я. 34-та сесія Парламентської асамблеї Європейської ради в 1991 році прийняла рекомендації урядам держав, в яких йдеться про те, що здоров'я є показником якості життя та становить невід'ємну частину соціального, економічного та культурного розвитку індивідуума. Право кожної людини на захист здоров'я визнано в «Статуті Європейської ради», підписаного Лондоні 5 травня 1949 р. [10, с. 34]

Норми державного регулювання охорони здоров'я України забезпечуються значною кількістю законодавчих актів, а саме:

- Конституція України;

- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801–ХІІ [50];
- Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років;
- Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена розпорядженням КМУ від 30.11.16 р № 1013–р [62];
- Закон від 19.10.17 р № 2168–VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [64];
- Закон від 06.04.17 р № 2002 VIII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»;
- Постанова КМУ від 25.03.16 р № 246 «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посад державної служби»;
- Постанова КМУ від 28.03.18 р № 283 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню»;
- Постанова КМУ від 28.03.18 р № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення»;
- Постанова КМУ від 25.04.18 р № 407 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної меддопомоги на 2018 рік»;
- Постанова КМУ від 25.04.18 р № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»;
- Постанова КМУ від 25.04.18 р № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [65];

- Постанова КМУ від 27.12.17 р № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування»;
- Наказ МОЗ від 26.01.18 р № 148 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально–технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу»;
- Наказ МОЗ від 19.03.18 р № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [63];
- Наказ МОЗ від 19.03.18 р № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [66].

Норми адміністративного права регулюють відносини, які виникають у сфері визнання, охорони і захисту прав людини в сфері охорони здоров'я, а також відносини в сфері організації та діяльності державної системи охорони здоров'я, окремих медичних організацій, відносини з ліцензування, акредитації та контролю за діяльністю установ з надання медичної допомоги та ін. [29, с. 86]

У комплексі норм, що утворюють чинне законодавство про охорону здоров'я, ключове значення мають норми конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного законодавства та, безсумнівно, законодавства про соціальне забезпечення громадян (рис. 2.1). У законодавстві про охорону здоров'я цілком доречні й можуть зіграти серйозну профілактичну роль в охороні здоров'я населення норми трудового, екологічного, сімейного та деяких інших галузей законодавства.

Слід зазначити, що державне регулювання в системі охорони здоров'я спирається на вимоги Конституції України, Основи законодавства про охорону здоров'я та інших законодавчих актів. При цьому забезпечення охорони здоров'я видається державним фінансуванням відповідних соціально–економічних, медико–санітарних та оздоровчо–профілактичних програм. Тим самим держава створює умови з метою ефективного й доступного для населення медичного обслуговування.

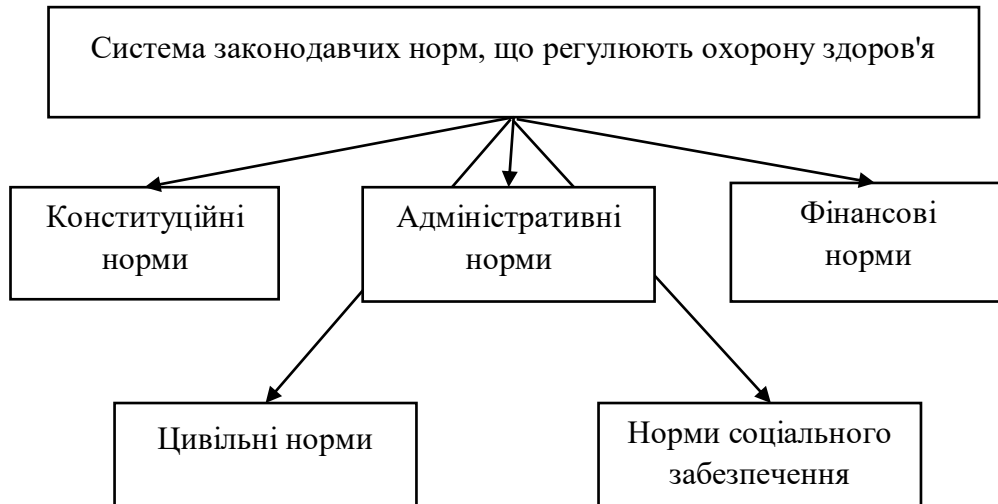


Рисунок 2.1 – Законодавчі норми, що регулюють охорону здоров'я

Оснoву державної політики в системі охорони здоров'я визначає Верховна Рада України, закріплюючи конституційні та законодавчі основи охорони здоров'я. Крім цього, до повноважень Верховної Ради входить наступні напрямки:

- визначати мету, головні завдання, напрями, принципи та пріоритети державного регулювання в сфері охорони здоров'я;
- встановлювати нормативи й обсяги бюджетного фінансування;
- створювати систему відповідних кредитно–фінансових, митних та інших регуляторів;
- затверджувати перелік комплексних та цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [35, с. 9].

Президент України виступає як гарант права громадян на охорону здоров'я, забезпечуючи виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, впроваджуючи також державну політику охорони здоров'я та здійснюючи інші повноваження, які передбачені Конституцією України.

Здійснення діяльності Президента проводиться за допомогою прийняття відповідних правових актів з питань охорони здоров'я. Разом з

тим, серед функцій Президента в керівництві сферою охорони здоров'я прийнято виділяти наступні:

- несення особистісної відповідальності за реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я;
- забезпечення виконання законодавства за допомогою системи органів державної влади, проводячи державну політику;
- укладати міжнародні договори, зокрема ті, які відносяться до питань міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я, що відповідають певним нормам Конституції;
- здійснювати урегулювання окремих питань організації охорони здоров'я громадян;
- організувати державне регулювання за допомогою затвердження програм з охорони здоров'я населення [39, с. 195].

Далі, в системі функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання в сфері охорони здоров'я виділяються компетенції, які відносяться до повноважень Кабінету Міністрів України. Серед таких компетенцій виділяється реалізація й розробка комплексних механізмів, які спрямовані на стимулювання ефективної діяльності в системі охорони здоров'я. Крім цього, Кабінет Міністрів забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, займається укладанням міжурядових угод та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я.

Наступний орган, який впроваджує механізми адміністративно–правового регулювання в сфері охорони здоров'я, представлений Міністерством охорони здоров'я. Дане міністерство виступає як центральний орган виконавчої влади, який підлягає координуванню з боку Кабінету Міністрів України.

Міністерство охорони здоров'я як провідний орган у системі центральних органів виконавчої влади, займається забезпеченням реалізації державної політики, виконує координуючу роль над іншими міністерствами

та відомствами, які в своїх структурах містять підлеглі їм медичні частини й установи.

Серед основних завдань міністерства охорони здоров'я можна виділити наступні:

- формувати й забезпечувати реалізацію державної політики в системі охорони здоров'я;
- формувати державну політику в сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;
- створювати, виробляти, контролювати якість та реалізацію лікарських засобів й медичних виробів;
- виконувати основні принципи державної політики в сфері організації та розвитку виробництва лікарських засобів й забезпечувати даною продукцією населення, заклади охорони здоров'я тощо.

Що стосується місцевих державних адміністрацій, то вони проводять реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я, в рамках наявних у них повноважень. Так, місцеві державні адміністрації виконують такі функції:

- здійснення загального керівництва установи охорони здоров'я, які знаходяться в сфері їх управління;
- керівництво матеріально–фінансовим забезпеченням;
- організація роботи медичних установ з надання медичної допомоги населенню;
- здійснення заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідемії та ін. [41, с. 130]

Однією з найскладніших проблем правового регулювання сфери охорони здоров'я є питання про юридичну відповідальність лікаря за негативні результати лікування. У деяких країнах це питання вирішується шляхом укладення медичного контракту між лікарем і пацієнтом, в якому обмовляється які конкретні заходи будуть застосовані в разі заподіяння шкоди пацієнту або порушення даного контракту. У разі відсутності такого

контракту, відповідальність лікарів визначається положеннями цивільного та кримінального законодавства, що передбачають санкції за нанесення каліцтв або іншої шкоди здоров'ю й за заподіяння майнової та моральної шкоди іншій особі. Зазвичай ці санкції полягають у виплаті грошової компенсації відповідно до величини завданих збитків.

Реальним досягненням за часів незалежності України стало створення сучасного законодавства про охорону здоров'я. Для прикладу, С.Я. Пак, обравши за критерій об'єкт впливу закону, відокремлюють сім блоків законів про охорону здоров'я, а саме:

- наглядові закони, що забезпечують безпечні умови життя;
- закони профілактичної спрямованості;
- закони, що захищають права громадян на охорону здоров'я;
- закони, що визначають права і відповідальність медичних працівників, а також відповідальність юридичних і фізичних осіб за правопорушення у сфері охорони здоров'я;
- закони, що регламентують діяльність національної системи охорони здоров'я;
- закони, що регулюють фінансування охорони здоров'я;
- закони, що регулюють окремі види медичної діяльності [54, с. 68].

І.Я. Сенюта, проаналізувавши чинну законодавчу базу й наукову літературу, вважає за доцільне систематизувати закони за предметом правового регулювання й виділити групи законів, які стосуються таких питань:

- надання медичної допомоги;
- правовий статус пацієнтів;
- правовий статус медичних і фармацевтичних працівників;
- фінансування охорони здоров'я;
- оздоровчо–профілактична діяльність;
- забезпечення безпечних умов для життєдіяльності;
- організації та управління охороною здоров'я [77, с. 11].

Таким чином, охорона здоров'я виступає як один із пріоритетних напрямків державної діяльності, оскільки держава здійснює управління в сфері охорони здоров'я України та забезпечує його реалізацію.

Державне регулювання в даній сфері обумовлюється бюджетними асигнуваннями, розмір яких відповідає обґрунтованим потребам, з урахуванням не менше десяти відсотків національного доходу. В основі державного регулювання охороною здоров'я лежать формування конституційних та законодавчих основ з боку Верховної Ради України.

Виступаючи як головний адміністративно–правовий орган в системі охорони здоров'я, Верховна Рада визначає цілі, головні завдання, пріоритети державної політики в сфері охорони здоров'я. При цьому займається створенням системи відповідних регуляторів та стверджує цільові загальнодержавні програми охорони здоров'я.

На підставі викладеного можна зробити висновок, що сутність адміністративно–правового забезпечення охорони здоров'я полягає в тому, що це здійснюваний вплив органів державної влади, у межах визначеної законом компетенції, за допомогою спеціального (нормотворчого) механізму, на відносини у сфері охорони здоров'я з метою захисту й охорони прав, свобод та інтересів населення.

Отже, виходячи з вищевказаного, слід зазначити, що в умовах демократичної держави формується, як правило, децентралізована система управління, з широким використанням механізмів делегування повноважень вищих органів нижче. Під механізмом регулювання розуміють складову частину системи управління, яка забезпечує вплив на фактори, від стану яких залежить результат діяльності управлінського об'єкта.

До факторів комплексного механізму державного регулювання належить система економічних, мотиваційних, організаційних, політичних та правових механізмів. Здійснення державного регулювання тісно пов'язане із застосуванням методів адміністративно–правового регулювання суспільних відносин. Однак в сучасних умовах формування ринкових відносин,

демократизації суспільства роль та значення цих методів істотно змінилася. З впровадженням нових демократичних принципів в сучасне суспільне життя, перебудовою і зміною соціальних цінностей та цілей, в процесі побудови соціальної, правової держави й громадянського суспільства, важливого значення набуває питання про зміну самої доктрини адміністративного права та державного регулювання.

2.3 Проблеми впровадження механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України

Перш за все, слід зупинитися на низькому рівні ефективності всієї системи охорони здоров'я, що породжує не високу якість медичних послуг. Причинами такого стану справ є наступне:

1) брак фахівців, медичного обладнання, лікарняних установ, що породжують довгі черги пацієнтів в часи прийому. Лікарям доводиться працювати в посиленому режимі, що автоматично знижує якість послуг, котрі вони надають;

2) короткий графік прийому пацієнтів. Часто часи прийому закінчуються до 14 години дня. Хто не встиг потрапити на прийом, той змушений приходити в інший день, тобто знову відпрошуватися з роботи, отже, не виконати ряд своїх обов'язків. Таке відволікання співробітників негативно позначається як на самій компанії (ступінь негативних наслідків буде прямо залежати від посади співробітника і можливості його заміни), так і на працівниках даної компанії (зниження заробітної плати);

3) неможливість своєчасно отримати необхідну медичну допомогу. Це є наслідком браку фахівців, обладнання, дорожнечі лікарських засобів та медичних послуг;

4) низька кваліфікація лікарів. Часто буває так, що в двох різних поліклініках лікарі ставлять різні діагнози на одні й ті ж симптоми. Відповідно, і лікування не дає очікуваного ефекту;

5) відсутність або старіння медичного обладнання. У більшості лікарень обстеження і лікування пацієнтів проводиться на радянському обладнанні. А проходження лікування або обстеження на новому обладнанні (якщо воно є) наразі коштує великих грошей;

б) низька заробітна плата і відсутність механізмів щодо стимулювання якісної роботи [78, с. 72–73].

Ситуація браку фахівців та лікарняних установ особливо помітна при порівнянні міст як всередині одного регіону, так і між регіонами. Так, якщо в обласному центрі або столиці більшість лікарень та поліклінік відремонтовані, мають нове обладнання, то в простих містах, особливо віддалених від центру, найчастіше мало поліклінік, в яких люди можуть отримати необхідний обсяг медичних послуг. Низька ефективність системи охорони здоров'я сильно позначається на країні в цілому, особливо на її економіці.

Україна є однією з найбільших держав, утворених на руїнах Радянського Союзу. Її найновіша історія відзначається серією драматичних подій і різких потрясінь. Сьогодні Україна широко сприймається як країна, яка втратила свої можливості. Маючи високий рівень промисловості, з усіма перевагами, які дозволяють їй створювати також сучасну сільськогосподарську систему, вона стала застійною у процесі трансформації, не роблячи практично ніякого кроку вперед за весь період трансформації. Країна спустошена корупцією, і всі спроби її модернізації та виведення її на економічний шлях, який буде забезпечувати конкурентоспроможність на світових ринках, перешкоджає інтересам приватних осіб, які привласнили значну частину економічної системи в перебіг процесу приватизації.

Нині в країні характерні значні відмінності в рівні доходів і напруженості між прихильниками тісних зв'язків з Росією, прозахідними силами та націоналістами. Збройний конфлікт, або «гібридна війна», на території східних регіонів країни, анексія Криму Росією та внутрішня

напруженість, яку ми спостерігаємо протягом останніх кількох років, поглиблює складні труднощі, економічне та соціальне становище країни.

Як і в самій українській економіці, зміни відбуваються повільно й неконтрольовано, так само, як й в системі охорони здоров'я, на протязі всього пострадянського періоду не було здійснено значних реформ. Як наслідок, з юридичної точки зору українська система досі формально функціонує відповідно до організаційних припущень моделі Семашко, з центральним бюджетом, відсутністю ефективних рішень у фінансуванні медичних послуг (глобальне бюджетування медичних закладів), ієрархічної організаційної структури і домінування державного сектору [90].

У контексті перехідного періоду очікується, що європейські посткомуністичні держави розроблять модель медичного страхування, викорінують неформальні платежі та трансформують застарілу високоцентралізовану систему охорони здоров'я. Хоча інші посткомуністичні країни доклали зусиль для задоволення цих очікувань, українська система охорони здоров'я залишалася практично незмінною протягом усього періоду після розпаду Радянського Союзу. Будь-які зміни, які були застосовані, були фактично явними й поступальними. Процес децентралізації рішень базувався на структурах державного регулювання, що зробило його поверхневим і лише частковим: відбулася зміна або обов'язки щодо володіння медичними закладами на рівні місцевих органів влади, в обмеженому масштабі приватний сектор отримав дозволи брати участь у системі охорони здоров'я, але поза схемою державного фінансування, заснованою на безпосередніх виплатах пацієнтам, які є неформальними. В рамках системи надання державних послуг пацієнти теоретично мали право вибрати лікаря та установу. Однак на практиці це було очевидним правом, а спосіб побудови та дії системи залишали їхні потреби та права без належної уваги [92, с. 40].

В той же час в обох цих сферах – економіці та системі охорони здоров'я – протягом останніх декількох років були проведені заходи для стабілізації ситуації та приведення України на шлях стабільного та довгострокового

зростання та нормалізації. Суворі обставини, здається, сприяли впровадженню радикальних рішень, які можуть призвести до швидкої зміни організаційної парадигми економічної системи, а також у сфері охорони здоров'я та інших напрямків діяльності держави відносно сфери соціальної політики. Впровадження ефективних рішень, на наш погляд, є необхідним фактором, без якого, у свою чергу, збільшення фінансування сектору охорони здоров'я не забезпечить поліпшення в масштабах, які були б адекватними соціальним очікуванням, а також відповідали б припущенню тих, хто приймає рішення щодо здійснення реформи.

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я України ініціювало розробку Національної стратегії реформування охорони здоров'я населення з метою активізації та прискорення процесу реформування сфери охорони здоров'я шляхом розробки стратегічних підходів щодо підвищення якості та доступу до медичної допомоги та забезпечення пом'якшення фінансових ризиків для населення.

У системі охорони здоров'я України невдача її ефективності, як з точки зору лікування, так і з профілактичного втручання, також добре ілюструється іншими епідеміологічними даними. Смертність від інфекційних та паразитарних захворювань у період з 1990 по 2018 рік зросла з 11,78 до 21,67 смертей на 100 000 населення. У прийнятій референтній групі одночасно спостерігалось зменшення від 8,76 до 7 смертей на 100 000 населення. Ця різниця ще більше вражає у випадку туберкульозу, де в 2018 році смертність в Україні становила 9,89 випадків на 100 000 населення, а в референтній групі – 1,77 смертей на 100 000 населення.

Заходи, які дуже схильні до системних змін, також ілюструють значну недбалість української системи. Рівень дитячої смертності в період 1990–2018 рр. зменшився з 16,6 до 8,1 смертей на кожні 1000 народжених, однак для групи посткомуністичних країн, що вступили до Європейського Союзу, спостерігалось істотно більше падіння. У 1990 році середня величина коефіцієнта була подібна до такої в Україні (16,05 смертей на 1000

немовлят), тоді як у 2018 році вона знизилася до середнього значення 4,85 смертей на 1000 немовлят.

Аналогічна ситуація спостерігається й у випадку материнської смертності, де в Україні за вказаний період значення коефіцієнта знизилося з 32,41 до 14,81 смертей на 100 000 немовлят (дані за 2017 рік), що означає зменшення понад 54%. Водночас у референтній групі середнє значення коефіцієнта зменшилося з 28,68 до 7,56 смертей на 100 000 немовлят, що означає поліпшення майже на 74% [9].

Дані щодо тривалості життя показують, що у випадку України спостерігалось деяке поліпшення: з 70,53 років у 1990 році до 72,5 років у 2018 році, але це значно гірше, ніж у порівняній групі країн, де початкове середнє значення в 1990 році було подібним, як у України (70,84 роки), але середня тривалість життя зросла до 76,87 років у 2018 році. Крім того, у групі «нових» держав–членів ЄС вдалося зменшити відстань до «старих» країн–членів ЄС у цьому відношенні – різниця зменшилася з 5,64 років до 5,05 років, тоді як для України ця відстань збільшилася з початкового рівня 5,95 років у 1990 році до 9,42 років у 2018 році [8].

Нарешті, в Україні можна спостерігати значне падіння частки вакцинації дітей. Наприклад, частка дітей, вакцинованих проти корі, хоча ще в попередньому десятилітті перевищила 90%, в останні роки різко знизилася до рівня 42% у 2019 році. Аналогічна ситуація стосується і вакцинації проти туберкульозу – з рівня, що перевищує 90 % до 39% у 2018 році.

У державному секторі в Україні працює понад 2200 лікарень і понад 400 тис. лікарняних ліжок (5,22 лікарні та 890,7 ліжок на 100 тис. населення). У розрахунку на душу населення це більше, ніж у країнах ЄС. Але об'єкти мають застаріле обладнання, і дуже мало хто може забезпечити комплексну допомогу [9].

До цього часу механізм фінансування охорони здоров'я населення України базувався на загальній системі оподаткування, в якій витрати розподілялися між державним (національним) та регіональним бюджетами. У

2018 році державне фінансування системи охорони здоров'я досягло 71 млрд. грн. (близько 3,2 млрд. дол. США) або близько 3,5% ВВП, тоді як загальні, державні та приватні видатки становлять 7,4% ВВП. Через низьку вартість українського ВВП ці видатки, хоча вони можуть здаватися досить високими у відносних показниках, призводять до суттєво низького рівня витрат на душу населення, які становлять менше 300 доларів США у 2017 році фінансування догляду, а основна частка витрат йде на вузькоспеціалізовану допомогу.

У 2008–2018 рр. загальний обсяг фінансування збільшився більш ніж у п'ять разів. Проте, такий приріст пояснюється головним чином девальвацією валюти: середньорічний обмінний курс долара зріс у 2018 році в порівнянні з 2008 [8].

Варто зазначити, що розподіл коштів на охорону здоров'я здійснюється відповідно до існуючої інфраструктури, а не до реальних потреб, що визначаються структурою та рівнями захворюваності населення України. Останні результати національних опитувань домогосподарств Індексу здоров'я, Україна доводить, що доступ до ліків залишається значною проблемою для українського населення. Домогосподарства витратили майже 11% середніх загальних витрат на придбання ліків. Згідно з іншим обстеженням домогосподарств, 92% населення бояться потрапити у фінансові труднощі та катастрофічні витрати у разі хвороби. Є докази обмеженого доступу до різноманітних категорій медичних послуг. Дослідження показали, що 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 [10, с. 101–102].

Зазначимо, що певні спроби провести реформу здійснювалися протягом багатьох років, але нарешті, з'явилося стратегічне бачення реформи та очікуваних від неї результатів. З'явилися й законодавчі ініціативи, спрямовані на їх досягнення.

Серед цих ініціатив слід відзначити проект Закону України про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я (реєстр. № 2309 а–д від 10.12.2015), відомий фахівцям як законопроект «про автономізацію». Він спрямований на надання установам охорони здоров'я більшої управлінської та фінансової автономії. Законопроектом передбачено, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я, створені та існують у формі бюджетних установ, можуть реорганізовуватися в казенні підприємства та комунальні некомерційні підприємства. Це відкриває перед ними кращі можливості раціонального використання ресурсів та підвищення ефективності своєї діяльності.

Удосконалення правового регулювання здійснення медичної діяльності, в тому числі надання медичної допомоги із застосуванням певних технологій, здійснюється також шляхом прийняття необхідних підзаконних актів. Яскравим прикладом є наказ МОЗ України від 19 жовтня 2015 року № 681 «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини в сфері охорони здоров'я» [71].

Однак в процесі створення якісної нормативно–правової бази в сфері охорони здоров'я, на наш погляд, існують такі труднощі, які необхідно враховувати для досягнення ефективного державного регулювання галузі:

- недостатній рівень вираженості державної політики в сфері охорони здоров'я, враховуючи також її законодавче забезпечення;
- відсутність науково обґрунтованої стратегії для здійснення законотворчої діяльності в сфері охорони здоров'я;
- низький рівень законотворчої активності суб'єктів законодавчої ініціативи;

- складність прийняття законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді;
- невелике число фахівців, які мають достатній рівень знань в області юриспруденції та медицини;
- неконсолідованість діяльності представників правової та медичної науки;
- недостатній рівень обліку міжнародно–правових стандартів у сфері охорони здоров'я, що призводить до неефективного використання зарубіжного досвіду в регулюванні системою охорони здоров'я населення;
- нечіткість правової бази, наявність законодавчих колізій, які виникають на практиці, при протиріччі різних актів, котрі здійснюють регламентацію тієї чи іншої галузі охорони здоров'я;
- надмірний рівень роз'єднаності норм з охорони здоров'я по всьому законодавству України.

Розглянуті моменти дозволяють нам зробити такі висновки:

1. Надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій права пацієнтів на вільний вибір лікаря обмежується тільки вибором лікаря первинної медичного обслуговування.
2. При наданні медичної допомоги поза межами програми, вільний вибір повинен здійснюватися, ґрунтуючись на статтю 6 і 38 Основ.

Ще одним проблемним питанням, на наш погляд, є визначення конкретних дефініцій. Закон про медичну реформу спирається на словосполучення «медична послуга», визначення якої пропонується в статті 3 Основ, що представляє послугу, яку виходить пацієнт від установи охорони здоров'я, або від фізичної особи – підприємця, зареєстрованого і має ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики, оплачувана її замовником. Таке визначення не дозволяє зрозуміти правову суть зазначеного словосполучення, оскільки існує різниця до розуміння правової конструкції «медична послуга» і «медична допомога». Аналізуючи законодавство, ми розуміємо, що це різні поняття, оскільки медична

допомога є безкоштовною, згідно з Рішенням Конституційного Суду України від 29.05.2002 року.

Тим самим ми пропонуємо закріпити таке визначення медичної послуги, під якою необхідно розуміти дію або сукупність дій медичних працівників, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію, що мають самостійне завершене значення і вартість. А медичну допомогу слід розуміти, як технологічно завершену сукупність процедур медичного характеру.

Серед найскладніших питань виділяється проблема безкоштовного надання медичної допомоги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, обумовлених статтею 49 Конституції України.

Аналіз положень Конституції України, Закону про медичну реформу і Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 року та Рішення Конституційного Суду України від 25.11.1998 року, дозволяє зробити ряд висновків:

1. визначена «програма державних гарантій медичного обслуговування населення» передбачає набір гарантованих державою медичних послуг, що надаються за рахунок коштів Державного бюджету України.

Але в Рішенні КСУ від 29.05.2002 р Конституційний Суд України вказує, що з позицій приписи частини 3 статті 49 Конституції України пропозиції окремих державних органів з питань необхідності встановлення рамок безкоштовної медичної допомоги в вигляді її гарантованого рівня є неприйнятними по відношенню тільки до неспроможних верств населення. Тим самим, законодавчо визначено, що державні та комунальні заклади охорони здоров'я надають безкоштовну медичну допомогу громадянам, незалежно від їх соціального стану та обсягу такої допомоги. Тобто чітко визначається і повнота обсягу медичної допомоги. Крім цього, стаття 22 Основ регламентує, що при прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод. А Конституційний Суд України прийняв, що загально визнаним

виступає правило, за яким сутність змісту основного права не може порушуватися.

Все це призводить до появи питання про наявність чи відсутність звуження змісту та обсягу права, гарантованого Конституцією в Законі про медичну реформу.

2. рішення КСУ від 2002 року передбачає, що поняття медичної допомоги та порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, а також послуги, що здійснюються на платній основі в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, повинні визначатися законодавчо. Що призводить до появи питання, чи є Закон про медичну реформу тим законом, який дозволяє розмежовувати медичну допомогу і медичні послуги, які виходять за межі медичної допомоги.

На наш погляд, цей закон не дозволяє вирішити даного протиріччя, оскільки ми маємо наступне:

– перелік послуг, що надаються за рахунок державного бюджету повинен встановлюватися законом про Державний Бюджет, що визначено в частині 5 статті 4 Закону про медичну реформу (програма медичних гарантій визначається Верховною Радою України в складі закону про Державний бюджет України на рік), а не вибирається Конституційним судом України в переліку медичних послуг за межами медичної допомоги, що надаються за плату. Такі зміни нормативних акцентів вказують на зміни конституційної концепції;

– закон про медичну реформу нормативно будується таким чином, що медичні послуги є складовою медичної допомоги різних видів, що визначаються частиною 1 статті 4;

– не з'ясовані питання про зміни правової природи перекладу медичної послуги з безкоштовної в платну. Прикладом може виступати випадок, коли пацієнт звертається за вторинною допомогою без направлення від сімейного лікаря, то така послуга буде платною, а якщо з напрямком, то вона включається в програму гарантованих безкоштовних послуг. Це передбачає,

що один і той же обсяг медичної допомоги в залежності від способу її отримання, може бути платним або безкоштовним;

– є дискусія щодо балансу конституційних статей 49 і 95, які передбачають, що тільки закон про Державний бюджет України визначає будь-які видатки держави на загальносуспільні загальні потреби, а також встановлює розмір і цільове спрямування цих видатків.

У зв'язку з цим Конституційний Суд України вказує, що рівень державних гарантій на рахунок права на соціальний захист повинен відповідати Конституції України, а мета і засоби зміни механізму нарахування соціальних виплат співвідноситься з принципами пропорційності і справедливості. Це передбачає, що рівень державних гарантій права на медичну допомогу повинен закріплюватися саме в статті 49 Основного Закону України. Крім того, відзначимо, що при наявності конкуренції загальної та спеціальної норми, саме норма статті 49 Конституції України буде спеціальною, оскільки являє собою частину конституційного правового статусу людини і громадянина.

Підводячи підсумки, можна сказати, що медична реформа має ряд нез'ясованих питань, які вимагають втручання держави при тлумаченні норм закону і визнання його конституційності. На прикладі регламентації двох прав людини в сфері охорони здоров'я освітлений спектр проблем, які можуть впливати на правореалізації та правозастосування, а, отже, можуть служити породженням проблем з дотриманням прав людини.

Зміни в організації системи надання послуг вимагають реорганізації також сфери управління та контролю за фінансовими ресурсами. Український уряд вжив активних заходів для досягнення цієї мети. У 2018 році розпочато роботу з впровадження нової організаційної схеми з основним акцентом на центральний орган – Національну службу охорони здоров'я України (НГУ). Нова установа повинна зрештою діяти як державна установа, відповідальна за укладання контрактів з постачальниками медичних послуг.

Одночасно зніціювався процес впровадження нової схеми фінансування, насамперед на рівні первинної медичної допомоги.

Окрім зміни грошових потоків, реформа дозволяє приватним постачальникам укладати контракти з державними платниками. У 2019 році набирає чинності застосування нових фінансових механізмів у сфері лікування спеціалістів, тоді як у 2020 році передбачається впровадження рішень для гарантованого доступу до послуг. Деякі спеціальні інвестиції також застосовуються для поліпшення постачання ліків та вакцин, а також для забезпечення загального поліпшення інфраструктури надання послуг.

Концепцію цього міністерства підтримали численні міжнародні організації, включаючи ВООЗ, ПРООН, АМР та ін., які постійно наполягали на більш швидкій реформі в Україні. Водночас, не всі ідеї Міністерства охорони здоров'я були прийняті українськими політиками, особливо опозиційними. Супротивники змін, у тому числі багато членів парламенту та ЗМІ, висловили свою думку, що реформа може залишити найбільш вразливих без охорони здоров'я. Кампанію також підтримали медичні лобістські групи, які, можливо, можуть зберегти свій контроль над потоками неофіційних платежів та корумпованою системою закупівель ліків.

19 жовтня 2017 року Верховна Рада України остаточно ухвалила закон, який розпочав медичну реформу в Україні. Відразу після прийняття закону про фінансування охорони здоров'я, український парламент схвалив два інших законопроекти: один спрямований на надання людям у віддалених районах доступу до медичних послуг, включаючи телемедицину, та інший, що вносить зміни до фінансового кодексу України. Закон передбачає низку змін, які мають бути внесені до 2020 року, включаючи запровадження системи страхування, що фінансується урядом, та механізм, який дозволить пацієнтам самостійно обирати лікарів та лікарні. Загальнонаціональна електронна система відстеження історії хвороби пацієнтів впроваджена, починаючи з 2019 року. Крім того, нова система повинна зменшити проблему самолікування в Україні – пацієнт буде стимульований до

звернення до лікаря, оскільки відшкодування надаватиметься лише за рецептом лікаря. Проте український парламент не голосував за спільні платежі за медичні послуги, оскільки ця ідея дуже непопулярна серед пацієнтів та медичного персоналу.

Описані дії спрямовані на задоволення найбільш гострих дефіцитів і потреб системи охорони здоров'я. Перш за все, з точки зору обґрунтування процесу реформ, видається виправданим. З одного боку, це дозволяє задовольнити найбільш гострі потреби та очікування населення у відносно короткий час. Оскільки в нинішніх системних реаліях ці потреби та очікування розглядаються неадекватно, такий спосіб дії дає можливість забезпечити соціальну підтримку процесу реформ і таким чином усунути принаймні деякі бар'єри, що обмежують шанси на його успішне завершення.

Однією з основних ідей українського переходу від радянської спадщини є те, що існуючий підхід «платити за ліжко» буде замінений принципом «гроші за пацієнтом». Це означає, що замість фінансування конкретних лікарень держава платитиме за кількість пацієнтів, які звертаються до конкретного постачальника. Запропонований напрямок реформи слід розглядати як обґрунтований практичними умовами та той, що забезпечує хорошу основу для побудови про-ефективної формальної та структурної бази в системі.

Проте існує низка загроз, які в кінцевому рахунку можуть розмити суть реформи, або значною мірою мінімізувати її позитивний ефект та викликати негативне сприйняття серед суспільства та медичних працівників. По-перше, переорієнтація моделі фінансування та її спирання на споживчий вибір пацієнтів, має мати позитивний ефект у плані підвищення якості наданих послуг.

Тим не менш, в ситуації, коли існують обмежені фінансові ресурси, призначені для охорони здоров'я, перехід до такої моделі повинен включати реалізацію рішень, які раціоналізують попит, і, таким чином, це може спричинити тривалий час очікування для певних категорій послуг.

Обмеження доступу ще на рівні системних рішень може, у свою чергу, призвести до збільшення незадоволеності громадськості, а також може спричинити розвиток альтернативних механізмів фінансування надмірного попиту. Хоча реалізація запланованих рішень на рівні первинної медичної допомоги навряд чи дасть такий ефект, у випадку спеціалізованих послуг та деяких інших послуг такий ризик існує насправді, про що свідчить досвід інших країн.

Нарешті, існує реальний ризик неадекватного розподілу коштів на послуги, де збільшене фінансування буде спричинено тиском суб'єктів, що діють з боку попиту, а також певними споживчими рішеннями пацієнтів, спричинених іншими причинами, ніж фактична потреба в охороні здоров'я. Остаточний успіх у реалізації обговорюваних рішень сильним чином залежить від збільшення обсягу публічно охоплених послуг. Крім того, потрібно одночасно впроваджувати загальносистемні рішення, спрямовані на виявлення попиту, а згодом – планування постачання для певного виду послуг. Карти потреб здоров'я можуть бути прикладом потенційно корисних рішень такого роду.

Варто підкреслити, що зміна моделі фінансування на рівні первинної медичної допомоги є відносно простим рішенням, яке необхідно реалізувати. Воно пов'язане з низкою можливих переваг, а саме стимулювання внутрішньої конкуренції, підвищення якості послуг та суворий контроль витрат. Більш складним завданням є реальне посилення системної ролі первинної медичної допомоги. Ця складність є наслідком декількох загроз і бар'єрів. По–перше, посилення ролі сімейного лікаря пов'язане з необхідністю реконструкції системи освіти, створення системи стимулів для сімейних лікарів постійно вдосконалювати свої компетенції, забезпечувати професійну та фінансову привабливість практики первинної медико–санітарної допомоги. По–друге, необхідно систематично та інтенсивною мірою підтримувати сектор первинної медико–санітарної допомоги з метою усунення переважаючих звичок серед медичних фахівців, а також пацієнтів,

які використовують для сприйняття цього сектора лікування в умовах неповноцінності. Обидві згадані питання залишаються в тісному зв'язку один з одним. Хоча системна потреба призведе до збільшення навантаження на сектор первинної медико–санітарної допомоги, відсутність добре підготовленого персоналу фахівців сімейної медицини може стати ефективним бар'єром у цьому відношенні.

Іншою можливою проблемою є належне формування фінансових відносин між сектором первинної медичної допомоги та вищим рівнем охорони здоров'я. Здійснення фінансової відповідальності лікарів первинної медико–санітарної допомоги за послуги, що надаються на підставі їх направлення, може призвести до необґрунтованого обмеження доступу до діагностичних та спеціалізованих послуг. Це обмеження в тій чи іншій мірі очікується і є необхідним для усунення надмірного попиту, однак це не може розглядатися як перешкода для задоволення медичних потреб лише при забезпеченні адекватного рівня компетентності та самовіддачі сімейних лікарів. У свою чергу, обмеження ролі відповідальності сімейного лікаря може призвести до перенесення витрат на інші сектори охорони здоров'я, які згодом можуть виявити передбачувану економію внаслідок зміни формули фінансування, і тому може стати здатністю їх покривати. Також за цих обставин доступність спеціалізованих послуг може бути обмеженою через відсутність системних можливостей для покриття витрат на зростаючий попит.

Реалізація пакету гарантованих пільг, зокрема, якщо вона побудована позитивно, вважається важливою та необхідною умовою упорядкування фінансової відповідальності держави у сфері охорони здоров'я, а також регулювання фінансових потоків у системі в цілому. Проте, труднощі у впровадженні таких рішень – це здатність досягти консенсусу щодо кола громадської відповідальності за доступ до послуг. Якщо пакет визначається занадто широко, він піддає систему фінансовому дефіциту та створює ризик того, що держава стане відповідальною, а доступ до послуг буде виключно

віртуальним. За відсутності відповідних потоків фінансування, дефіцит повинен покриватися за рахунок приватних коштів або призводити до продовження часу очікування гарантованих послуг. З іншого боку, ці приватні фонди, що залишаються поза контролем з точки зору раціональності витрат, лише в обмеженій мірі сприяють поліпшенню епідеміологічного стану населення. Насправді це стан справ, з яким Україна досі бореться. У цьому контексті, ліквідація конкретного виду фікції, що діє в сучасних умовах, безумовно, є раціональною дією [57].

У процесі реалізації реформи охорони здоров'я необхідно враховувати труднощі, що виникають внаслідок тривалої практики. Ці практики сильно вписані в системну традицію та в звички її учасників. Ключовим бар'єром для реалізації зазначеного постулату може бути опір зацікавлених груп, які контролюють процедури надання прав на практику професії, які користувалися конкретним фінансовим та престижною вигодою від цього факту. Вони в той же час є достатньо впливовими, щоб мати можливість блокувати зміни, які є несприятливими для їхнього поточного статусу. Скасування освітніх схем, які застосовувалися багато років тому, і відсутність широкої взаємодії з міжнародними науковими спільнотами, може становити серйозну перешкоду для модернізації освітнього процесу медичних кадрів. На відміну від більшості попередніх випадків, головним бар'єром у процесі реалізації цієї частини реформи є менший рівень фінансового характеру, а більше – наслідки психічних факторів.

Важливі також політичні питання, пов'язані з можливою активізацією лобістських груп. Існує ймовірність того, що процес досягнення поставленої мети в цьому вимірі може зайняти надзвичайно довгий час. Хоча прийнята в 2017 році реформа охорони здоров'я має сильні про-ринкові асоціації, українська політика вважається досить популістською і лівою.

Остаточний успіх вжитих заходів буде залежати від низки факторів, не всі з яких є чутливими до контролю модифікуючими факторами, що підлягають стимулюванню з боку органів влади. Це стосується

геополітичного контексту або глобальної економічної ситуації, а також можливого опору суспільства, яке, можливо, не бажає прийняти реалізацію програми реформ. Це ще більш ймовірно у випадку груп інтересів, для яких збереження статус-кво в певній сфері змін є вигідним з точки зору задоволення власних потреб [89].

Незважаючи на громадську підтримку викорінення неформальних платежів, існують групи населення, які виступають за їхнє існування, і це слід враховувати при формуванні політики. Якщо врахувати сам сектор охорони здоров'я, остаточний успіх реформи значною мірою залежить від змін в економічній сфері, де можливі заходи реформування системи охорони здоров'я можуть принести незадовільний кінцевий ефект у випадку відсутності відповідної фінансової основи, що виникає внаслідок економічної діяльності.

Як запланована сфера змін в системі охорони здоров'я України, а також послідовність у проведенні подальших етапів реформування дають перспективні прогнози щодо остаточного ефекту реформи. Важливою особливістю урядового проекту є зосередження на задоволенні найактуальніших та найбільш нагальних потреб, виявлених у системі, які пов'язані з доступом до послуг та постачання ліків. Вона відповідає поглядам на розподіл охорони здоров'я та використання інструментів соціальної політики солідарності, та в той же час відображає зміни соціальної політики в посткомуністичних державах, де планова держава поступово перетворюється на капіталістичну систему [94].

Поточна реформа системи охорони здоров'я передбачає реалізацію рішень, які повторюють ті, які були емпірично перевірені на основі досвіду інших країн, особливо тих, які пройшли аналогічний шлях трансформації. Проект реформи здається раціонально викладеним вчасно, з передбачуваним завершенням у перспективі на кілька років. Однак реальний успіх проведеної діяльності залежить від ряду додаткових факторів, як зовнішніх, так і пов'язаних з припущеннями реформи. Зокрема, особлива увага повинна

приділятися макроекономічним умовам та забезпеченню адекватних ресурсів для медичних послуг. У цьому контексті важливим є рівень витрат на охорону здоров'я, пов'язаний з ВВП, але, перш за все, витрати враховуються в абсолютних кількостях, оскільки вплив цього фактору на наслідки системи охорони здоров'я є явно більш помітним. Інакше кажучи, успіх реформи у сфері охорони здоров'я прямо залежить від успіху трансформації та зростання української економіки.

Другим ключовим аспектом системних недоліків, пов'язаних з грошима, є масштаби залучення держави до охорони здоров'я, де, як уже згадувалося, великі масштаби фінансового тягаря витрат на охорону здоров'я лежать на стороні самих пацієнтів, що становить серйозний бар'єр обмеження можливості отримання відповідного лікування. Таким чином, ця проблема може бути сильним обмеженням на здатність досягати поставлених цілей реформи в епідеміологічному вимірі. Загалом низький рівень достатку українського населення може бути також чинником, що обмежує популярність запропонованих додаткових інструментів захисту, які, нарешті, призведуть до реальної реформи.

Крім фінансових аспектів, існують й інші фактори, які можуть становити загрозу для остаточного успіху реформи. Одним з них є пізній момент вжиття коригувальних дій, що призвело до консолідації різних видів патологізованих процесів, що замінюють неефективну формальну державну систему. Цей замінник інструментів регулювання доступу до послуг та фінансування охорони здоров'я створив набір звичок, які можна спостерігати на стороні постачальників, а також пацієнтів. Ці звички можуть виявитися важко усунути, особливо коли вони впливають на життєві інтереси впливового лобіювання. З цієї причини лідери реформ повинні враховувати можливість того, що процес змін у короткостроковій перспективі матиме обмежений ефект, а повна реалізація його цілей може бути довгостроковим процесом. Навіть у цій довгостроковій перспективі остаточний успіх залежить від повних наслідків дій, прийнятих політичним центром прийняття

рішень у здійсненні обраного шляху реформ. Невдачі попередніх спроб реформ, які в значній мірі базувалися на подібних пріоритетах, можуть розглядатися як додаткові докази невизначеності кінцевого результату та його сприйнятливості до небажаних впливів руйнівних факторів.

Підводячи підсумок, відзначимо, що Україна на сьогоднішній день знаходиться на стадії трансформації всієї системи державного управління, що впливає на появу труднощів у процесі реалізації змін в системі охорони здоров'я. При цьому ефективне регулювання системою охорони здоров'я дозволяє досягати високих стандартів життя населення країни.

У зв'язку з цим на сьогодні в першу чергу необхідно змінювати фінансово–економічні основи діяльності системи охорони здоров'я, при яких фінансування має спрямовуватися на обсяг наданих послуг, а не відповідати наявній інфраструктурі. Однак стереотип мислення населення, який спрямований на надання безкоштовної медичної допомоги, продовжує підтримуватися з боку окремих політичних сил. Притому, що державний бюджет не має можливості задовольняти елементарні потреби населення в охороні здоров'я, не беручи до уваги високоспеціалізовану та альтернативну види допомоги.

Тим самим першочерговим завданням в системі державного регулювання охороною здоров'я виступає забезпечення гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, при наявності для індивіда можливості самостійно вибрати місце й способи лікування. Це визначає той факт, що система охорони здоров'я населення повинна спиратися на різні форми організації, що в свою чергу викликає необхідність оптимального використання наявних коштів, застосовуючи відповідні механізми державного регулювання.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

3.1 Оптимізація кадрово–ресурсного механізму державного регулювання охорони здоров'я України

Дефіцит кадрових ресурсів в галузі охорони здоров'я є загально визнаною загрозою для досягнення пов'язаних зі здоров'ям цілей розвитку галузі. Тому спроби оптимізувати потенціал працівників охорони здоров'я має вирішальне значення. Більш раціональний розподіл завдань та обов'язків між кадрами медичних працівників розглядається в якості перспективної стратегії поліпшення доступу та підвищення ефективності витрат в рамках системи охорони здоров'я. Наприклад, доступ до медичної допомоги може бути розширено шляхом навчання та підключення медичних працівників середньої ланки і непрофесійних працівників охорони здоров'я до виконання певних процедур, які в іншому випадку виконують тільки працівники, що мають більш тривалу (а іноді й більш спеціалізовану) підготовку. Такі стратегії перерозподілу обов'язків можуть бути особливо привабливими для нашої країни, оскільки на сьогодні не вистачає коштів для поліпшення доступу до медичної допомоги в короткостроковій перспективі.

Стратегії оптимізації завдань та функцій для здійснення ефективних заходів реалізуються зі змінним успіхом. Це відбувається частково тому, що результати застосування цих стратегій залежать від різних місцевих умов й стану охорони здоров'я та формуються під впливом часто дуже різних соціальних, політичних і культурних систем. Однак питання про те, хто з працівників охорони здоров'я може забезпечити ефективне здійснення заходів, також пов'язане з обговоренням більш широкого, глобального питання про те, чи можуть медичні працівники з більш низьким рівнем підготовки безпечно виконувати основні заходи. Загально визнаною є думка,

що необхідно визначити, які ключові заходи можуть безпечно і ефективно здійснювати різні працівники.

Для вирішення завдань зниження захворюваності населення України в сфері вітчизняної охорони здоров'я активно впроваджуються інноваційні технології, спрямовані на підвищення якості та ефективності профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з різними захворюваннями. Зі збільшенням числа інноваційної та високотехнологічної допомоги виникає необхідність вдосконалення механізмів управління в даній сфері, зокрема в використуваних рамках реалізації державної політики в охороні здоров'я.

Основним напрямком державної політики в області вітчизняної охорони здоров'я є створення таких умов для системи охорони здоров'я, які дозволять здійснювати санітарну освіту населення, профілактику захворювань, забезпечувати надання медичної допомоги громадянам, проводити наукові дослідження в даній області і підготовку медичних й фармацевтичних працівників, підтримувати та розвивати матеріально-технічну базу процесів надання медичних послуг.

На особливу увагу в рамках регулювання сферою вітчизняної охорони здоров'я населення вимагає розробка та вдосконалення механізмів ресурсного забезпечення процесів надання медичних послуг, оскільки в значній мірі від ресурсного забезпечення залежить ефективність надання медичної допомоги населенню. Ресурсне забезпечення процесів надання медичних послуг залежить від інтенсивності потоку пацієнтів в медичних установах, і цей показник постійно змінюється, а також залежить від різних умов, в тому числі від рівня захворюваності, медичної активності населення, економічної обстановки в регіонах. Все це актуалізує створення механізму планування й оптимального використання ресурсів процесу надання медичних послуг, що враховує показники потоків пацієнтів в закладах охорони здоров'я населення.

Механізм планування та оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери

охорони здоров'я України розроблений на базі дискретно–подієвого моделювання. В основі обслуговування населення в медичних установах лежить рух по заданій траєкторії потоків пацієнтів в рамках надання їм медичної допомоги. Основними групами показників, що характеризують дані потоки пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг є:

- група показників інтенсивності потоків пацієнтів;
- група показників, що характеризують персонал і ліжковий фонд медичних установ;
- група показників, що характеризують очікування медичного обслуговування пацієнтами і черга в медичних установах;
- група показників відмови в прийомі пацієнтів.

Розрахунок даних показників дозволяє вирішувати задачу оптимального планування та використання ресурсів процесу надання медичних послуг в медичних установах.

При побудові механізму планування та оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України ми припускаємо, що процеси надання медичних послуг реалізуються ефективно при достатній забезпеченості ресурсами з урахуванням норм завантаження медичного персоналу та параметрів часу обслуговування пацієнтів.

Розроблений механізм планування і оптимального використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України наведено далі (рис. 3.1). Даний механізм враховує всі потоки пацієнтів в медичних установах усіх типів.

Із застосуванням розробленого механізму здійснюється розрахунок необхідних кадрових і матеріальних ресурсів в сфері вітчизняної охорони здоров'я для надання медичних послуг пацієнтам. Розрахунок даних показників також регламентується і нормативними актами, що визначають кількість необхідного медичного персоналу, час обслуговування пацієнта лікарем з урахуванням його спеціалізації та ін.

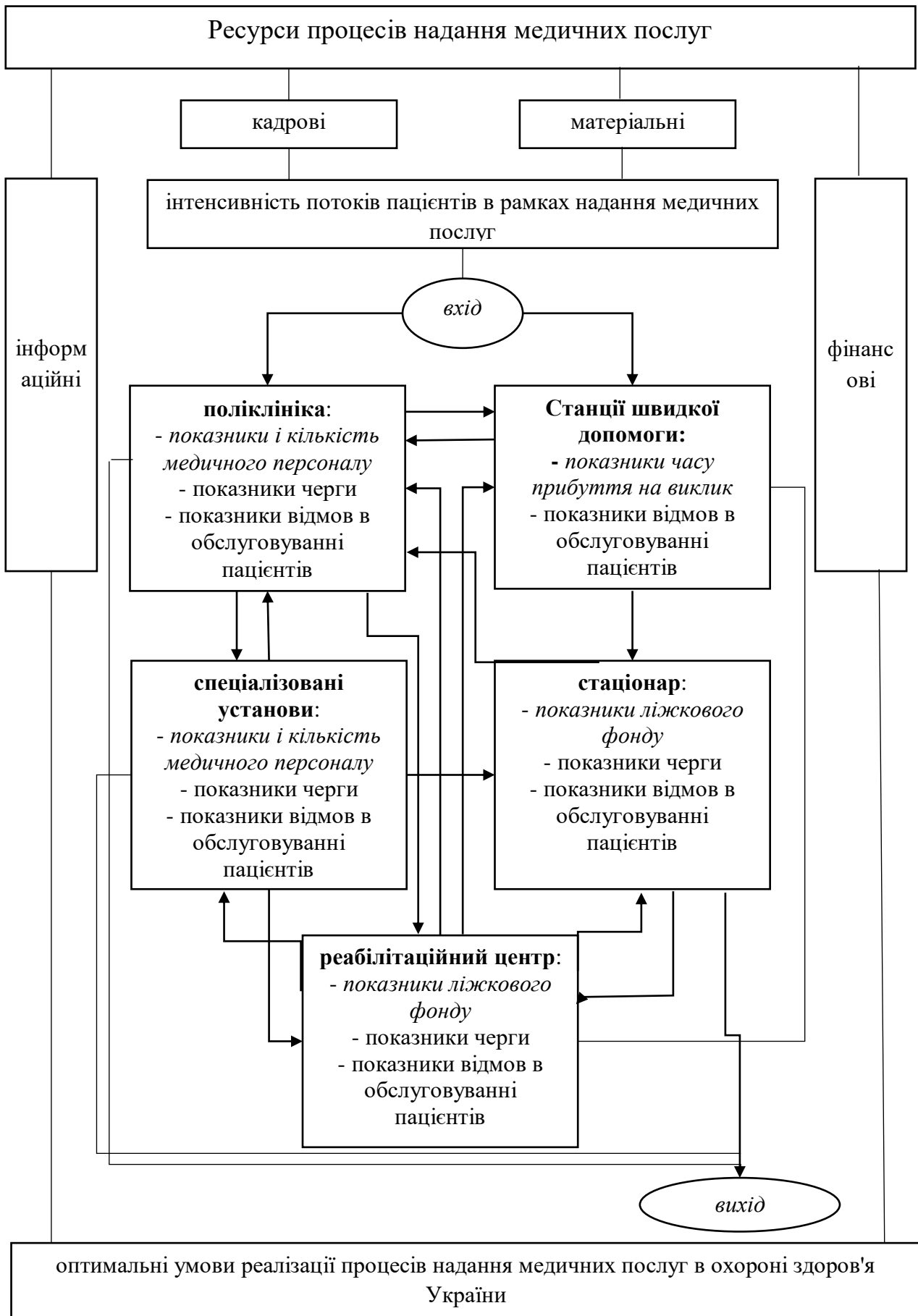


Рисунок 3.1 – Механізм використання ресурсів в рамках надання медичних послуг пацієнтам в медичних установах усіх типів сфери охорони здоров'я України

Обсяг необхідних фінансових ресурсів в сфері охорони здоров'я частково залежить від інтенсивності потоків пацієнтів, визначається особливостями реалізації процесів первинної, вторинної та третинної профілактики, вартістю ресурсного забезпечення та реалізацією державних програм розвитку сфери охорони здоров'я. Інформаційні ресурси – це особливий клас ресурсів в сфері охорони здоров'я, який не залежить від інтенсивності потоку пацієнтів в медичних установах і визначається рівнем інноваційного технологічного розвитку.

На рис. 4 для кожного типу медичного закладу наведені параметри, які повинні бути оптимізовані при вирішенні задач розрахунку необхідних ресурсів для надання медичних послуг в них. Курсивом виділено ключовий критерій планування ресурсів для кожного типу медичних установ.

Для амбулаторно–поліклінічних установ ключовим критерієм планування та використання ресурсів є кількість медичного персоналу, що визначається на підставі інтенсивності потоку пацієнтів в медичному закладі або нормативними документами муніципального або регіонального рівня, що регламентують надання медичної допомоги пацієнтам в Україні. На підставі чисельності медичного персоналу визначаються показники матеріальних та фінансових ресурсів.

Для стаціонарів та реабілітаційних центрів основним показником ресурсного забезпечення є ліжковий фонд, його використання. Ліжковий фонд визначає необхідну кількість медичного персоналу і обсяг матеріальних, фінансових ресурсів. З урахуванням кількості ліжок формується й ресурсна база стаціонарів.

Ресурси для станцій швидкої медичної допомоги визначаються чисельністю населення, що обслуговується, від якого залежать показники прибуття бригади швидкої допомоги на виклик.

Штатний розклад медичних установ може коригуватися з урахуванням інтенсивності потоків пацієнтів. Інтенсивність вихідного потоку пацієнтів (на рис. 4 позначений як «Вхід») задається показниками захворюваності

населення з досліджуваних груп хвороби, його медичної активністю, може бути задана табличним способом з урахуванням типу розподілу. Потік пацієнтів з урахуванням тяжкості і характеру перебігу захворювання у пацієнта ділиться на потоки, спрямовані в різні медичні установи, які надають медичні послуги.

На рис. 3.1 показані всі можливі варіанти руху пацієнтів в рамках надання їм медичної допомоги. Розроблений механізм не враховує самозвернення населення в спеціалізовані амбулаторно–поліклінічні заклади, в стаціонари та реабілітаційні центри з огляду на їх малозначність та малу інтенсивність.

Одним з вихідних потоків з усіх медичних установ є потік пацієнтів, обслуговування яких припиняється через видужання, зниження медичної активності тощо. Дані пацієнти не беруть участь у формуванні потоків в рамках надання медичних послуг. Ймовірність влучення пацієнта в потоки визначається коефіцієнтами ймовірності розраховуються або на підставі статистичних даних, або експертним шляхом.

Для вирішення завдання проектування ресурсного забезпечення медичних установ і оптимального його використання рекомендується використання імітаційного моделювання на базі розробленого авторського механізму. Наведемо рекомендації з побудови імітаційних моделей різних типів медичних установ сфери охорони здоров'я України та розрахунку необхідного ресурсного забезпечення.

У сфері вітчизняної охорони здоров'я можуть бути виділені три типи закладів, що надають медичні послуги, з урахуванням їх форми роботи:

- 1) медичні установи, які здійснюють амбулаторний прийом;
- 2) медичні заклади, в яких пацієнт отримує медичну допомогу цілодобово і протягом всього дня;
- 3) станції швидкої допомоги.

Діяльність медичних установ, що здійснюють амбулаторний прийом пацієнтів, характеризується значною кількістю подій. При цьому

обслуговування пацієнтів здійснюється медичними реєстраторами, лікарями і середнім медичним персоналом. Події нетривалі в часі та реалізуються тільки в робочий час медичного закладу, часовий період визначається або нормативними актами органів управління сфери охорони здоров'я муніципального та регіонального рівня, або шляхом нормування. Послідовність подій при медичному обслуговуванні пацієнта визначається характером та тяжкістю захворювання й може відрізнитися в кожному окремому випадку. Для кожного пацієнта події реалізуються послідовно. Кожна подія в амбулаторно–поліклінічних закладах передує чергу, при одному відвідуванні даного типу медичного закладу пацієнт може перебувати в кількох чергах при наданні йому медичної допомоги.

Таким чином, показниками діяльності амбулаторно–поліклінічних установ, що оптимізується, будуть: кількість допоміжного медичного персоналу, середнього медичного персоналу, лікарів, управлінської ланки; коефіцієнти завантаження медичного персоналу; показники черг; показники відмови в обслуговуванні пацієнтів.

В стаціонарах інтенсивність вхідних потоків нижча, ніж в амбулаторно–поліклінічних закладах, крім випадків надзвичайних ситуацій. Основним елементом стаціонару є ліжко та його використання. Таким чином, вхідний потік пацієнтів регламентується наявністю ліжкового фонду стаціонару. Ліжковий фонд стаціонарів визначається медично–нормативними актами органів управління сфери охорони здоров'я муніципального та регіонального рівня, кількістю населення і рівнем його захворюваності. Траєкторія руху пацієнта в рамках лікування в стаціонарі постійна. Кількість медичного персоналу та рівень його завантаження залежить від ліжкового фонду стаціонару, а також регламентується вищевказаними актами.

При проектуванні та оптимізації стаціонарів потрібно рішення задачі планування ліжкового фонду з урахуванням резерву місць для пацієнтів, що надходять по швидкій допомозі. Також необхідно мінімізувати чергу пацієнтів, які очікують планової госпіталізації, скорочувати час очікування

лікування, кількість відмов у госпіталізації шляхом оптимізації обороту ліжок стаціонару.

Інтенсивність звернення населення за невідкладною допомогою в значній мірі залежить від ефективності лікування та реабілітації пацієнтів в амбулаторно–поліклінічних установах й стаціонарах. При оптимізації діяльності бригад швидкої допомоги потрібно рішення двох основних задач: скорочення часу прибуття на виклик до пацієнта шляхом впровадження сучасних технологій логістики та підвищення рівня кваліфікації фахівців медичних бригад через вдосконалення механізмів підготовки кадрів.

Ключовими аспектами реалізації державної політики в сфері вітчизняної охорони здоров'я є створення умов, при яких процеси надання медичних послуг реалізуються ефективно та досягаються заданих значень цільових індикаторів.

Успішна реалізація запропонованого механізму спирається на проведення ефективної кадрової політики. Слід зауважити, що аналізуючи відомі шляхи реформування галузі охорони здоров'я в світі, Всесвітня організація прийшла до висновку, що серед усіх організаційних змін, метою яких є підвищення ефективності системи охорони здоров'я, найбільшого успіху досягають дії, що вживаються в галузі управління кадрами.

Серед основних проблем кадрової політики в охороні здоров'я за останні роки ми можемо вказати на такі, як: кадровий дисбаланс, проблеми відновлення кадрового складу, неефективне використання робочого часу фахівців системи охорони здоров'я та виконання додаткових трудових функцій, низька ефективність стимулюючої системи оплати, яка не відповідає умовами праці, а також низька залученість працівників у вирішення завдань, поставлених перед медичною організацією.

Розвиток системи охорони здоров'я в даний час передбачає ефективну діяльність медичних організацій, яка неможлива без високопрофесійної роботи медичного персоналу. Однак заповнення кадрових ресурсів вимагає комплексного вирішення протягом тривалого часу, тому, незважаючи на ряд

державних заходів вирішення даного питання, залишаються проблеми, що перешкоджають розвитку кадрового потенціалу в охороні здоров'я.

Основними причинами кадрового дисбалансу в галузі охорони здоров'я на наш погляд є:

1. Втрата кадрів, викликані виходом на пенсію, еміграцією, відходом з галузі охорони здоров'я в інші сектори економіки, зміна професії, тимчасова перерва в роботі тощо.

2. Несприятливі умови роботи медичного персоналу, викликані станом матеріально–технічної бази закладів охорони здоров'я. Більшість кабінетів, ординаторських, лабораторних та інших приміщень потребують серйозного ремонту, медична та офісні меблі вимагають заміни.

3. Підвищена відповідальність за результати праці медиків. Праця працівників охорони здоров'я в силу специфіки галузі характеризується високим рівнем нервового напруження. Найчастіше медичні працівники трудяться в умовах інформаційного перевантаження, частого перемикання уваги, проведення складних досліджень, великої відповідальності, що веде до стомлення і нервозності, які проявляються особливо помітно під кінець робочого дня.

4. Низька оплата праці, яка не відповідає трудовим затратам. За даними досліджень В.С. Баєвої, переважна більшість, або $84,0 \pm 2,4\%$, медичних працівників вважають, що рівень їх заробітної плати не відповідає трудовим затратам і оцінці результатів їх праці [2, с. 75].

5. Нераціональна організація праці медичних працівників: лікарі і середній медичний персонал виконують невласливі їм функції; неефективне використання робочого часу (наприклад, неявка пацієнтів, особливо в літній період).

Виявлені причини кадрового дисбалансу породжують ряд проблем, вирішення яких є першочерговим завданням кадрової політики в охороні здоров'я, серед них:

1. низька забезпеченість кадрами і дисбаланс у структурі медичних працівників (між лікарями і сестринським персоналом; лікарями загального профілю та вузьких фахівців) знижує якість медичних послуг. Величезне значення у вирішенні проблем трудових ресурсів будь-якої галузі економіки, включаючи охорону здоров'я, є правильна кадрова політика. У практичній охороні здоров'я спостерігається недостатнє використання фахівців, які мають вищу освіту і підвищений рівень освіти при комплектації посад керівного складу медичних фахівців.

2. неефективне використання робочого часу фахівців. Фахівці поєднують кілька посад, в тому числі лікар працює за сумісництвом на ставку середнього або молодшого медичного персоналу на шкоду якості надання медичної допомоги. Сучасний стан використання трудових ресурсів характеризується парадоксальним явищем. З одного боку, організатори охорони здоров'я кажуть про дефіцит кадрів, в тому числі і лікарських, в першу чергу, в амбулаторному ланці. З іншого боку, функція лікарської посади не завжди виконується. Робочий час лікарів використовується нераціонально і неефективно. Втрати робочих днів через хворобу складають близько 10 днів в розрахунку на одного робітника і службовця. У зв'язку з нез'явленнями пацієнтів відзначаються перерви в роботі лікарів, особливо в літній період року. Крім того, медичні сестри в період 12-годинного чергування до 2 годин робочого часу витрачають на різні переходи по підрозділах установи. Також багато часу лікарі та середній медичний персонал витрачають на виконання невласних їм функцій у зв'язку з нестачею персоналу і нераціональною організацією праці. Всі ці функції могли б бути виконані персоналом з меншою кваліфікацією. Зокрема, у лікарів поліклініки ці роботи займають до 30% робочого часу, а у лікарів стаціонару – до 35% часу. У дослідженнях Баєвої В.С. позначено, що $34,1 \pm 3,2\%$ медичного персоналу виконують роботу за працівників з більш низькою оплатою праці та / або нижчої кваліфікації. Що знижує рівень їх професійної компетенції [2, с. 78].

3. в силу впровадження в роботу медичної організації неефективної системи оплати праці, працівники не орієнтовані на кінцевий результат діяльності, що призводить до зниження якості та задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги. Як наслідок цього процесу, медичні працівники практично не беруть участі й в обговоренні зі своїми безпосередніми керівниками і економічною службою медичної організації положень, критеріїв оцінки стимулюючих доплат і їх розміру.

Опираючись на це, визначимо такі шляхи вирішення основних проблем кадрової політики в охороні здоров'я:

1. покращення матеріально–технічної бази закладів охорони здоров'я.
2. поліпшення умов праці медичних працівників.
3. створення системи мотивації до трудової діяльності, адекватної витраченим зусиллям працівників охорони здоров'я, включаючи оплату праці і нематеріальне заохочення.
4. оптимізація роботи кадрової служби медичної організації.
5. проведення детального дослідження трудових функцій і витрат робочого часу медичних працівників.
6. залучення працівників до виконання завдань, поставлених перед медичною організацією.

Поряд з вищевказаними заходами досвід багатьох дослідників показує, що одним з ключових механізмів вирішення проблем кадрової політики є послідовна реалізація стратегії сталого розвитку медичної організації, яка включає в себе такі основні принципи, як:

– ефективного використання кадрових ресурсів за рахунок стратегічного аналізу і планування результатів діяльності організації, забезпечення зв'язку кадрової політики зі стратегією організації, підготовкою кадрів, перевіркою компетентності співробітників, обміну інформацією з персоналом для отримання колективних знань про сталий розвиток організації;

– залучення персоналу в реалізацію стратегії та політики організації через систему ключових показників діяльності співробітників, підрозділів та організації в цілому, інтегровану із стимулюючою системою оплати праці;

– ефективне використання робочого часу медичного персоналу за рахунок створення виробничого середовища, стимулюючого продуктивність праці, творчого підходу та хороших умов роботи персоналу, у тому числі й ефективне використання матеріально–технічних ресурсів установи охорони здоров'я;

– підвищення мотивації медичних працівників до якісного виконання професійних обов'язків шляхом залучення персоналу в планування процесів організації, обміну інформацією, внутрішньої і зовнішньої системи навчання, передачі передового досвіду тощо [74, с. 143-144].

Слід зазначити, що основна мета такої кадрової політики полягатиме в підготовці та перепідготовці фахівців, які володіють сучасними знаннями і здатні забезпечувати економічну і клінічну ефективність використовуваних високих медичних технологій і нових методів діагностики, лікування і профілактики, а також досягнення оптимального співвідношення кількості лікарів та середнього медичного персоналу, що дозволяє усувати диспропорції кадрового забезпечення всіх рівнів системи охорони здоров'я.

3.2 Удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України

Розглядаючи механізми державного регулювання сфери охорони здоров'я зокрема, можна виділити сукупність цілей, принципів і методів адміністративного, економічного, правового і соціального характеру, які здійснюються державою за допомогою набору інструментів з метою забезпечення динамічного і ефективного розвитку сфери охорони здоров'я країни (рис. 3.2).

Концептуальне бачення створення суспільно–солідарної системи організації та багатоканальної системи фінансування медичної галузі базується на таких принципах в організації та наданні медичної допомоги, як доступність, якість та соціальна рівність.

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

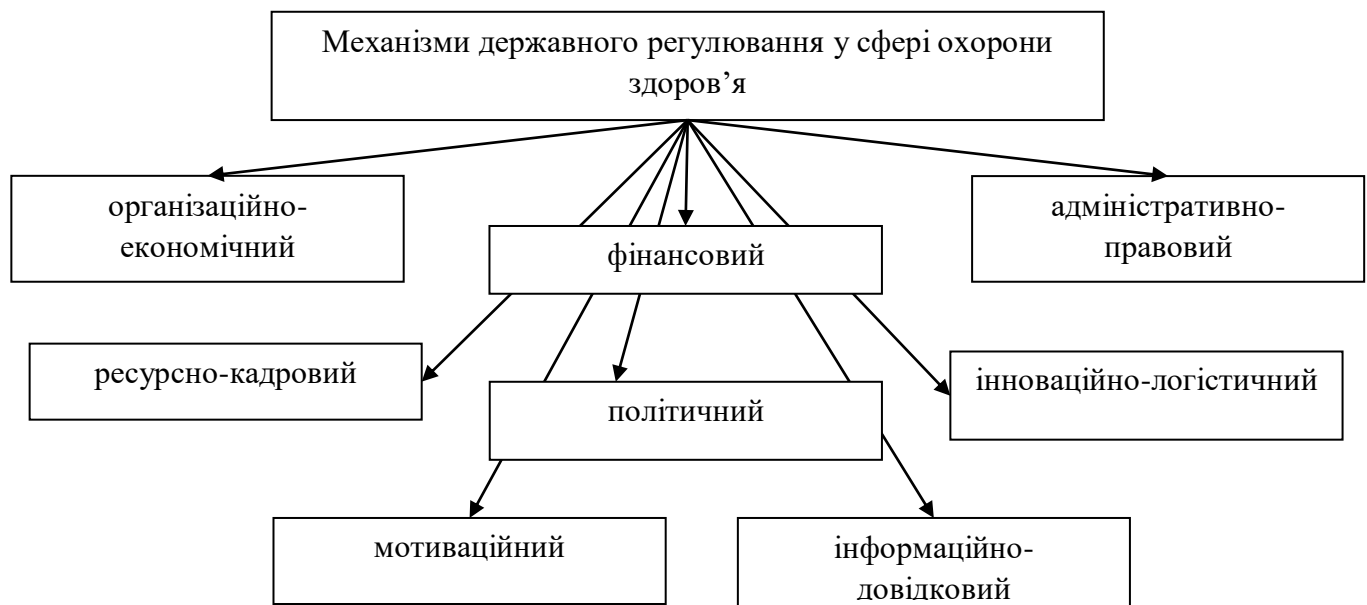


Рисунок 3.2 – Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я

В результаті здійснення таких дій державного впливу (примусу), через механізм державного і місцевого бюджетів, Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування акумулюються кошти (солідарна основа) для забезпечення охорони здоров'я, отримання медичних послуг при стані, що загрожує життю та здоров'ю, на гарантованій та доступній основі, відповідно до затверджених медико–технологічних стандартів, які визначаються Державною програмою гарантованого рівня

медичного забезпечення. Таким чином, сектор загальнодоступної медичної допомоги трактується як державно–солідарний сектор охорони здоров'я.

З огляду на дефіцит бюджетних коштів, прогнозований недостатній обсяг коштів обов'язкового соціального медичного страхування, ми об'єктивно стикаємося з необхідністю та можливістю формування й розвитку сектора додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я.

Сектор додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я має в своїй структурі дві складові:

- суспільно–солідарний сектор охорони здоров'я (лікарняні каси);
- приватно–солідарний сектор охорони здоров'я (добровільне медичне страхування).

З метою розуміння питань розмежування фінансових потоків, які направляються з різних джерел (секторів медичної допомоги) і чіткого визначення організаційної форми пропонується ввести в науковий обіг такі поняття:

– суспільно–солідарний сектор охорони здоров'я – розглядається як добровільне некомерційне громадське об'єднання, створене на основі єдності інтересів для спільної реалізації громадянами, які утворили його, своїх прав і свобод у сфері охорони здоров'я, надання медичної допомоги особам, які її потребують, згідно із затвердженими медико–технологічними стандартами, які визначаються членськими комплексними медичними програмами;

– приватно–солідарний сектор охорони здоров'я – сектор, де грошова компенсація витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг застрахованим особам, здійснюється страховими компаніями на підставі укладених раніше угод про добровільне медичне страхування;

– суспільно–солідарне фінансування охорони здоров'я – фінансове забезпечення медичних послуг в сфері охорони здоров'я солідарно накопиченими коштами членів громадських організацій, основними статутними напрямками діяльності яких є проведення оздоровчих та лікувальних заходів членам організації в рамках затверджених членських

комплексних медичних програм, а також надання заходів сприяння розвитку охорони здоров'я;

– приватно–солідарне фінансування охорони здоров'я розглядається як фінансове забезпечення застрахованим особам повної або часткової компенсації страховою компанією страхових виплат солідарно накопиченими коштами застрахованих осіб за надання лікувальними установами медичних послуг, покриття яких передбачено договорами про добровільне медичне страхування.

Таким чином, надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я необхідно організаційно розділити на три сектори (рис. 3.3).

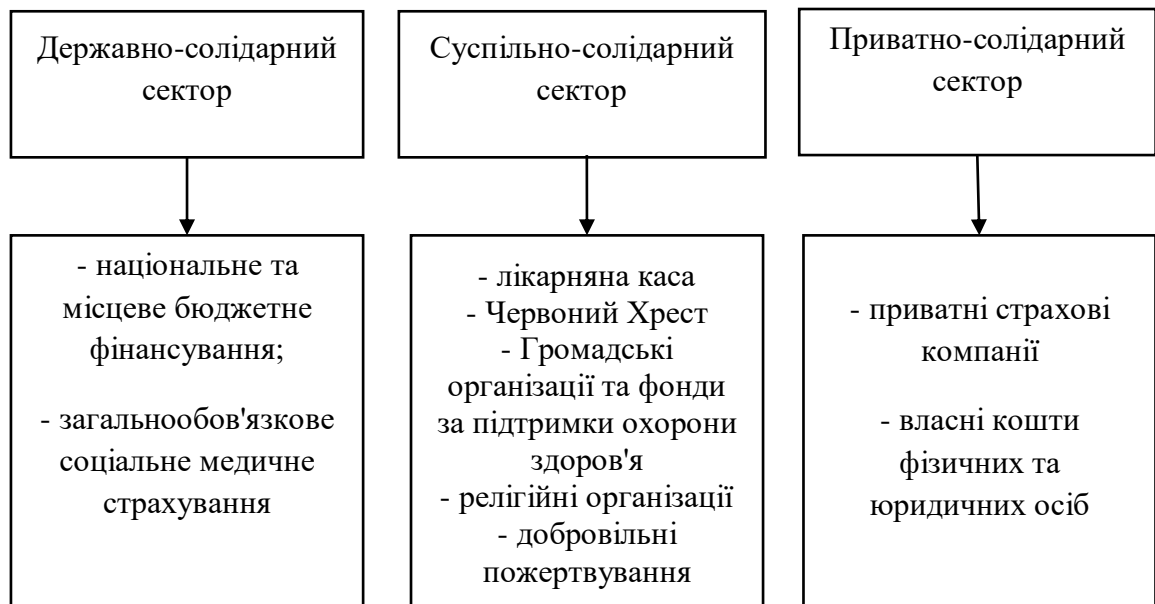


Рисунок 3.3 – Сектори системи охорони здоров'я

Таким чином, 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). 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.

Державне регулювання суспільно–солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких підставах:

- введення в межах державно–солідарного сектора двох рівнів фінансового забезпечення медичних послуг: перший рівень – базовий – життєзабезпечення (за рахунок бюджетних коштів), другий – основний – збереження здоров'я (за рахунок обов'язкового медичного страхування);

- введення в межах суспільно солідарного і приватно–солідарного секторів третього рівня фінансового забезпечення медичних послуг – сервісного (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм добровільного медичного страхування та лікарняних кас).

Задля досягнення оптимізаційного рівня фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, необхідно використовувати запропонований логістичний механізм державного регулювання системою.

Зазначимо, що галузь охорони здоров'я – один з головних показників рівня розвитку держави та окремого регіону. Охорона здоров'я є складною соціально–економічною системою, в якій, як і в багатьох інших багаторівневих системах, логістичний підхід украй затребуваний. Актуальність застосування логістики в сучасній сфері охорони здоров'я обумовлена появою великої кількості бар'єрів, пов'язаних з діяльністю в ланцюгах поставок, що знаходить негативний відбиток у показниках ефективності функціонування.

Поставки лікарських засобів та медичного обладнання різних видів мають високий ступінь відповідальності. Така діяльність зазвичай супроводжується ризиками, що значно перевищують рівень ризику в стандартній ланцюга поставок. Сьогодні велика кількість підприємств, що працюють у медичній, фармацевтичній та біотехнологічній промисловості, потребує постійного вдосконалення логістичного процесу для мінімізації подібних ризиків. Отже, виникає нагальна потреба впровадження

інноваційних логістичних моделей та адаптація вже існуючих різних зарубіжних концепцій інноваційного розвитку логістичних зв'язків.

При виборі компанії, яка буде контролювати логістичний процес, слід врахувати специфіку даної сфери – медицини. При необхідності транспортування клінічних зразків, лікарських засобів, медичного обладнання логістичному підприємству повинні бути представлені вимоги, згідно з якими будуть здійснюватися процеси транспортування, складування, дистрибуції:

1. Транспортування повинне здійснюватися з використанням спеціального виду транспорту, призначеного для ліків і медичної техніки.

2. Необхідно забезпечення спеціалізованими упаковками в разі вимог дотримання певних температурних режимів. Спеціальна упаковка і автомобілі–рефрижератори, контейнери для авіавантажів та постійний моніторинг гарантують, що відправлення будуть перебувати в межах заданої температури протягом усього шляху.

3. Повинен проводитися моніторинг, оновлення статусу замовлення на кожному з етапів перевезення.

4. Безперервне відстеження вантажу – найважливіша складова процесу надійної доставки товару. Персональним доставках приділяється велика увага, інформація про їх проходження відстежується в режимі реального часу за допомогою онлайн системи трекінгу вантажів.

5. Потрібно повне дотримання вимог нормативних актів [82].

Особливістю інноваційної діяльності логістичних компаній в медицині є переважання технологічних інновацій, пов'язаних з впровадженням нового або значно поліпшеного методу організації доставки медичного обладнання. До таких відносять: значні зміни в технології перевізного процесу, транспортних засобах, об'єктах транспортної інфраструктури, інформаційних технологіях, зокрема в додатковому програмному забезпеченні.

У разі необхідності своєчасного отримання всіх необхідних ліцензій для ввезення та вивезення, переказування документів на українську мову та

отримання консультацій з приводу регіональних законодавчих вимог, слід звертатися не просто до кваліфікованих фахівців, а до досвідчених практиків, експертів, яким добре знайома логістика фармації, клінічних досліджень та медицини в цілому. З їх допомогою можна легко подолати всі адміністративні бар'єри, пройти митні процедури і весь логістичний ланцюг поставок.

Для оптимізації єдиної логістичної системи необхідно розглядати сукупність кількох функціональних областей, включаючи їх учасників. За даних обставин медична організація має можливість одноразово приступити до впровадження декількох напрямів, котрі характеризують якість логістичних концепцій, прикладом яких є наступні.

1. Система інтегрованого планування ресурсів або ERP (Enterprise Resource Planning).

Концепція містить у собі такі функції, як прогнозування попиту, управління проектами, витратами, персоналом, фінансами, тим самим дозволяючи медичній організації повністю спланувати свою діяльність.

2. Загальне управління якістю або TQM (Total Quality Management).

Концепція об'єднує технічну сторону та філософію якості. Технічна характеристика якості відображена в міжнародних стандартах ISO 9000. Філософія полягає в повній залученості персоналу медичної організації на всіх етапах. Також TQM передбачає кооперацію з усіма контрагентами логістичної системи, особливо зі споживачами медичних послуг.

3. Система «Точно–в–строк» або JIT (Just In Time).

Система дозволяє організувати логістичні процеси таким чином, що доставка матеріально–технічних ресурсів і, відповідно, виконання медичних послуг могли здійснюватися в необхідному обсязі, в потрібному місці й в певний час. Завдяки JIT, стає можливим зниження запасів, а, отже, до скорочення складських площ. Ефективне використання обладнання сприяє зниженню невиробничих операцій, скорочує терміни обстеження пацієнта в поліклініці і терміни перебування в стаціонарі. Як результат, підвищується

якість наданої медичної допомоги. Концепція «точно–в–строк» лягла в основу створення двох наступних логістичних концепцій.

4. Струнке виробництво або LP (Lean Production).

Стосовно до медичної організації струнке виробництво поєднує в собі високу якість, низький рівень запасів, висококваліфікований персонал і «гнучке» обладнання, основний акцент зроблений на усунення непотрібних операцій (необґрунтовані повторні лабораторні тести, очікування в черзі тощо). При порівнянні з масовим виробництвом можна відзначити, що в даному випадку йде зниження запасів і часу, отже, зменшуються втрати від невідповідного надання медичних послуг. Але принцип «чим більше обсяги, тим нижча собівартість» зберігається.

5. Логістика доданої вартості або Value added logistics.

Основне правило полягає в тому, що абсолютно будь–яка операція збільшує вартість послуги. Але так як додавання вартості не завжди пов'язано зі збільшенням корисності, виникає питання про те, які процеси повинні стати базовими і лягти в основу послуги, що надається більшості споживачів. Всі додаткові операції в такому випадку називають логістикою з доданою вартістю.

6. Товарно–матеріальні запаси, керовані постачальником, або VMI (Vendor Managed Inventory).

Концепція створена на базі системи управління запасами постачальника із застосуванням інформаційних технологій. Медична організація обумовлює з постачальником верхні і нижні межі розміру запасів, після чого постачальник самостійно організовує свою роботу таким чином, щоб постійно підтримувати необхідний рівень запасів споживача.

7. Логістика, орієнтована на час, або TBL (Time–based Logistics).

Суть концепції полягає в оптимізації часу кожного етапу життєвого циклу медичної послуги від її планування і до відстеження долі пацієнтів після надання медичної допомоги [99].

Окремим напрямком в діяльності медичної організації має стати управління ризиками в логістиці якості. Ризик-орієнтований підхід дозволить своєчасно виявляти, оцінювати ризики, пов'язані з якістю та безпекою медичної діяльності, а також розробляти превентивні заходи, сфокусовані на ліквідації, мінімізації, передачі або страхування ризиків.

Таким чином, для реалізації логістичної стратегії в медицині потрібна грамотна система планування, гнучкість і, що найважливіше – інформація. Крім того, закордонний досвід вказує на те, що ефективне управління логістикою неможливо без оперативного інформаційного обслуговування, що забезпечує швидкий документообіг і створення єдиного інформаційного простору, що сприяє надійної та безперебійної роботи медичних установ, допомагає оптимізувати потік вантажоперевезень лікарських засобів і медичного обладнання в регіонах.

У свою чергу, медичному персоналу логістика допомагає повністю сконцентруватися на лікуванні і турботі про пацієнтів. Оптимізація, що забезпечує більш ефективну роботу медичного персоналу, скорочення відходів в ланцюгах поставок, надання якісних послуг та вирішення поставлених замовником завдань точно в термін є пріоритетами логістики в медицині.

Таким чином, завдяки розвитку інновацій та застосування інноваційного підходу до медичної логістики, вдасться створити контрольовану і регульовану середу для ефективного виконання різних логістичних процесів в сфері охорони здоров'я і, як наслідок, підвищити окремі показники рівня розвитку регіонів.

Медицина потребує постійного вдосконалення, як окремих її елементів, так і всієї системи в цілому. Логістика в медицині вимагає правильної організації всіх процесів і професійно виконаних логістичних операцій, під час виконання яких прагнення до постійного поліпшення є обов'язковою умовою для безперебійної поставки лікарських засобів і медичного обладнання, досягнення ефективності витрат, а в результаті – конкурентних

переваг. Проблема застосування логістичної концепції в медичних установах тісно пов'язана з впровадженням та розвитком інноваційних технологій.

Інновації в логістиці – найбільш актуальна складова логістичної діяльності, покликана вивчати необхідність і можливість впровадження прогресивних інновацій в організацію поточного та стратегічного управління потоковими процесами з метою виявлення і використання додаткових резервів шляхом раціоналізації (оптимізації) цього управління.

На даному етапі розвитку держави, важливим елементом діяльності інноваційних систем в логістиці стають управління нововведеннями і оцінка інвестицій, а також логістична координація в процесі вироблення рішень, що стосуються продуктових або процесних інновацій. Транспортні інновації використовуються в організації та управлінні, як сферою матеріального виробництва, так і невиробничої сферою, до якої відноситься охорону здоров'я. При цьому, логістичні інновації, відчуючи необхідність регулярної реновації технічних засобів, активно впливають на розвиток науково–технічного прогресу.

Разом з цим, у практичній охороні здоров'я система інформаційного забезпечення громадян стає повсякденною потребою, яка зумовлена зростаючими обсягами даних і необхідністю активної участі самого пацієнта в лікувальному процесі. В охороні здоров'я якість інформації характеризується її основними властивостями: об'єктивність, повнота, достовірність, адекватність, доступність, актуальність.

В рамках управління охороною здоров'я України реалізовані в основному процеси узагальнення та надання на більш вищій рівень агрегованої інформації. При цьому відсутня можливість, по–перше, перевірити таку інформацію на предмет достовірності, а, по–друге, оперативне змінення складу й форми подання агрегованої інформації в залежності від характеру розв'язуваних управлінських завдань.

Інформаційні системи в охороні здоров'я проектуються і розробляються децентралізовано в умовах відсутності єдиної методології, а

тому не дозволяють розглядати і аналізувати діяльність системи охорони здоров'я в цілому.

Медичні організації акумулюють значні обсяги інформації, яка повинна бути конфіденційною. У той же час питання інформаційної безпеки при проектуванні та експлуатації інформаційних систем охорони здоров'я історично не були пріоритетними.

За даними досліджень бостонської клініки Brigham and Women's Hospital, сьогодні налічується понад 10000 захворювань, 3000 міжнародних непатентованих назв лікарських препаратів, 300 різних радіологічних процедур і 1000 лабораторних досліджень. Практикуючий лікар повинен пам'ятати про 4000 активно використовуються в світі медикаментах, серед яких зафіксовано понад 2000 взаємодій, істотно впливають на можливість їх застосування при тій чи іншій патології.

Тому головне завдання інформаційно–комунікаційних технологій (ІКТ) в охороні здоров'я полягає в забезпеченні безпеки пацієнта. Виходячи з цього, інформатизація охорони здоров'я в країнах Європейської співдружності йде по шляху створення систем підтримки лікарських рішень, створення нового інформаційного середовища його діяльності, що дозволяє звертатися до професійних інформаційних ресурсів (інформаційно–довідкових систем і тематичним форумам), здійснювати навігацію між професійними асоціаціями та визнаними експертами . Це створює середовище безперервної освіти лікарів за допомогою регулярного моніторингу останніх досягнень в області медицини і фармацевтики.

Системи комп'ютерної підтримки лікарських призначень дозволяють майже на 80% скоротити кількість лікарських помилок при призначенні ліків і на 55% знизити несприятливі побічні реакції. В окремих країнах лікар не може отримати ліцензії на професійну діяльність без відповідних знань в області інформаційних технологій (наприклад – в Нідерландах).

Сьогодні рівень інформатизації та використання інформаційних технологій в медичних установах різних, немає однаковості програмного

забезпечення, відчувається серйозний недолік фінансових коштів. У програмі модернізації охорони здоров'я були виділені кошти для вирішення цих завдань, але поки результати не очевидні. Залишаються значимими проблемами: питання класифікації і термінології інформаційних систем в охороні здоров'я, визначення основоположною мети інформатизації, розробка і впровадження стандартів щодо забезпечення сумісності різних інформаційних систем в охороні здоров'я, створення нормативно закріплених стандартів електронної медичної документації та інші.

Дуже актуальними є питання забезпечення працездатності систем в медичних організаціях, їх технічне обслуговування та супровід програмного забезпечення. Все це вимагає фінансування, виділення штатів, нормативного регулювання і досвідченого керівництва.

Створення системи інформаційного забезпечення великого науково–клінічного центру має на увазі організацію його інформаційного простору з метою своєчасного надання максимально повних, достовірних, об'єктивних відомостей співробітникам і пацієнтам для оптимізації лікувально–діагностичного процесу і науково–практичної діяльності.

В якості основної системоутворюючої структури єдиного організаційного та інформаційного простору центру може виступати інформаційна система, що надає реальну можливість управління складними лікувально–діагностичними процесами, диверсифікації медичних послуг і раціонального використання фінансових коштів.

Інформаційне забезпечення медичного закладу дозволяє значимо збільшити ефективність діяльності і передбачає вирішення таких пріоритетних завдань:

- перехід установи до інноваційного соціально орієнтованого типу розвитку;
- реалізація системи стандартизації в галузі охорони здоров'я з метою впровадження сучасних медичних технологій надання медичної допомоги;

- конкретизація виконання державних гарантій щодо видів, обсягів, порядку та умов надання безкоштовної медичної допомоги в умовах зміни правил обов'язкового медичного страхування;

- розвиток системи добровільного медичного страхування;

- раціональне використання і планування ресурсів установ;

- забезпечення високої якості адміністрування в сферах надання медичних послуг та економіки;

- підвищення професійного рівня кадрів;

- створення внутрішньої комплексної системи інформування та оповіщення пацієнтів;

- поліпшення умов доступу співробітників і пацієнтів до ресурсів.

Інформаційне забезпечення діяльності медичної установи – складний і трудомісткий процес, спрямований на вирішення професійних, організаційних і соціальних завдань. Це, перш за все, формування і структурування інформаційного простору медичного закладу з використанням всієї сукупності інформаційних ресурсів та інформаційних технологій з метою оптимізації діяльності організації.

Інформаційне забезпечення науково–клінічного центру повинно бути направлено на створення і розвиток таких основних блоків:

1. Інформація про медичний заклад
2. Нормативно–правова база, яка регламентує медичну діяльність
3. Медична інформаційна система
4. Робота в зовнішніх інформаційних системах і порталах

Цікавим рішенням проблеми забезпечення доступності інформації шляхом об'єднання існуючих в установі незалежно один від одного інформаційних систем та інформаційних потоків є створення інформаційного центру. Інформаційний центр багатопрофільного медичного закладу – це структура, що забезпечує централізований доступ до всього обсягу актуальної інформації, необхідної для навчання нових співробітників,

ознайомлення з історією і роботою клініки пацієнтів і відвідувачів.

Основними напрямками діяльності є:

- освітній;
- довідковий;
- архівний;
- представницький.

Освітня функція полягає в роботі з знову які надходять на роботу співробітниками, кожен з яких в рамках інструктажу при влаштуванні на роботу проходить обов'язкове навчання в інформаційному центрі. В ході навчання співробітники виходять інформацію про історію та сьогоднішній структурі клініки, основних підрозділах і їх функціях, лікарі навчаються роботі з медичною інформаційною системою, довідковими правовими системами, мережею Інтернет. Безумовно, передати всю наявну інформацію в рамках одного заняття неможливо, тому кожному знову працевлаштовують співробітнику надається можливість розширити свої пізнання в тому чи іншому напрямку, самостійно звернувшись до ресурсів Інформаційного центру.

Довідкова (інформує) діяльність полягає в наданні в зручній формі актуальної інформації про діяльність установи та «націлена» на три групи «реципієнтів інформації»:

- співробітників (як нових, так і діючих);
- пацієнтів (та візитних їх родичів);
- відвідувачів клініки (колег з інших медичних організацій, страхових компаній, учасників науково–практичних конференцій).

Ресурси Інформаційного центру дозволяють здійснювати доступ до медичної інформаційної системи, мережі Інтернет, довідковим правовим системам, бібліотекам, web–конференцій тощо. Інтерактивні стенди варто згадати окремо – вони являють собою комп'ютерні термінали, що містять різні презентаційні, фото– і відеоматеріали по тієї чи іншої тематики і

дозволяють надавати доступ до великого обсягу інформації в обмеженому просторі.

Важливим розділом діяльності інформаційного центру є його архівна функція – збір, систематизація, зберігання і надання інформації, що утворюється в процесі роботи клініки і що стосується всіх аспектів життя установи. Таким чином, Інформаційний центр дозволяє простежити хід розвитку різних напрямків діяльності клініки, визначити тенденції і подальші цілі.

Представницька функція інформаційного центру реалізується як шляхом його використання в якості конференц-залу для проведення відеоконференцій, вебінарів, прес-конференцій та інших зібрань, так і при використанні можливості за короткий період часу надати бажаючим інформацію по цікавлять.

Важливою умовою результативності діяльності інформаційного центру є його структура, що забезпечує швидкий і простий доступ до наявної інформації. До складу Інформаційного центру доцільно включити:

1. комп'ютерний клас, що включає робоче місце викладача, робочі місця слухачів;
2. зали з постійно поновлюваними наочними і інтерактивними стендами, присвяченими різним структурним підрозділам і окремим аспектам життя установи;
3. демонстраційний зал, що представляє розвиток діагностичних і лікувальних методик клініки з моменту її створення по сьогоднішній день і має в своєму складі як інтерактивні і наочні стенди, так і реальні експонати – зразки і тренажери діагностичного та лікувального обладнання.

Велика кількість інформації, що потребує постійного оновлення та подання в наочній і доступній формі, обумовлює необхідність залучення для забезпечення роботи Інформаційного центру кваліфікованих фахівців за профілями і програмістів.

Безумовно, за рамками статті залишаються дуже багато цікавих аспекти використання інформаційних ресурсів для співробітників медичного закладу і їх партнерів по професійної та комерційної діяльності, однак, ці теми можна присвятити ще не одну статтю.

На закінчення обговорення актуальної і важливої теми організації інформаційного простору медичного закладу і використання сучасних інформаційних технологій в медицині необхідно відзначити, що соціально–економічна обстановка вимагає серйозного підвищення ефективності діяльності медичних організацій. Практика показала, що одним з механізмів, що дозволяє істотно підвищити ефективність, є впровадження комплексної інформаційної системи. Крім того, багаторічний досвід використання інформаційних технологій дозволив нам перетворити інформаційний простір науково–клінічного центру в середу узгодження сторін:

- медиків і пацієнтів,
- процесів виробництва і споживання медичних послуг,
- інфраструктуру управління і потоків ресурсів великого федерального науково–клінічного закладу.

3.3 Оцінка перспективної результативності удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України

Удосконалення системи охорони здоров'я передбачає проведення ряду заходів і впровадження сучасних механізмів державного регулювання охорони здоров'я в Україні. Серед основних механізмів, виділених нами для вдосконалення, виділяється професійно–кадрове забезпечення галузі охорони здоров'я, логістичний та інформаційний механізм, а також механізм фінансового забезпечення державного регулювання системою охорони здоров'я.

Основні заходи, які ми пропонуємо вдосконалити в ході розробки механізму професійно–кадрової та ресурсної оптимізації полягають в тому, що необхідно раціонально розподілити завдання і обов'язки між кадрами медичних працівників, раціональне використання ресурсів при отриманні медичних послуг пацієнтів в будь–яких медичних організаціях.

Розроблений механізм дозволяє розраховувати коефіцієнти завантаження медичного персоналу, в тому числі керівної ланки медичних закладів, розраховувати його оптимальну чисельність, проектувати штатний розклад, визначати плановану і фактичну потужність медичних установ з урахуванням прогнозів, розраховувати необхідний обсяг ресурсів (медичної продукції) для якісного надання медичних послуг.

При моделюванні розробленого механізму ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я ми вирішуємо низку наступних завдань:

- визначаємо оптимальну кількість медичного персоналу;
- розрахуємо оптимальні коефіцієнти та їх завантаження (з урахуванням необхідного підготовчого часу);
- розрахуємо та оптимізуємо показники черг, мінімізацію кількості необслужених пацієнтів;
- спроекуємо та оптимізуємо організаційну структуру та штатного розкладу.

Однією з умов досягнення поставлених цілей ми вважаємо вирішення питання оптимального планування й використання ресурсів в досліджуваній сфері. Оптимальне планування та використання ресурсів у сфері охорони здоров'я України можливе тільки при досить точному прогнозуванні потоків пацієнтів, від інтенсивності яких залежить діяльність медичних установ, їх матеріальні, кадрові та фінансові ресурси. Застосування розробленого механізму дозволить вирішити задачу підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення шляхом розрахунку необхідної кількості медичного персоналу, його рівня завантаження, кількості ліжкового фонду та його обороту, скорочення часу очікування прийому лікаря.

Провідна роль кадрів, а також їх значимість в діяльності галузі, пояснюються тим, що обсяги фінансового та матеріально–технічного забезпечення системи охорони здоров'я при створенні відповідних умов, формуються і відтворюються швидше, ніж її кадровий потенціал. Відновлення, стабілізація та ефективне використання професійних кадрів реально можна здійснити лише після закінчення декількох років або навіть десятиліть. Розвиток охорони здоров'я залежить від професійного рівня та якості підготовки медичних кадрів. В даний час дефіцит кадрів, це основна проблема, якою займається держава протягом останнього десятиліття. Зростаючий дефіцит медичного персоналу в районах області та зниження укомплектованості, робить негативний вплив на діяльність обласного охорони здоров'я і може призвести до зниження доступності та якості безкоштовної медичної допомоги, особливо в сільській місцевості, а також неможливості виконання стандартів і порядків надання медичної допомоги на належному рівні, відсутність житла, низький престиж професії медичного працівника. Брак медичних кадрів у сільській місцевості обумовлена низькою заробітною платою, неможливістю в кар'єрному зростанні, віддаленість сільських населених пунктів від міст.

Заходи, спрямовані на вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я:

1. Організація планування кадрового забезпечення з урахуванням потреб населення у медичній допомозі;
2. Удосконалення умов і механізмів прийому абітурієнтів, з метою подальшого їх працевлаштування в медичні організації області;
3. Створення умов для безперервного навчання медичного персоналу;
4. Проводити моніторинг кадрового складу охорони здоров'я області, створити електронний банк вакансій;
5. Формування та розширення системи матеріального і морального стимулу медичного персоналу.

Вищеописані заходи приведуть до поліпшення наступних результатів в кадровій політиці:

- підвищення укомплектованості та забезпеченості медичних організацій медичним персоналом;
- підвищення ефективності підготовки медичних фахівців; – підвищення рівня соціальної підтримки медичних кадрів;
- створення баз даних вакантних посад для широкого доступу фахівців в системі охорони здоров'я;
- збільшення заробітної плати;
- підвищення престижу професії медичного працівника;
- поліпшення умов праці медичних працівників.

Одним з напрямків державного регулювання може стати вдосконалення кадрового механізму з використанням концепції сталого розвитку медичної організації. Тим самим, до позитивних результатів впровадження моделі сталого розвитку організації в частині вдосконалення кадрового механізму можна віднести:

- підвищення задоволеності персоналу роботою в медичній організації;
- підвищення результативності ключових показників діяльності персоналу інституту;
- поліпшення основних показників діяльності підрозділів.

Розроблений механізм кадрового забезпечення галузі дозволить нам досягнути наступних результатів:

- забезпечити необхідні кількісні показники кадрових ресурсів галузі охорони здоров'я в Україні;
- досягти оптимального забезпечення безперебійної та якісної роботи кількісного показника медичного персоналу в галузі;
- підвищити статус медичних працівників в суспільстві;
- забезпечити якісні показники кадрових ресурсів, які передбачають досягнення високого рівня професійної освіти і професійної підготовки медичних працівників усіх рівнів медичного обслуговування в системі

охорони здоров'я, мотивацію до професійної діяльності і високий рівень задоволеності скрутному, готовність медичних працівників здійснювати якісну професійну діяльність;

– створити повноцінну й збалансовану систему кадрового забезпечення всієї системи охорони здоров'я.

Ключовими аспектами реалізації державного регулювання в сфері вітчизняної охорони здоров'я є створення умов, при яких процеси надання медичних послуг реалізуються ефективно і досягаються задані значення цільових індикаторів. Однією з умов досягнення поставлених цілей є вирішення питання оптимального планування і використання ресурсів в досліджуваній сфері.

Оптимальне планування і використання ресурсів у сфері охорони здоров'я можливо тільки при досить точному прогнозуванні потоків пацієнтів, від інтенсивності яких залежить діяльність медичних установ, їх матеріальні, кадрові та фінансові ресурси. Застосування розробленого механізму дозволить вирішити задачу підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення шляхом розрахунку необхідної кількості медичного персоналу, його рівня завантаження, кількості ліжкового фонду та його обороту, скорочення часу очікування прийому лікаря.

Вирішуючи проблему державного регулювання механізмом кадрового та ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я, ми пропонуємо забезпечення високої якості кадрового потенціалу, котре буде виступати як вирішальний фактор ефективності в системі надання медичної допомоги та досягнення високої конкурентоспроможності послуг як окремих медичних установ, так і всієї системи охорони здоров'я в цілому.

Для ефективного вдосконалення кадрового і ресурсного забезпечення галузі охорони здоров'я в Україні важливим моментом виступає державне регулювання удосконаленням фінансового забезпечення системи. З цією метою нами був розроблений механізм удосконалення існуючої в Україні державно–комунальної моделі охорони здоров'я повинне бути проведене

шляхом створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я.

Розроблена модель фінансового забезпечення державного регулювання системою охорони здоров'я дозволяє досягати таких результатів:

- визначити стратегічно оптимальний рівень фінансування охорони здоров'я за допомогою річного подушного фінансового індексу, спираючись на досвід країн з ефективним охороною здоров'я;

- встановити порічні темпи збільшення фінансування охорони здоров'я з метою максимально швидкого досягнення стратегічно оптимального подушного фінансового індексу за порівняно короткий період часу. На наш погляд, найбільш оптимальним буде термін в 5 років, з максимальними межами в 8–9 років. Тим самим можливо буде визначити настання періоду високорезультативних дії сфери охорони здоров'я і вихід системи з існуючої кризи;

- законодавчо встановити перелік джерел для фінансового накопичення консолідованої порічної величини бюджетного обсягу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Такий обсяг включає в себе центральний бюджет, регіональний бюджет, обов'язкове і приватне страхування, пряму оплату за медичні послуги, податок на товари, шкідливі для здоров'я (тютюнові та алкогольні вироби), податок на підприємства, які забруднюють навколишнє середовище, а також спонсорські фонди;

- встановити стратегічну і поточну величину заробітної плати медичним працівникам, ґрунтуючись на сучасну вартість медицини і медичного праці, спираючись на досвід високорозвинених країн, з визначенням мінімального початкового рівня оплати праці, здатного вивести трудову мотивацію медичних працівників з існуючої фінансової ями на гарантований рівень якісної діяльності.

Процес вдосконалення системи державного регулювання фінансуванням охорони здоров'я дозволить організувати тісний взаємозв'язок

між розмірами фінансування медичних установ і обсягом, і якістю надаваних ними послуг. При цьому система фінансування буде забезпечувати підвищення ефективності застосування ресурсів медичних установ і якість надання медичної допомоги.

Пропоновані моделі організації фінансового механізму державного регулювання охороною здоров'я дозволять також збільшити обсяги фінансування охорони здоров'я спираючись на можливості консолідованого бюджету і вдосконалити методики встановлення тарифів на медичні послуги, враховуючи рівні надання медичної допомоги.

Впровадження солідарної системи фінансового забезпечення системи охорони здоров'я дозволить виробити економічний ресурс і зберегти досить високий соціальний потенціал. Разом з тим в результаті використання запропонованої фінансової моделі можливо досягти раціоналізації цілей, функцій і завдань інфраструктури охорони здоров'я, тим самим оптимізувати організаційно–функціональну і якісно–медичну складову.

При оптимізації зазначених складових фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я можливе розширення спектру спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги всім верствам населення, підвищення оперативності та доступності для всіх верств населення висококваліфікованою медичною допомогою.

Крім цього, запропоноване державне регулювання фінансовим забезпеченням дозволить забезпечувати прозорість фінансових потоків в охороні здоров'я при виконанні гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги та наданні платних медичних послуг, здійснити перехід на подушний принцип фінансування охорони здоров'я на всіх етапах руху фінансових ресурсів галузі (формуванні, розподілі та витрачанні фінансів) , удосконалювати механізми фінансового вирівнювання умов надання медичної допомоги, беручи до уваги державні гарантії по регіонах і вводити стандарти для технології діагностики і лікування, розробити і застосувати нормативи ресурсної забезпеченості охорони здоров'я.

Серед важливих результатів впровадження запропонованої фінансової моделі забезпечення галузі охорони здоров'я України можна також виділити можливість розробити систему замовлень і договорів на надання медичної допомоги населенню закладами охорони здоров'я, тим самим дозволяючи створювати в системі охорони здоров'я ефективного конкурентного середовища, залучаючи також до реалізації програм державні гарантії надання безкоштовної медичної допомоги організації недержавного сектора і забезпечувати підвищення якості наданих медичних послуг.

Використання секторів здійснення медичної допомоги, запропоновані в рамках державного регулювання галузі, дозволить впровадити індикатори результативності витрат державних коштів за допомогою переходу на фінансування медичних установ, спираючись на результати їх роботи, сформувані єдину систему обов'язкового медично–соціального страхування, тим самим підвищуючи ефективність управління фінансовими засобами обов'язкового медичного і соціального страхування.

Таким чином, державне регулювання фінансовою сферою в системі охорони здоров'я направлено на збільшення частки фінансування медичних установ для забезпечення необхідного рівня розвитку профілактичного напрямку їх роботи і вдосконалення системи медичного страхування. Досягнення фінансової рівноваги буде можливо за допомогою використання коштів бюджетів усіх рівнів, медичного і соціального страхування, підприємств і організацій, а також особистих коштів громадян.

Задля досягнення оптимізаційного рівня фінансового забезпечення галузі охорони здоров'я, необхідно використовувати запропонований логістичний механізм державного регулювання системою.

Забезпечення безперебійних поставок сировини для виготовлення виробів медичного призначення призводить до зменшення простоїв на виробництві. Розвинена транспортно–логістична система гарантує своєчасне виконання замовлень як на регіональному, так і на муніципальному рівні.

Застосування інновацій в такому випадку є необхідною умовою для поліпшення всієї системи в цілому.

Доцільність відокремлення гілки логістики, пов'язаної з охороною здоров'я, обґрунтовується проникненням логістичних принципів в управління галуззю. Крім того, слід звернути увагу на те, що створення підрозділу логістики в медико–виробничих організаціях супроводжується визначенням зон відповідальності, повноважень і механізму взаємодії з іншими підрозділами медико–виробничих організацій, лікувальними та господарськими службами.

Визначаються також основні показники ефективності для оцінки роботи логістичної служби та порядок наділення ресурсами для їх раціонального використання. Це дозволить намітити варіант і вибрати тип організаційної структури, а також порядок взаємодії груп і окремих виконавців підрозділу з урахуванням забезпечення їх ресурсами для реалізації бізнес–процесів. Конкретні показники ефективності роботи підрозділу в цілому будуть основними і для індивідуальних мотиваційних показників співробітників. Як показники ефективності можуть бути витрати, якість і продуктивність праці.

Науковий підхід має на увазі обов'язкове вивчення основ технології в кожній ланці логістичного ланцюжка медико–виробничих організацій. Це особливо важливо в умовах, коли підготовка фахівців з логістики ведеться з орієнтацією на окреме конкретне ланка логістичного процесу. Найчастіше фахівці з логістики орієнтовані на транспорт, склад або постачання, що не дозволяє їм охопити всю технологію в логістичному ланцюжку, забезпечуючи раціональне взаємодія всіх учасників.

Ефективність державного регулювання логістичними механізмами в системі охорони здоров'я дозволить досягти таких результатів:

– здійснювати закупівлю оптимальної номенклатури лікарських засобів за співвідношенням ефективність – ціна, використовуючи створені

формулярні списки і переліки основних лікарських засобів на всіх рівнях надання медичної допомоги;

– відбирати надійних постачальників якісної продукції, тим самим досягаючи успішного функціонування закупівель, безпосередньо залежить від здатності знаходити постачальників і розвивати відносини з ними, аналізувати їх можливості, вибираючи відповідного постачальника, налагоджуючи і удосконалюючи спільну діяльність;

– забезпечити своєчасну поставку лікарських засобів, з огляду на необхідну кількість лікарських засобів на складах, а також їх правильний розподіл в аптеки і установи охорони здоров'я;

– підвищити конкурентоспроможність, ґрунтуючись на контролі витрат, пов'язаних із закупівлями, оптимізувати розміри витрат, які залежить від дістрібюції і впровадження досягнень технічного процесу, тим самим знижувати адміністративні витрати на виконання закупівельної діяльності і тимчасові витрати на технологічні операції;

– забезпечити безперервний потік лікарських засобів, знижуючи дефіцит, що призводить до економічних і соціальних втрат, створити оптимальний запас, який передбачає підтримку безперервного потоку для нормального функціонування систем медичної і фармацевтичної допомоги.

В основі логістичного управління ресурсним забезпеченням медичними виробами лежить ідея безперервного моніторингу всієї логістичної ланцюга. Погляд на ресурсне забезпечення медичної організації в даному ракурсі відкриває безліч переваг.

Учасники лікувально–діагностичного процесу отримують можливість впливати на характеристики і асортимент продукції, що закуповується, що сприяє поліпшенню якості медичної допомоги. Керівництво отримує можливість побачити наскільки ефективно використовуються ті чи інші ресурси виявити джерела втрат, оптимізувати діяльність співробітників з метою поліпшення кінцевих результатів діяльності установи. Ефективне використання принципів і методів логістики дозволяють керівництву

медичних організацій різних господарсько–правових форм вивільнити фінансові кошти на додаткові потреби.

Виходячи із закордонного досвіду, питання формування та розміщення замовлень на закупівлі витратного майна входять в обов'язки спеціально створених структурних підрозділах, при цьому питання визначення потреби з обов'язковою оцінкою задоволеності закріплені за визначеними групами медичного й управлінського персоналу.

Впровадження адекватних методів планування, максимально повного проведення моніторингу потреб, обліку використання медичних виробів відбивається на фінансовій самостійності, сприяє підвищенню ефективності діяльності, розширюючи можливості вибору ресурсів для надання якісної медичної допомоги та, в цілому, позитивно впливає на задоволеність населення медичним обслуговуванням.

Розробка комплексної інформаційної системи, яка пропонується, є ще одним важливим напрямом організації державного регулювання галузі охорони здоров'я. Охорона здоров'я – галузь, де вимоги до точності і оперативності інформації особливо високі. Інформаційні технології здатні заповнити існуючі прогалини і оптимізувати процеси отримання, зберігання і надання медичних даних, тобто істотно полегшити працю медичного персоналу і підвищити якість обслуговування.

Використання медичної інформаційної системи в практиці медичного закладу дозволяє автоматизувати ведення електронних медичних карт, що забезпечує скорочення часу обробки медичної документації та оперативний доступ до медичної інформації всім фахівцям, здійснювати повноцінне ведення фінансового обліку і аналізу обсягів послуг, наданих закладом, окремими підрозділами та конкретними виконавцями.

Однією з найважливіших функцій медичної інформаційної системи є планування і оптимізація використання ресурсів (контроль ліжкового фонду, план госпіталізації, план виписки, складання графіків роботи лікарів, графіків використання приміщень і обладнання, призначення хворим часу прийому у

лікаря або проходження процедури тощо). Для прийняття управлінських рішень система в автоматичному режимі й за запитом може генерувати звітну і аналітичну документацію по всій базі наявних даних.

Система дозволить забезпечити вирішення комплексу задач за наступними напрямками:

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

- підвищення якості надання медичної допомоги на основі вдосконалення інформаційно–технологічного забезпечення діяльності медичних і фармацевтичних організацій, їх персоналу, учнів медичних і фармацевтичних установ, студентів медичних і фармацевтичних середніх професійних та вищих навчальних закладів, науково–дослідних організацій;

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

В рамках створення системи забезпечується інформаційно–технологічна підтримка наступних процесів в Міністерстві охорони здоров'я і соціального розвитку України:

- комплексний аналіз реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, включаючи аналіз реальної собівартості наданої медичної допомоги, моніторинг її відхилення від вартості медичних послуг, розрахованої виходячи з тарифів, порівняльний аналіз показників здоров'я населення в регіонах, оцінку якості роботи закладів охорони здоров'я на підставі розроблених критеріїв, прогнозування розвитку охорони здоров'я, обґрунтування пріоритетних напрямків проведення лікувально–

профілактичних заходів і здійснення моніторингу за окремими нозологічними формами;

– моніторинг оснащення медичних організацій необхідними матеріально–технічними ресурсами, аналіз відповідності матеріально–технічної забезпеченості організацій стандартам оснащення, оптимізація закупівель витратних матеріалів і комплектуючих, моніторинг завантаженості високотехнологічного медичного обладнання, аналіз інформації про стан, експлуатації та використанні програмно–технічних засобів;

– моніторинг кадрового забезпечення та кадрових потреб в частині медичних і фармацевтичних працівників, планування обсягів і структури підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних кадрів, контроль за своєчасним проходженням навчання, оцінка кваліфікації медичного та фармацевтичного персоналу і ув'язка рівня його заробітної плати з якістю і обсягом наданої медичної допомоги;

– комплексний аналіз впливу прийнятих управлінських рішень на забезпеченість галузі ресурсами, в тому числі фінансовими, ефективність їх використання, забезпечення гарантій надання медичних послуг в необхідному обсязі і відповідно до стандартів якості.

В рамках створення системи забезпечується інформаційно–технологічна підтримка наступних процесів в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, які здійснюють діяльність з надання державних і муніципальних послуг в сфері охорони здоров'я, фондах обов'язкового медичного страхування і страхових медичних організаціях:

- прогнозування потреби в медичній допомозі на підставі даних про рівень і характер захворюваності по різних нозологічних форм, груп населення, територіальним та іншими ознаками, планування проведення профілактики з урахуванням результатів соціально–гігієнічного моніторингу, планування витрат на надання медичної допомоги необхідного обсягу та якості на підставі диференційованих тарифів, стандартів медичної допомоги,

виходячи з порівняння розрахункової потреби в фінансових коштах з реальними витратами попередніх періодів;

- оцінка ефективності витрачання фінансових коштів і контроль за наданням медичних послуг і оборотом лікарських препаратів за виписаними рецептами з урахуванням медичних та медико–економічних стандартів, переліків лікарського забезпечення окремих категорій громадян, реальної собівартості наданої медичної та лікарської допомоги й величини її відхилення від вартості даних послуг, розрахованої виходячи з встановлених тарифів;

- моніторинг виконання державного та муніципального замовлення на поставку лікарських засобів та виробів медичного призначення.

Окрім цього також забезпечується інформаційно–технологічна підтримка наступних процесів в органах виконавчої влади, які здійснюють діяльність з контролю і нагляду в сфері охорони здоров'я:

- облік виданих, анульованих, зупинених і відновлених ліцензій, дозволів, сертифікатів, висновків про відповідність, реєстраційних посвідчень, а також облік об'єктів ліцензування в сфері охорони здоров'я на підставі юридично значимих даних первинного обліку;

- контроль за дотриманням гарантованого обсягу і якості надання медичної допомоги з урахуванням медичних та медико–економічних стандартів, моніторинг відпускних і закупівельних цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення, аналіз відповідності наданих лікарських засобів гарантованим списками лікарського забезпечення певних категорій громадян, а також раціональності їх призначення на основі використання формулярної системи, контроль якості та безпеки лікарських засобів на фармацевтичному ринку на підставі юридично значимих даних первинного обліку.

Таким чином, для здійснення державного регулювання системою охорони здоров'я України ми пропонуємо використовувати запропоновані механізми забезпечення якості та ефективності послуг сфери охорони

здоров'я, серед яких ресурсно–кадровий механізм, фінансовий, логістичний та інформаційний. Комплексне застосування запропонованих моделей і механізмів дозволить досягти наступних результатів:

- збалансувати розвиток інфраструктури охорони здоров'я разом з соціально–економічним розвитком;
- створити умови для інноваційного розвитку галузі охорони здоров'я;
- розвинути конкуренцію на ринку медичних послуг створюючи необхідні умови для справедливої конкуренції виробників медичних послуг;
- захистити економічні інтереси користувачів медичних послуг і сумлінних виробників медичних послуг;
- підтримати експорт медичних послуг і створити сприятливі умови для українських виробників на міжнародному ринку медичних послуг;
- підтримати інвестиційні проекти, які спрямовані на вирішення існуючих проблем в системі державного регулювання охороною здоров'я;
- забезпечити високу якість надаваних медичних послуг всім верствам населення і високий рівень організації праці для медичних працівників, що дозволяє їм здійснювати свою діяльність якісно і ефективно.

ВИСНОВКИ

У цілому, у магістерській роботі було отримано такі висновки.

1. Систематизовано теоретичні основи державного регулювання у сфері охорони здоров'я України. Встановлено, що охорона здоров'я населення виступає одним із важливих завдань державної діяльності, що передбачає забезпечення державного регулювання в цій сфері відносин. Установлено, що масштаб і вибір заходів державного регулювання в охороні здоров'я безпосередньо залежать від організаційно–правової форми діяльності суб'єктів ринкових відносин. Стосовно до державних установ існує можливість застосовувати більш жорсткі заходи регулювання, які продиктовані інтересами держави. Для них застосовуються адміністративно–правові, економічні та соціально–психологічні методи.

Удосконалено дефініцію «державне регулювання у сфері охорони здоров'я» як сукупність організаційно–правових норм і механізмів органів державної влади і місцевого самоврядування, які спрямовуються на координацію діяльності, що сприяє забезпеченню заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, медичного, санітарно–гігієнічного характеру, основне призначення котрих полягає в збереженні та зміцненні фізичного й психічного здоров'я населення, підтримку довголітнього активного життя, та надання медичної допомоги в разі втрати здоров'я.

2. Досліджені механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення. Установлено, що комплексний механізм державного регулювання включає в себе систему економічних, мотиваційних, організаційних, політичних і правових механізмів. Зокрема він є сукупністю організаційно–економічного, ресурсно–кадрового, мотиваційного, політичного, адміністративно–правового, інноваційно–логістичного,

фінансового, інформаційно–довідкового механізмів впливу держави на діяльність продуцентів послуг сфери охорони здоров'я, мета яких – надання якісних і доступних послуг, та які сприяють підвищенню стійкості до впливів зовнішнього середовища і розвитку сфери охорони здоров'я.

Зазначено, що впровадження механізмів державного регулювання сфери послуг охорони здоров'я включає наступні напрями: вдосконалення нормативного регулювання діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я, створення сприятливої інвестиційної політики та її інформаційного супроводу, вдосконалення системи державних замовлень, надання гарантій і субсидій, надання пільг по оподаткуванню, підготовку кваліфікованих медичних кадрів, регулювання цін і тарифів на послуги галузі, сприяння формуванню ринкових інститутів, індикативного планування і прогнозування, надання продуцентів послуг сфери охорони здоров'я певної економічної самостійності.

3. Проаналізовано світові тенденції розвитку державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення. Виявлено, що всі існуючі системи охорони здоров'я зводяться до трьох основних економічних моделей. Серед них була виділена платна медицина, яка ґрунтується на ринкові принципи з використанням приватного медичного страхування, державна медицина, що характеризується бюджетної системою фінансування і система охорони здоров'я, що включає соціальне страхування та регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування. Підкреслено, що основою кожної з розглянутих моделей організації системи охорони здоров'я виступає розуміння того, що є товаром в сфері охорони здоров'я, а ставлення до медичної послуги як до приватної, громадської або державному благу, виступає вирішальним критерієм для ролі державі в системі охорони здоров'я, формування цін на ринку медичних послуг і рівень оплати праці медичних працівників. Доведено, що незважаючи на те, що жодна з існуючих

у світі моделей охорони здоров'я не має універсальності, аналіз параметрів зарубіжних моделей, а також визначення сильних і слабких сторін, узагальнення досвіду конкретних країн, можна вважати значимим при проведенні реформування та оптимізації існуючої моделі охорони здоров'я України.

4. З'ясовані особливості функціонування адміністративно–правового механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я України. Відзначено, що держава здійснює регулювання сфери послуг охорони здоров'я на основі нормативно–правових актів, які встановлюють структуру органів державного регулювання послуг сфери охорони здоров'я, правове становище продуцентів послуг сфери охорони здоров'я та охорону їх власності, порядок укладення та виконання господарських договорів, правила надання послуг, захист прав споживачів даних послуг, питань, пов'язаних з етичної стороною організації надання послуг. Встановлено, що норми адміністративного права регулюють відносини, які виникають у сфері визнання, охорони і захисту прав людини в сфері охорони здоров'я, а також відносини в сфері організації та діяльності державної системи охорони здоров'я, окремих медичних організацій, відносини з ліцензування, акредитації та контролю за діяльністю установ з надання медичної допомоги та ін.

5. Охарактеризовані недоліки та проблеми впровадження механізмів державного регулювання у сфері охорони здоров'я населення України. Визначено, що найбільш важливим моментом сьогодні є виведення України з кризового стану системи охорони здоров'я.

Серед основних проблем впровадження механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення України визначені наступні:

– недосконалість системи фінансування. Українські лікарні фінансуються за системою Семашко, відповідно до якої державні виплати

лікарням залежать від показника «ліжко–день»; зарплати лікарів залежать не від результатів діяльності, а від кваліфікації та наукового діяльності;

- застаріла інфраструктура. Багато лікарень були спроектовані і побудовані ще в радянські часи, тоді ж була закуплена частина устаткування;

- відсутність законодавчого регулювання відповідно потребам і запитам сучасного суспільства;

- застаріла стандартизація – єдині стандарти медичних процедур практично відсутні, або не підкріплені серйозними дослідженнями;

- низькі зарплати лікарів і відтік фахівців за кордон;

- обмежений доступ до медичної допомоги – низький рівень забезпечення медичними послугами у селах.

6. Запропоновані напрями удосконалення механізмів державного регулювання системою охорони здоров'я України. Обґрунтовано особливості побудови ресурсно–кадрового механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я держави в умовах сучасних викликів. Запропонована модель державного регулювання суспільно–солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я. Доведено, що з метою формування оптимального рівня фінансового забезпечення в сфері охорони здоров'я важливо враховувати логістичну складову. У зв'язку з цим було запропоновано механізм державного регулювання охорони здоров'я, який полягає у використанні інноваційно–логістичного підходу до регулювання ланцюгами поставок і створення єдиної платформи логістичної інформації про транспортні засоби, особливості складування і зберігання медичного обладнання та препаратів. Актуалізована необхідність використання запропонованого механізму інформаційного забезпечення громадян та створення медичної інформаційної системи, яка дозволить сформувати ефективне регулювання складними лікувально–діагностичними процесами,

диверсифікувати медичні послуги і раціонально використовувати фінансові кошти.

7. Оцінено перспективну результативність розвитку механізмів державного регулювання охорони здоров'я. Зокрема, встановлено, що запропонований ресурсно–кадровий механізм дозволить визначати плановану і фактичну потужність медичних установ з урахуванням прогнозів, розраховувати необхідний обсяг ресурсів (медичної продукції) для якісного надання медичних послуг. Удосконалення фінансового механізму дозволить визначити стратегічно оптимальний рівень фінансування охорони здоров'я, встановити порічні темпи збільшення фінансування, збільшити обсяги фінансування охорони здоров'я спираючись на можливості консолідованого бюджету і вдосконалити методики встановлення тарифів на медичні послуги, враховуючи рівні надання медичної допомоги.

Впровадження запропонованого логістичного механізму державного регулювання дозволить досягти таких результатів як здійснювати закупівлю оптимальної номенклатури лікарських засобів за співвідношенням ефективність – ціна, відбирати надійних постачальників якісної продукції, забезпечити своєчасну поставку лікарських засобів, підвищити конкурентоспроможність вітчизняної медичної послуги.

Удосконалення інформаційного механізму дозволить підвищити ефективність управління в сфері охорони здоров'я на основі інформаційно–технологічної підтримки вирішення завдань прогнозування і планування витрат на надання медичної допомоги, підвищити якість надання медичної допомоги на основі вдосконалення інформаційно–технологічного забезпечення діяльності медичних і фармацевтичних організацій, підвищити інформованість населення з питань ведення здорового способу життя, профілактики захворювань, отримання медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агиевец С. В. Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи : Монография. – Гродна : ГрГУ, 2002. – 168 с.
2. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
3. Галабурда Ю. Молодіжний недержавний сектор у контексті становлення громадянського суспільства в Україні / Ю. Галабурда // Соціальна політика і соціальна робота : укр. наук. і громад.–політ. часопис. – 2001. – № 2 (18). – С. 19–33.
4. Гладун З. С. Адміністративно–правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
5. Гойда Н. Г. Роль громадських організацій у становленні сімейної медицини в Україні / Н. Г. Гойда // Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи / под ред. В. В. Глуховского. – К. : Изд–во ООО “Дизайн и полиграфия”, 2007. – 100 с.
6. Господарське право України : Навчальний посібник / За заг. ред. проф. Н.О. Саніахметової. – Х. : Одіссей, 2019. – 608 с.
7. Грузева Т. С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я / Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.–практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. – 2011. – № 1 (13). – С. 104–105.
8. Дані Державної служби зайнятості [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.dcz.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=39012&cat_id=4109.
9. Дані ДУ “Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України” [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uiph.kiev.ua/index.asp?p=information&s=2>.

10. Державна політика в соціогуманітарній сфері : підручник / [авт. кол. : В. А. Скуратівський, В. П. Трощинський, П. К. Ситнік та ін.] ; за заг. ред. В. А. Скуратівського, В. П. Трощинського. – К. : НАДУ, 2010. – 284 с.

11. Держстат України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http : //www.ukrstat. gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua).

12. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лют. 2010 р. № 208. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : zakon1.rada.gov.ua.

13. Долот В. Д. Здоров'я як економічна категорія: фактори, що впливають на рівень здоров'я населення та охорону здоров'я [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 1. – С. 74–76.

14. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. – 2014. – № 1. – С. 8–13.

15. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: шляхи виходу з кризи / В. Д. Долот // Ефективність державного управління. – 2014. – Вип. 38. – С. 184–190.

16. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – 2013. – № 2. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>

17. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2010. – 276 с.

18. Задихайло Д. Держава та економічне ринкове середовище: господарсько–правовий аспект // Вісник Академії правових наук України. – № 3(42), Харків – 2005. – С. 149–161.

19. Заколюдажна М. В. Програмно–цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.nbuuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/...1/.../DU111_43.pdf.

20. Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40–ой Всемирной медицинской ассамблеей в Вене в сентябре 1988 года [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://medicine.onego.ru/prakt/law/124_a.shtml.

21. Зекий О. Е. Управление ресурсами здравоохранения и системы ОМС. Методология, организация и опыт внедрения информационного обеспечения. – М. : Федеральный вестник «ЭКОС–ИНФОРМ», 1999. – 416 с.

22. Камінська Т. М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я [Електронний ресурс] / Т. М. Камінська. – Режим доступу: http://www.ief.org.ua/Arjiv_ET/Kaminska206.pdf

23. Карамішев В. Д. Стратегічне планування інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. – Х. : Вид–во ХАРІ НАДУ “Магістр”, 2006. – 302 с.

24. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / В. В. Карлаш // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування : електр. наук. фах. вид. Херсонського національного технічного університету / голов. Ред. Проф. Лопушинський І.П. – 2019 – №1 – Режим доступу: http://el_zbirn_du.at.ua/2019_1/17.pdf

25. Карлаш В. В. Регулювання державними закупівлями в системі охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Вісник Національного університету цивільного захисту України : зб. наук пр. – Х : Вид–во НУЦЗУ, 2019. – Вип. 1 (10). – С. 110–115. (Серія «Державне управління»).

26. Карлаш В. В. Державне регулювання реформуванням системи охорони здоров'я України. / В. В. Карлаш // Інвестиції : практика та досвід. – 2019. – № 15. – С. 121–124

27. Карлаш В. В. Державне регулювання контролю якості медичної допомоги в Україні / В. В. Карлаш // Polish journal of science: наук. журнал. – Польща (Варшава), 2019. – Вип. №15. – С. 51–52.

28. Карлаш В. В. Сравнительный анализ современных национальных систем здравоохранения / В. В. Карлаш // Authority and Society (History, Theory, Practice). – 2019. – № 1 (49). – С. 172–178.

29. Карлаш В. В. Актуальні проблеми державного регулювання в сфері охорони здоров'я. / В. В. Карлаш // Державне управління у сфері цивільного захисту : наука, освіта, практика : матеріали Міжнародної науково–практичної конференції, 17–18 травня 2019 р. / за заг. ред. В. П. Садкового. – Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2019. – С. 85–87

30. Карлаш В. В. Інструменті державного регулювання в системі охорони здоров'я / В. В. Карлаш // Інноваційні економічні механізми для розвитку підприємств, регіонів, країн : матеріали міжнародної науково–практичної конференції, м. Київ, 15–16 лютого 2019 р. – Київ : Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського. – 2019. – С. 53–55.

31. Карлаш В. В. Цілі та проблеми реформування системи охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Сучасний стан та перспективи розвитку економіки, фінансів, обліку, менеджменту та права : збірник тез доповідей міжнародної науково–практичної конференції (Полтава, 11 травня 2019 р.) : у 7 ч. – Полтава : ЦФЕНД, 2019. – Ч.4. – С. 55–56.

32. Карлаш В. В. Проблеми державного регулювання здійснення контролю в сфері охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Теорія і практика сучасної науки (частина II) : матеріали IV Міжнародної науково–практичної конференції м. Київ, 15–16 травня 2019 року. – Київ : МЦНД, 2019. – С. 5–6

33. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 1. – С. 101–104.

34. Карпова И. П. Доступность и качество медицинской помощи в специализированном учреждении здравоохранения / И. П. Карпова, А. Г. Варфоломеева, С. Т. Кохан // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.– практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. – 2011. – № 1 (13). – С. 126–127.

35. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг: автореф. дис.... канд. екон. наук: 08.04.01 / Н.І. Карпишин. – Тернопіль, 2006. – 20 с.

36. Кельзен Г. Чисте правознавство : 3 дод. : Пробл. справедливості / Пер. з нім. О. Макровольського. – К. : Юніверс, 2004. – 496 с.

37. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу [Електронний ресурс] / І. В. Комарова. – Режим доступу : http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2010_3/19.pdf

38. Концепція нової системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана.

39. Кравченко Ж. Д. Державне регулювання системи первинної медико–санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова) / Ж. Д. Кравченко // Актуальні проблеми державного управління. – 2011. – № 2. – С. 195–202

40. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно–функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж. Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління. – 2010. – Вип. 3. – С. 82–88

41. Кравченко Р. Розвиток недержавних організацій соціальної сфери / Р. Кравченко, Н. Кабаченко, О. Васильченко // Соціальна робота в Україні: перші кроки / ред. В. Полтавець. – К. : Видавн. дім “КМ Academia”, 2000. – С. 130–144.

42. Купрій В. О. Організації громадянського суспільства як складові політичного середовища державної політики / В. О. Купрій // Новітні тенденції розвитку демократичного врядування: світовий та український досвід : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 30 трав. 2008 р. – К. : НАДУ, 2008. – Т. 1. – С. 212–214.

43. Ларіна Р. Р. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва ; за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. – Донецьк : ТОВ “Цифрова типографія”, 2008. – 252 с.

44. Лещенко В. В. Громадські лікарські організації як суб'єкти формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я : автореф. дис.... канд. держ. упр.: 25.00.02 / Лещенко В. В. – К., 2009. – 20 с.

45. Медиків готують навмання [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/1673671540>.

46. Международная конвенция «О защите прав человека и основных свобод» от 4 ноября 1950 г.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sokov-av.ru/mezhdunarodnaya-konvencziya-o-zashhite-prav-cheloveka-i-osnovnyix-svobod.-ot-4-noyabrya-1950g>. – Назва з екрана.

47. МОЗ : заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.

48. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я : український контекст : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : «Книга плюс», 2008. – 320 с.

49. Науково-методичне забезпечення зв'язків з громадськістю в органах державної влади : метод. рек. / С. А. Чукут, Т. В. Джига, А. В. Боровська та ін. ; за заг. ред. С. А. Чукут. – К. : НАДУ, 2008. – 72 с.

50. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.

51. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. В. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

52. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я : проект Закону України від 20 серп. 2009 р. № 5054. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?pf3511=35944.

53. Пак С. Я. Внутрішньо організаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. [Електронний ресурс] / С. Я. Пак // Держ. упр. : теорія та практика. – 2011. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

54. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення : матеріали V наук.–практ. конф., 27 жовт. 2011 р. : тези доп. – Луцьк, 2011. – С. 68–70.

55. Пашков В. М. Правове регулювання обігу лікарських засобів. – К. : МОРІОН, 2004. – 160 с.

56. Пашков В. М. Проблеми господарсько–правового забезпечення відносин в сфері охорони здоров'я: автореф. дис.... докт. юрид. наук: 12.00.04 / В. М. Пашков. – Харків, 2010. – 20 с.

57. Питання сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні : Указ Президента України від 25 січ. 2012 р. № 32/2012. [Електронний ресурс]– Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/32/2012>.

58. Про державні цільові програми : Закон України від 18 берез. 2004 р. № 1621/IV // Відом. Верхов. Ради України. – 2004. – № 25. – С. 352.

59. Поляков И. В., Максимов А. В. От единого государства к единой системе здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. – №1. – 2001.

60. Права людини у сфері охорони здоров'я : практ. посіб. / І. Берн, Т. Езер, Дж. Коен та ін. ; за наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2012. – 552 с.

61. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 1 серп. 2011 р. № 454. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

62. Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету міністрів України 30.11.16 р № 1013–р. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/npas/250432586>

63. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347_18

64. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.17 р № 2168–VIII [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168_19

65. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411 [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411_2018_%D0%BF

66. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 504. [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348_18

67. Про лікарське самоврядування : проект Закону України від 23 груд. 2008 р. № 3539. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=34025.

68. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 трав. 1997 р. // Відом. Верхов. Ради України. –1997. – № 24. – С. 170.

69. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 лип. 2011 р. № 3612–VI. [Електронний ресурс] – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua.

70. Про проведення інвентаризації матеріально–технічного забезпечення закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 10 берез. 2011 р. № 140. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110310_140.html.

71. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини в сфері охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 19 жовтня 2015 року № 681. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>

72. Рабинович П. М., Хавронюк М. І. Права людини і громадянина : Навчальний посібник. – К. : Атіка, 2004. – 464 с.

73. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.01 / Радиш Ярослав Федорович. – К., 2003. – 35 с.

74. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 211 с.

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

76. Рокоцило О. М. Ресурси як об'єкт управління та засіб досягнення цілей / О. М. Рокоцило // Державна політика щодо місцевого

самоврядування: стан, проблеми та перспективи : матеріали 2-ої наук.-практ. конф., Херсон, 4–5 жовт. 2011 р. – Херсон, 2011. – С. 114–116.

77. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. – К., 2009. – С. 11–13.

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

79. Савост'янова С. Л. Особливості державного регулювання механізмів суспільного розвитку у сфері забезпечення населення України послугами з охорони здоров'я / С. Л. Савост'янова // Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком: IV регіон. 236 наук.-практ. конф. за міжнар. участю, 26 листоп. 2010 р. : тези доп. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2010. – С. 271–274.

80. Салман Р.Б., Фигерайс Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий : Пер. с англ. – М. : ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.

81. Синягина Н. Ю., Кузнецова И. В. Здоровье как образ жизни // Н. Ю. Синягина, И. В. Кузнецова // Здоровье всех от А до Я. – 2015. – №2. – С.41–47.

82. Система методів державного регулювання економіки [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://fingal.com.ua/content/view/922/39/1/2/>

83. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2011. – 345 с.

84. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2008. – 276 с.

85. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

86. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф.

С. Г. Стеценка. – К. : Всеукр. асоціація видавців “Правова єдність”, 2018. – 507 с.

87. Суворова Л. В. Здоровый образ жизни как компонент культуры безопасности жизнедеятельности // Вестник Казанского энергетического университета. – Казань. – № 3 (10). – 2011. – С.118–125.

88. Туленков М. В. Організаційна взаємодія в демократичній системі соціального управління / М. В. Туленков. – К. : ІПК ДС ЗДУ, 2017. – 102 с.

89. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.

90. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я [Електронний ресурс] / Н. Фойгт. – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Dums/2011_3/11fnauoz.pdf.

91. Цивільний кодекс України від 16 січ. 2003 р. [ст. 283, 284]. [Електронний ресурс] – Режим доступу : zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=435-15.

92. Шевчук П. І. Соціальна політика / П. І. Шевчук. – Львів : Світ, 2003. – 400 с.

93. Щербина В.С. Господарське право : Підручник. – 2-е вид., перероб. і доп. – К. : Юрінком Інтер, 2017. – 592 с.

94. Фуртак І. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / І. Фуртак, А. Варава // Науковий вісник. – 2010. – Вип. 6 «Демократичне врядування». – Режим доступу : <http://www.lvivacademy.com/visnik6/fail/Furtak.pdf>.

95. Юсупов В. Удосконалення правового забезпечення функціонування державної економічної політики // Підприємництво, господарство і право. – 2005. – № 10 – С. 18–21.

96. Экономика здравоохранения : учебное пособие / под общ. ред. А. В. Решетникова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2019. – 272 с.

97. Ash T., Gunn J., Lough J., Lutsevych O., Nixey J., Sherr J., Wolczuk K. The struggle for Ukraine. Chatham house report. – London: The Royal Institute of International Affairs. – 2017
98. Guidelines for Successful Public – Private Partnerships [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/guides/ppp_en.pdf.
99. Hale H., Orrtung R. Beyond the Euromaidan: Comparative Perspectives on Advancing Reform in Ukraine. Redwood : Stanford University press, 2016. – p. 219
100. Health System Reform Strategy for Ukraine 2015–2025 [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/SAG_Strategy_draft_22_11_ENG.pdf
101. Karlash V. V. Problems of government regulation in the health of Ukraine // Public management: collection. – No2 (17) – March 2019. – Kyiv : ДП “Видавничий дім “Персонал”, 2019. – pp.78–84
102. Luck J., Peabody J. W., DeMaria L. M., Alvarado C. S., Menon R. Patient and provider perspectives on quality and health system effectiveness in a transition economy : evidence from Ukraine. Soc Sci Med. 2014. – 114. – pp. 57–65.
103. Motschman T., Bales C., Timmerman L. A Hospital–Based Healthcare Quality Management System Model: Improving Healthcare Monograph Series / T. Motschman, C. Bales, L. Timmerman // Healthcare Technical Committee. – 2016. – Vol. 1. – № 1. – P. 2 – 22
104. Oxenstierna S., Hedenskog J. Ukraine’s economic reforms. Prospects of sustainability. FOI Report 2017. FOI–R–4472–SE. Retrieved from: <https://www.foi.se>. Accessed 15 Aug 2018
105. Paul D. P., Brunoni J., Dolinger T., Walker I., Wood D. How effective is capitation at reducing health care costs? Paper presented at the 41st annual meeting of the Northeast Business & Economics Association, West Long Branch, –New Jersey. – 2014

106. Preker A. S., Jakab M., Schneider M. Health financing reforms in central and Eastern Europe and the former Soviet Union. In : Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., editors. Funding health care : options for Europe. Buckingham. – Philadelphia : Open University Press. – 2002. – pp. 80–108
107. Rosamond R., Battin M., Silvers A. Medicine and social justice: essays on the distribution of health care. – New York: Oxford University Press. – 2012
108. Schäfer W.L.A., Boerma W.G.W., Spreeuwenberg P., Schellevis F.G., Groenewegen P.P. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012 // Scand J Prim Health Care. – 2016. –34(1). – pp. 97–110
109. WHO. Health – 2020. A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing. Copenhagen : World Health Organisation. – 2013
110. Wilson S., Langford K. 10 ideas for 21st century healthcare [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://www.innovationunit.org/sites/default/files/DIGITAL%20VERSION10%20Ideas%20Final.pdf>
111. Zierler B. K., Gray D. T. The principles of cost–effectiveness analysis and their application // Journal of vascular surgery – 2013. – Volume 37. – № 1. – pp. 226 – 234