

Міністерство освіти і науки України
Дніпровський державний аграрно-економічний університет
Факультет менеджменту і маркетингу
Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ**

**Завідувачка кафедри,
д.н.держ.упр., проф.**
_____ **Наталья Бондарчук**
«__» _____ **2022 р.**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувач

Рустам МАКСУДОВ

**Науковий керівник,
д.держ.упр., професор**

Наталія БОНДАРЧУК

Дніпро – 2022

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**Факультет:** Менеджменту і маркетингу**Кафедра:** Менеджменту, публічного управління та адміністрування**Освітньо-професійна програма:** «Публічне управління та адміністрування»**Спеціальність:** 281 «Публічне управління та адміністрування»**Ступінь вищої освіти:** Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

«_____» _____ 2021р.

ЗАВДАННЯ**на підготовку кваліфікаційної роботи****Максудову Рустаму Вагіду огли**

1. Тема роботи: Удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів

Науковий керівник: Бондарчук Наталія Володимирівна, д.держ.упр., проф.
затверджені наказом по ДДАЕУ від «_____» _____ 2022 року № _____

2. Термін подання здобувачем роботи: _____

3. Вихідні дані до роботи: нормативно-правові акти, наукова література, статистичні дані, аналітична інформація.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)

Розділ 1. Теоретико-методичні засади впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів. Розділ 2. Формування та реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів. Розділ 3. Перспективи розвитку та удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів. Висновки.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

1. Три основні елементи аналізу політики фінансування охорони здоров'я. 2. Зміна ринку в контексті динамічних проблем охорони здоров'я. 3. Розшифровка терміну "збір". 4. Класифікація ринків добровільного медичного страхування.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Розділ 1. Теоретико-методичні засади впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів	Листопад 2021 р. – січень 2022 р.	
2	Розділ 2. Формування та реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів	Лютий - травень 2022 р	
3	Розділ 3. Перспективи розвитку та удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів	Серпень - жовтень 2022 р.	
4	Формулювання висновків, положень наукової новизни	Листопад 2022 р.	

Здобувач

_____ Максудов Р.В. _____

Науковий керівник

_____ Бондарчук Н.В. _____

РЕФЕРАТ

Тема: **«Удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів»**

Кваліфікаційна робота містить: 92 с., 1 рис., 3 табл., 78 літературних джерела.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення напрямів удосконалення державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - державне управління у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів.

Предмет дослідження теоретико-методичні та практичні аспекти щодо удосконалення державної політики.

Методи дослідження синтез різних механізмів впливу на державне регулювання, аналіз іноземного досвіду впровадження реформ.

В ході дослідження розглянуто теоретико-методичні засади впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів. Проаналізовано історію виникнення та розвитку українського медичного сектору. Здійснено аналіз реалізації державно політики у сфері охорони здоров'я. Визначено основні особливості реформування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Результати впроваджені в діяльність підприємства Комунальне підприємство «Новомосковська міська стоматологічна поліклініка «Новомосковської міської ради».

КЛЮЧОВІ СЛОВА

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, ДЕРЖАВНА МЕДИЦИНА, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ТРЕНДИ, КОНКУРЕНЦІЯ, ТЕЛЕМЕДИЦИНА, НЕФОРМАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ, ДОБРОВІЛЬНЕ МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ, ВІЙНА, НСЗУ, КАДРОВА ПОЛІТИКА, МЕДИЧНИЙ ТУРИЗМ, ПРОГРАМА МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ.

KEYWORDS

HEALTH CARE SYSTEM, PUBLIC POLICY, PUBLIC MEDICINE, MEDICAL SERVICES, TRENDS, COMPETITION, TELEMEDICINE, INFORMAL PAYMENTS, VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE, WAR, NHSU, PERSONNEL POLICY, MEDICAL TOURISM, MEDICAL SCHOLARSHIP PROGRAM.

ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ	8
1.1. Теоретико-методичні засади визначення державної політики у сфері охорони здоров'я	8
1.2. Історія виникнення та розвитку українського медичного сектору в законодавчому і практичному аспектах	17
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ	25
2.1. Основні особливості реформування державної політики у сфері охорони здоров'я	25
2.2. Сучасні тренди державного регулювання медичної сфери	35
2.3. Аналіз передового досвіду країн світу у сфері охорони здоров'я	39
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ	50
3.1. Проблематика розвитку в українському секторі охорони здоров'я	50
3.2. Сценарії удосконалення стратегії державного управління в сфері охорони здоров'я у період глобальних викликів	63
3.3. Вплив та наслідки війни на державну медичну сферу	68
Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83

ВСТУП

Актуальність дослідження. Охорона здоров'я є одною з найважливіших функцій у соціально орієнтованих державах. Навіть малі зміни у самій системі, чи загалом впливають на здоров'я забезпечення. Задача державних органів моделювати майбутнє так, щоб розвиток був неперервний, для забезпечення стабільності, не дивлячись на навколишні зміни, та прохід кризових ситуацій з мінімальними втратами, як фінансовими, так і людськими.

Початок фундаментальних реформ в медичній сфері датується 2014-2015 роком, та мав за мету повний перехід від старої системи на нову, страхову медицину. Не дивлячись на те, що на закінчення реформи були призначені строки в 5 років, вона все ще продовжується. Складність остаточного закінчення реформ спостерігається в неспроможності адаптації до мінливості світових реалій, взаємозв'язку медичного сектору, практично з усіма сферами державного управління. Одним з основних завдань державної політики є організація ефективного сектору охорони здоров'я. В 21 столітті, коли розвиток у всіх сферах життя проходить максимально швидко, медична сфера функціонує непродуктивно, не встигає реформуватись для вирішення всіх проблем у секторі. До існуючих проблем додаються і нові виклики у вигляді епідеміологічної ситуації, умов війни та ін. В умовах стислих економічних ресурсів успіхи в державній політиці у сфері здоров'язабезпечення можливі тільки завдяки максимально ефективному регулюванню.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення напрямів удосконалення державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

Досягнення поставленої мети передбачало виконання наступних завдань:

- охарактеризувати методологію державного управління в сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати етапи формування сфери охорони здоров'я;
- визначити головні особливості реформування сфери охорони здоров'я;

- охарактеризувати основні тенденції в реформуванні сфери охорони здоров'я;
- проаналізувати досвід передових країн в реформуванні;
- визначити основні проблеми реформування сфери охорони здоров'я в Україні;
- виокремити напрямки удосконалення сфери охорони здоров'я в Україні;
- проаналізувати вплив війни на сферу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є державне управління у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів.

Предмет дослідження - теоретико-методичні та практичні аспекти щодо удосконалення державної політики у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів.

Методи дослідження, які використані в даній роботі: аналіз літературних джерел, синтез та порівняння, узагальнення, логіко-абстрактний метод, метод індукції.

Інформаційною базою дослідження стали праці вітчизняних та зарубіжних вчених, нормативно-правові акти, а також практичні знання, здобуті в ході проходження практики в комунальному підприємстві «Новомосковська міська стоматологічна поліклініка» Новомосковської міської ради»».

Наукова новизна отриманих результатів полягає у розробці сценаріїв удосконалення стратегії державного управління у сфері охорони здоров'я в період глобальних викликів.

Апробація результатів роботи. Основні теоретичні положення і практичні результати дипломного дослідження доповідались та обговорювались на Міжнародній науково-практичній конференції „Актуальні проблеми економіки, управління та маркетингу в аграрному бізнесі ” (м. Дніпро, 2022 р.), Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2022 р.).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що нараховує 78 найменування, містить 3 таблиці, 1 рисунок. Основний зміст кваліфікаційної роботи магістра викладено на 92 сторінках друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

1.1. Теоретико-методичні засади визначення державної політики у сфері охорони здоров'я

Система охорони здоров'я являє собою керовану, функціональну та багаторівневу систему, що створена та використовується з метою здійснення комплексу медичних та соціальних заходів, які забезпечують охорону здоров'я населення країни. А головним напрямком діяльності уряду в сфері охорони здоров'я є розвиток системи охорони здоров'я. На сучасному етапі державне управління сферою охорони здоров'я стосується, насамперед, удосконалення функціонування галузі за рахунок підвищення якості медичного та соціального забезпечення. Вагому роль в цьому процесі відіграють об'єднання та асоціації органів місцевого самоврядування, громадськості, а також юридичні та фізичні особи.

Не останню роль в даному питанні відіграють загальносвітові тенденції в управлінні, оскільки посилення глобалізаційний та інтеграційних процесів призводить до необхідності враховувати суспільні процеси в різних країнах світу та шукати можливості для якомога більшого розкриття потенціалу в ході реформування та перебудови соціальних інститутів. Загальносвітова тенденція полягає в зобов'язанні забезпечити громадянину лише базові потреби в охороні здоров'я, інфраструктурі, освіті, тощо, а основна відповідальність за покращення умов життя лежить на громадянині, тобто, фактично, такий підхід запобігає поширенню утриманських установок та покликано створити більш свідоме та відповідальне громадянське суспільство. Саме тому побудова вітчизняної моделі соціальної держави передбачає, насамперед, розвиток

механізмів висхідної соціальної мобільності, а також формування соціального розвитку для всіх груп населення на основі соціального законодавства.

В своїх дослідженнях Н. Кризина стверджує, що в галузі охорони здоров'я національна політика України повинна бути зосереджена, насамперед, на наступних напрямках:

- забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення, а також на побудова державою системи фінансування комплексних народногосподарських програм обстеження та лікування, профілактики, реабілітації та інших заходів;

- експлуатація концептуальних засад подолання кризових явищ в системі охорони здоров'я та повернення її до сталого розвитку;

- встановлення як глобальних державних, так і локальних регіональних цілей, впровадження системи показників та критеріїв оцінювання ефективності управління у зв'язку з переходом до сталого розвитку галузі;

- вихід закладів охорони здоров'я на новий рівень функціонування;

- розробка механізму подолання медико-демографічної кризи, зменшення рівня смертності та забезпечення подовження тривалості життя;

- забезпечення підвищення рівня профілактичної роботи кожної ланки охорони здоров'я та удосконалення функціонування санітарно-епідеміологічної служби;

- підвищення рівня санітарної та гігієнічної культури населення, популяризація здорового способу життя.

Окрім цього, дослідниця акцентує увагу на необхідності включення механізмів державного управління в процес перетворень, адаптуючи їх до реальних можливостей та проблем в існуючій системі охорони здоров'я **[Ошибка! Источник ссылки не найден.]**.

Я. Радиш наголошує, що регулювання державної політики в сфері охорони здоров'я повинно здійснюватися у вигляді створення комплексу загальнодержавних рішень та зобов'язань відносно зміцнення та збереження

здоров'я населення України за рахунок, насамперед, реалізації низки правових, політичних, наукових, культурних, соціальних, організаційних, медичних та профілактичних заходів, що будуть спрямовані на збереження національного генофонду, гуманітарного потенціалу, що мають також враховувати вимоги та потреби сучасного громадянина, і така її діяльність має здійснюватися як в інтересах кожного окремого громадянина, так і суспільства в цілому [6].

Окрім базових, існують і альтернативні підходи до розуміння стратегії удосконалення державної політики в сфері охорони здоров'я. Наприклад, на думку Т. Чеканової, перехід до формування нової системи державного управління передбачає застосування трьох основних підходів:

- перетворення медичних закладів на автономні недержавні структури, поширення індивідуальної приватної практики, впровадження багатоканального фінансування з боку як місцевого, так і державного бюджетів, а також добровільного страхування, ресурсів функціонуючих суб'єктів господарювання, благодійних фондів, тощо. При цьому наголошується на необхідності переходу медичної сфери на ринкові відносини, створення вільної конкуренції та вільного ціноутворення;

- розподіл фінансування на державну та приватну медицину наступним чином: державні заклади утримуються за рахунок фінансування місцевого та державного бюджетів, тоді як комунальні та приватні фінансуються коштами громад та громадян, при цьому кожен громадянин зберігає своє право на безоплатну медичну допомогу;

- відновлення системи охорони здоров'я, що функціонувала до реформування, тобто усунення обов'язкового медичного страхування та сімейної медицини. Такий підхід передбачає взяття за основу старої системи охорони здоров'я з поступовою його адаптацією до нових ринкових реалій.

Автор наголошує, що найбільш раціональним та доцільним до використання є саме другий підхід, адже він забезпечує можливість для об'єднання комунальної, державної та приватної форм власності та збереження

обсягу медичної допомоги, гарантованого державою, а також запроваджує єдину методологію та політику ціноутворення в державних закладах і вільну – в приватних. Автор підкреслює, що саме конкуренція між можливими моделями побудови державної політики в сфері охорони здоров'я може стати рушійною силою для її удосконалення, адже забезпечує можливість вибору оптимального концептуального підходу та досягнути високого рівня ефективності [8].

В умовах сучасних реалій система охорони здоров'я України містить перелік як об'єктивних, так і суб'єктивних проблем, які обумовлюються, насамперед, відсутністю дієвого механізму регулювання, як і існуванням практик управління, що перешкоджають удосконаленню. Так, О. Гриціняк акцентує увагу на основних проявах таких недосконалостей:

- суперечливість та неузгодженість законодавчої бази;
- непослідовність та відсутність комплексного підходу до управління медичною галуззю;
- відсутність виваженої та обґрунтованої політики щодо реформування галузі;
- недостатність фінансування галузі, нецільове використання бюджетних коштів [35].

Таким чином, система охорони здоров'я, що функціонує в державі на поточний момент, ще не має такого механізму, який забезпечить можливість надання якісної та ефективної медичної допомоги та задоволення відповідних потреб громадян [34]. Механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я можна охарактеризувати як сукупність принципів, методів та підходів економічного, соціального, адміністративного та правового характеру, що мають бути реалізовані державною з метою забезпечення її ефективного розвитку. Головні цілі, що переслідуються механізмом державного регулювання:

- удосконалення підходів до організації та управління системою охорони здоров'я;

- забезпечення надання безоплатної медичної допомоги;
- підвищення якості та рівня надання медичних послуг населенню;
- створення конкурентного середовища на ринку медичних послуг.

Інструменти державного регулювання, що можуть слугувати досягненню цілей, можна умовно поділити за наступними ознаками (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я

Ознака класифікації	Інструменти
За методом здійснення регулювання	Інструменти, що діють в рамках адміністративних методів, засоби, що функціонують в складі економічних методів.
За формою здійснюваного впливу	Засоби, що використовують в складі непрямих методів, засоби, що використовуються в складі прямих методів
За типом ринку	Інструменти регулювання ринку медичних послуг, інструменти регулювання ринку медичних технологій, обладнання, інструментів, освітніх послуг в сфері охорони здоров'я, тощо.
За напрямком застосування інструментів	Інструменти стимулювання розширення асортименту, інструменти стимулювання підвищення якості послуг.

В основі сучасної політики охорони здоров'я лежить ідеологія реформування даної галузі. Визначення ВООЗ характеризує реформу як динамічний, сталий та цілеспрямований процес, в результаті якого відбуваються системні структурні зміни. Тобто, реформування системи охорони здоров'я повинно стати організаційним, нормативним та економічним видом діяльності, що збалансований з етичними вимогами відносно загальної доступності медичної допомоги у всіх її видах, як і її доступності і справедливості при розподілі на різні соціальні групи. Переробці галузі передують визначення стратегії реформування, яка є першоосновою, і яка підпорядковує функціонування управлінської системи на всіх етапах: від розробки завдань та

їх структурування до оцінювання отриманих результатів та встановлення їх відповідності поставленим цілям [38]. Перехід до нової управлінської методології передбачає застосування комплексного підходу, який буде містити в собі, окрім фундаментальних наукових досягнень, елементи творчого підходу та інновації. В цьому аспекті не останню роль відіграє аналіз ефективних прикладів світового досвіду в управлінні та реформуванні охорони здоров'я, а також відповідна професійна підготовка кадрів зі стратегічного менеджменту у відповідній сфері. В такій концепції людина займає ключове місце у покращенні та профілактиці власного здоров'я. Сучасні соціальні, екологічні, індустріальні проблеми потребують нових підходів до управління. Це складне завдання забезпечується міждисциплінарною кооперацією і пошуком методів вирішення. Реформа децентралізації впливає на ці процеси корисно, бо відбувається перехід від моделей централізованого державного управління до моделей кооперації, в яких управління є продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів, що діють на рівнях держави (парламентів, міністерств, тощо), відомства, державні та комунальні органи та установи), суспільство (підприємства, профспілки та інші громадські організації, у тому числі лікарі, страхові компанії, благодійні фонди, ЗМІ, окремі громадяни) та на міжнародному рівні (ООН, Європейський Союз, Світ Організація охорони здоров'я та ін.) [17].

Звідси також випливає, що суспільству надається можливість до участі у виконанні функцій управління в цій сфері, в різних його принципових формах:

- управління системою охорони здоров'я та її зміцненням а саме «управління охороною здоров'я»;
- співпраця сектору охорони здоров'я та інших державних і приватних секторів в ім'я спільних інтересів, що називається «стратегічне управління в інтересах здоров'я» [18].

Оскільки здоров'я стало одним із окремих макроекономічних і політичних факторів у всіх сферах життя суспільства, до стратегічного управління сферою

охорони здоров'я дедалі активніше залучаються різні державні органи, громадські організації, ділові кола та окремі громадяни. Здоров'я створює право людини, важливий компонент добробуту, глобальне суспільне благо та питання соціальної справедливості та рівності, один із головних факторів економічного розвитку. Його все більше визнають як ресурс і сферу відповідальності інших систем, таких як економіка, охорона навколишнього середовища, освіта, транспорт, продовольча система [19].

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня здоров'я та покращення якості життя населення країни. Реалізація цієї політики потребує здійснення комплексу державних і галузевих заходів (рис.1.1).

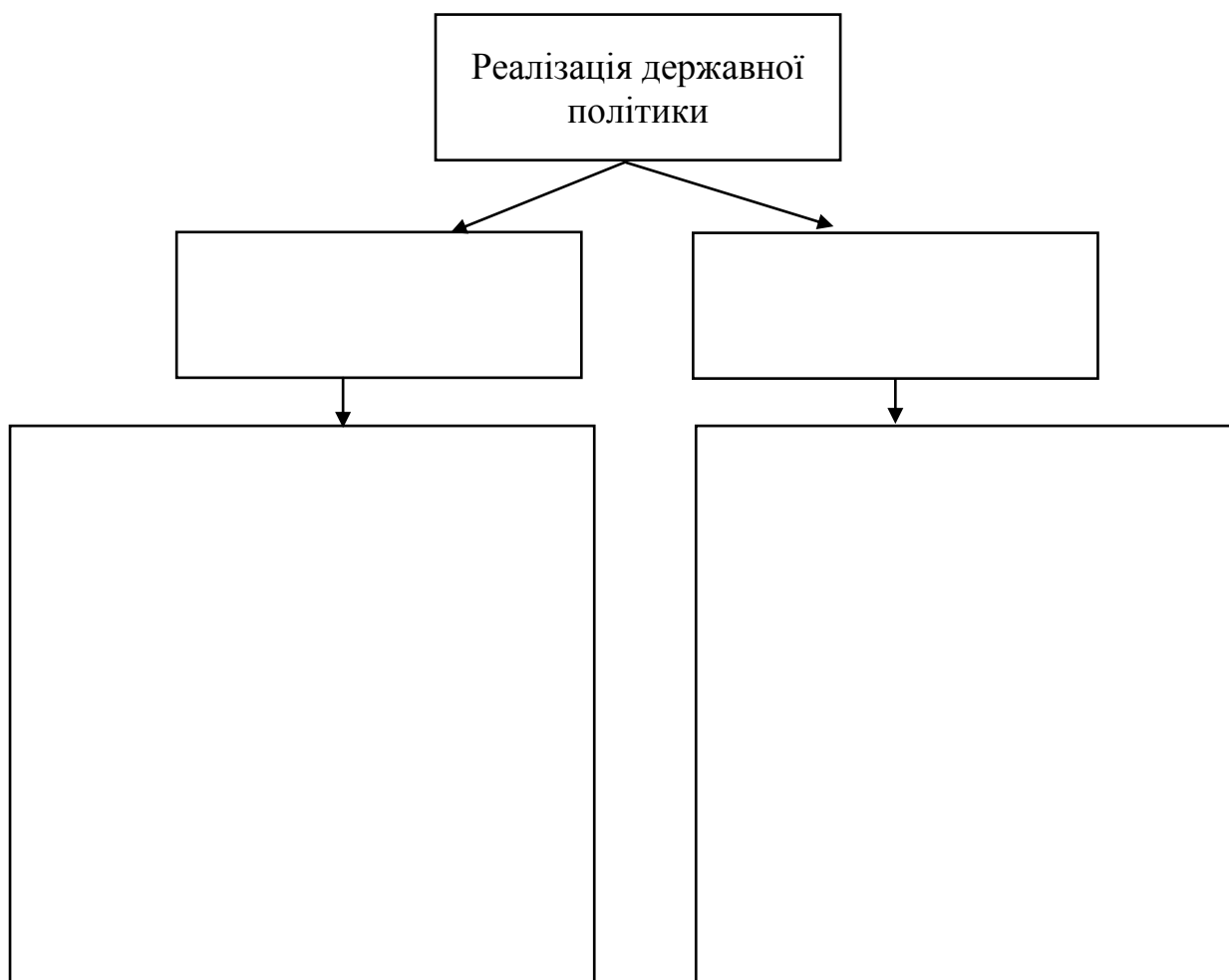


Рис.1.1 Реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я

В умовах реформування одним із важливих аспектів функціонування дієвого механізму регулювання сфери охорони здоров'я є створення досконалої законодавчої бази. Важливою властивістю правового механізму є його зв'язок із конкретною метою, яка передбачає організовану та взаємопов'язану сукупність, здатну забезпечити досягнення поставленої мети шляхом правової реалізації суб'єктами наявних інтересів [50]. Як стверджує В.Пашков, головним завданням державного регулювання в напрямку охорони здоров'я є дотримання двох ключових аспектів: регулятивні заходи повинні забезпечувати вирішення політичних питань, а також слугувати вдосконаленню управлінських механізмів. Політичний аспект полягає, насамперед, у досягненні економічних та соціальних цілей. Він за своєю сутністю має нормативний характер, оскільки базується на загальноприйнятій системі цінностей і стосується конкретних політичних завдань та суспільних інтересів. Слід зауважити, що соціально-політичні проблеми, які наявні в сфері охорони здоров'я, є спільними для всіх сучасних країн, і полягають у наступному:

- справедливість та рівність доступу до всіх медичних послуг;
- соціальна солідарність, що полягає у наданні медичної допомоги з залученням національної служби охорони здоров'я та системи обов'язкового медичного страхування;
- економічна ефективність, яка може бути досягнута шляхом забезпечення фінансового обґрунтування витрат на охорону здоров'я;
- інформованість населення з усіх питань, що стосуються охорони здоров'я;
- індивідуальний вибір постачальника послуг у сфері охорони здоров'я.

Другий аспект управління стосується механізмів управління охороною здоров'я, які є змішаними за своєю природою, що відображає складність відносин між кількома постачальниками послуг. Ці заходи спрямовані на більш

ефективне та раціональне використання людських і матеріальних ресурсів, мають переважно технічний характер і передбачають регулювання:

- якості та ефективності (оцінка економічної ефективності клінічних втручань, тобто співвідношення вартості та ефективності послуг);
- доступу пацієнтів до послуг через запровадження відповідної податкової політики;
- поведінки постачальників через перетворення лікарень на державні підприємства, лікарняних кредитів, взаємодія між лікарнями та службами первинної медичної допомоги;
- ринку ліків (встановлення орієнтовних цін);
- діяльності медичних працівників (встановлення заробітної плати, вимог ліцензування)[16].

Підсумовуючи, можна дійти висновку, що система управління змінами в охороні здоров'я має враховувати як актуальні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів, маючи на меті поєднати розумний інституціоналізм із інноваційним підходом. Галузеві особливості значно впливають на специфіку інновацій у охороні здоров'я: технологічні інновації значно впливають на економічні та організаційні інновації, які призводять до інформаційних інновацій. Опір змінам виникає внаслідок величезної кількості факторів, які можуть значно ускладнити цей процес. З метою успішної реалізації змін ініціатори змін повинні зрозуміти, на якому етапі вони в даний момент знаходяться, та вжити необхідних заходів для керування змінами. Важливим є те, що для створення оновленої культури зміні піддаються як процеси, так і мислення та ставлення. Трансформація повинна бути спроможною витримати виклики і в майбутньому бути схильною до подальших покращень.

1.2 Історія виникнення та розвитку українського медичного сектору в законодавчому і практичному аспектах

Розвиток управління охороною здоров'я в Україні почався з прийняття відповідного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (№ 2801-ХІІ від 19.11.1992 р.) у 1992 році. В свою чергу, в Конституції України було відображено право кожного громадянина на охорону здоров'я, отримання медичної допомоги та медичного страхування. Виходячи з міжнародних правових засад, згідно з якими право на життя та здоров'я є основоположним правом кожної людини, охорона здоров'я стала одним з пріоритетних напрямків проведення державної політики в Україні. В свою чергу, Міністерство охорони здоров'я України стало центральним органом виконавчої влади в медичній сфері, його діяльність координується Кабінетом Міністрів України, відповідно до положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України № 90 від 24 січня 2020 року).

Після розпаду СРСР в 1991 році в Україні залишилась система охорони здоров'я, яка повністю підпорядковується державними органами. Проте, через свою застарілість, безсистемне реформування та жорстке централізоване управління та фінансування ситуація в сфері охорони здоров'я залишалася незадовільною. Сама система охорони здоров'я, яка була функціональною та ефективною за радянських часів, коли економіка була плановою, перестала бути вигідною, оскільки економіка від планової почала переходити до ринкової.

Концепція розвитку охорони здоров'я була розроблена, насамперед, через необхідність системного підходу до планування та реформування. Ця концепція визначала принципи та шляхи, згідно з якими буде відбуватися реформуватися галузь. Було проведено масштабну роботу щодо визначення, насамперед, фактичних потреб у медичному секторі, зміни структури фінансування, тощо.

Реформи такого спрямування мали на меті підвищення ефективності функціонування галузі, а також впорядкування фінансових аспектів. В період з 1991 до 2000 року головним завданням було запобігання руйнуванню наявної системи, як і збереження мінімального рівня соціальних гарантій в медичній галузі. Серед негативних факторів існуючої на той момент системи були, по-перше, відсутність відповідальності у лікарів, масштабність фінансових витрат, а також недостатня увага ролі дільничного лікаря-терапевта як менеджера медичної допомоги.

У 2000-2010 роках до реформування почали залучатися міжнародні організації та міжнародні експерти, за допомогою яких проводився аналіз з визначення напрямів та механізмів реформування медичного сектору. Водночас до 2010 в Україні всеохопних реформ так і не відбулося. У 2013-2014 в пілотних регіонах таких як Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Київ почалися реформи, які дозволили дослідити нові фінансово-економічні та фінансово-правові механізми. До того ж, в 2015 році Кабінет Міністрів України впровадив перетворення реформи системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту методом залучення сучасних технологій та підходів, підвищення ефективності застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Цього ж року розроблено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020, що відповідає Стратегії сталого розвитку (Указ Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020»). Одним з важливих аспектів стало запровадження у 2015 році цільового фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, а також дозвіл з боку уряду одночасного фінансування закладів охорони здоров'я з державного та/або місцевих бюджетів. Ключовою ідеєю, яка переслідувалася таким реформуванням, стала переорієнтація фінансування сфери охорони здоров'я, тобто перехід від фінансування наявної

інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. Перед такою реформою стояла низка наступних завдань:

- спрямування державних коштів на закупівлю, насамперед, пріоритетних послуг;
- перерозподіл ресурсів в системі таким чином, щоб кошти надходили до лікарень, які спроможні надати якісну та вчасну медичну допомогу.

Використання такого принципу було спрямовано на створення конкуренції, яка б стала рушійною силою та стимулом до підвищення якості медичних послуг.

В 2017 році почалося впровадження в дію цільових програм, що спрямовані на забезпечення потреб окремих категорій населення. Прикладом такої цільової програми стала програма «Доступні ліки». За допомогою цієї програми пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу могли отримати ліки безоплатно або з незначною доплатою. Таким чином, цей етап реформування забезпечив доступність та адресність надання медичної допомоги. Введення таких програм призвело до змін в порядку відпуску медичних препаратів та введення рецептурного порядку відпуску окремих позицій. Наступний етап реформування сфери охорони здоров'я настав у 2020 році, і в рамках нього було впроваджено:

- гарантований державний пакет медичної допомоги;
- концентрацію бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади - Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного закупника медичних послуг;
- перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах;
- автономізацію постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я (e-Health).

З метою нормативно-правового забезпечення реалізації запланованого курсу реформування в Україні було ухвалено і затверджено низку важливих документів, серед яких:

– Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017;

– Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» від 14 листопада 2017 (набув чинності 31.12.2017);

– План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 (розпорядження Кабінету Міністрів України № 821-р від 15 листопада 2017);

– Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» № 1101 від 27 грудня 2017. Станом на 2017 діяло 1,7 тис. лікарень (без урахування відповідних закладів на тимчасово окупованих територіях).

Станом на 2017 діяло 1,7 тис. лікарень (без урахування відповідних закладів на тимчасово окупованих територіях), в яких налічувалося 309 тис. ліжок (73 ліжка на 10 тис. населення). Україна має одну з найбільших і водночас найменш ефективних мереж лікарень у Східній Європі, з показниками 0,4 лікарні, 7,4 ліжка, 4,4 лікаря та 8,6 медсестри на тисячу населення.

У 2018 році відбувся перший етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні. Зміни торкнулися первинної ланки надання медичної допомоги. На нову модель фінансування перейшли 97 % комунальних закладів охорони здоров'я на первинному рівні. Національна служба здоров'я України (НСЗУ), визначена центральним органом виконавчої влади, в березні 2018 зареєстрована як юридична особа публічного права. Основними її завданнями є реалізація державної політики й унесення пропозицій щодо вдосконалення державної політики в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій; виконання

функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій. Кожен громадянин України отримав можливість підписати договір (декларацію) з тим лікарем первинної медичної допомоги, якому довіряє, незалежно від свого місця реєстрації, чим порушено територіальний принцип надання медичної допомоги населенню. Визначено перелік медичних послуг, які кожен громадянин України з 01.07.2018 може отримати безоплатно на первинному рівні медичної допомоги.

У 2019 році за програмою програми «Доступні ліки» пацієнти здобули можливість отримати ліки безоплатно чи з незначною доплатою за електронним рецептом. Завдяки новій моделі фінансування успішні медичні заклади первинної ланки почали отримувати більші обсяги фінансування. Це дозволило підвищити оплату праці співробітників, модернізувати устаткування та медичне обладнання. Відбулося запровадження електронних інструментів, що дало пацієнтам змогу в оперативному режимі отримувати корисну інформацію: знайти найближчу до свого дому аптеку, де можна отримати «Доступні ліки», переглянути перелік медичних закладів поблизу та обрати свого лікаря.

НСЗУ також впроваджує програму медичних гарантій, яка передбачає медичні послуги, пов'язані з наданням екстреної, первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації. У 2020 році було забезпечено реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення в повному обсязі, зокрема запровадження її реалізації для спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (постанова Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 року № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року»). Створено модель удосконалення тих медичних галузей, які не були враховані попереднім варіантом медичної реформи (психіатрична та фтизіатрична допомога), завдяки якій ці заклади отримали фінансування. Розроблено пропозиції щодо

удосконалення нормативно-правової бази у сферах надання психіатричної допомоги, медичної реабілітації, забезпечення паліативної медичної допомоги населенню, медичної експертизи з тимчасової втрати працездатності громадян, медико-соціальної експертизи, напрацьовано проекти відповідних нормативно-правових актів та заходів, впровадження яких дасть можливість поліпшити якість та доступність медичних послуг для населення, забезпечить реформування та розвиток галузі охорони здоров'я.

Серед важливих заходів реформування було проведено посилення інституційної спроможності екстреної медичної допомоги в Україні (закуплено 416 автомобілів і визначено якісні показники роботи служби), затверджено порядок організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт, відповідно до якого пацієнта з інсультом слід доставляти в заклад охорони здоров'я, який може надати весь комплекс медичних послуг згідно з протоколами лікування гострого мозкового інсульту.

Невід'ємним елементом трансформації медичної галузі є формування державної політики щодо розвитку електронної охорони здоров'я в Україні та доступних цифрових медичних послуг. Зокрема, затверджено низку нормативно-правових актів для реалізації концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої у 2020 році.

Кожному наступному етапу змін в системі охорони здоров'я передують розробка необхідних електронних інструментів, спрямованих на спрощення дій всіх учасників, залучених до процесу трансформації, а також підвищення прозорості системи надання медичної допомоги. Рівень комп'ютеризації закладів первинної ланки зріс з 3 % до 97 %. У найвіддаленіших селах лікарі укладають декларації з пацієнтами, користуючись комп'ютерами. Для деяких населених пунктів ці спрощення все ще є недоступними через відсутність сучасного зв'язку та мережі Інтернет. Розвиток ЕСОЗ дозволяє забезпечити автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією для понад 31 млн українців та 4,5 тис. закладів охорони здоров'я.

За допомогою ЕСОЗ здійснюється впровадження програми медичних гарантій, укладення електронних декларацій із сімейними лікарями, виписка електронних рецептів за програмою «Доступні ліки» та електронних направлень, ведення електронної медичної картки. Через e-Health відбувається впровадження додаткових сервісів, наприклад, залишення запиту на виїзд мобільної бригади, надання віддалених консультацій лікарями.

Висновки до розділу 1

В першому розділі даної роботи нами було проаналізовано методологію проведення державної політики в сфері охорони здоров'я, що дозволило зробити наступні висновки:

1. Управління змінами в системі охорони здоров'я повинно поєднувати в собі як актуальні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів, маючи на меті поєднати розумний інституціоналізм із інноваційним підходом. Специфіка впровадження реформ обумовлюється, насамперед, галузевими особливостями: технологічні інновації завдають значного впливу на економічні та організаційні аспекти, а це, в свою чергу, призводить до інформаційних інновацій. Основними завданнями реформування було визначено переведення системи охорони здоров'я на такий функціональний рівень, який міг би забезпечити якісне та вчасне медичне обслуговування громадян. Зазначалося, що в центрі уваги такого реформування є життя та здоров'я людини як найвища цінність, а тому всі зміни, що здійснюються в рамках системи охорони здоров'я, повинні бути проведені таким чином, щоб підвищити доступність медичної допомоги, забезпечити рівність прав в отриманні медичної допомоги, перебудову системи фінансування закладів, підвищення раціональності використання ресурсів, тощо.

2. Також в 1 розділі нами було проаналізовано історію становлення системи охорони здоров'я в Україні. На етапі формування України як держави система

охорони здоров'я, що існувала, була розрахована на плановий тип економіки і, будучи ефективною в колишньому СРСР, стала недоцільною для перехідного типу економіки.

3. Проаналізовані етапи створення сучасної системи охорони здоров'я дають змогу визначити, що поступове реформування, впровадження змін, автоматизація та комп'ютеризація процесів забезпечили функціональну перебудову системи охорони здоров'я, а також змінили підхід до фінансування даної галузі, надавши можливість для вільної конкуренції як медичним закладам, так і окремим медичним робітникам. Окрім цього, було розроблено новітні програми, які дозволили пацієнтам з окремими категоріями захворювань отримувати медичну допомогу та ліки на безоплатній основі.

РОЗДІЛ 2

ФОРМУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

2.1. Основні особливості реформування державної політики у сфері охорони здоров'я

Незважаючи на високі результати реформування системи охорони здоров'я в досвіді багатьох країн, воно продовжується у зв'язку з викликами, які пов'язані з пандемією COVID-19. Однак, навіть до появи цієї проблеми системи охорони здоров'я стикалися з безліччю складних спільних викликів, які зберігаються і сьогодні. До них належать прогалини в масштабах охоплення та в доступі, проблеми в якості медичних послуг, інтеграції та безперервності догляду, нестача робочої сили, епідеміологічний перехід численних хронічних захворювань, нові вірусні загрози а також інші «непередбачувані екзогенні шоки». У всьому світі всі системи охорони здоров'я також стикаються зі зростаючими витратами на охорону здоров'я, стримуванням витрат і питаннями сталого фінансування [50], проблемами старіння населення та зобов'язаннями забезпечити загальне охоплення медичними послугами. Крім того, прогрес у технології та зростаючий попит населення на більшу та кращу особистісно орієнтовану допомогу кидає виклик сталим підходам надання послуг, регулювання та управління. У відповідь країни постійно впроваджують реформи своїх систем і основної політики для покращення структур системи охорони здоров'я. Це створює багато можливостей для навчання між країнами, оскільки розробникам політики буде корисно враховувати досвід реформ, отриманий за кордоном, під час розробки та реалізації власної політики.

Одним із найважливіших доступних механізмів підвищення якості медичних послуг є зростаюча конкуренція. Саме ринкова конкуренція буде заохочувати постачальників медичних послуг до надання їх на вищому рівні

якості за нижчі ціни. Економісти зазвичай визнають, що конкуренція на вільному ринку є найбільш ефективним методом для виробництва та розподілу товарів і послуг. Конкурентні ринкові сили та стимули інновації зазвичай підвищують якість і знижують ціни, включаючи ціни з поправкою на якість, для товарів і послуг з часом (особливості, які спостерігаються в багатьох добре функціонуючих секторах економіки, але які, як правило, відсутні на жорстко регульованому ринку охорони здоров'я [51]). Однак, коли державна політика та правила пригнічують конкуренцію, виробники можуть використовувати свою ринкову владу для підвищення цін, виробництва товарів і послуг нижчої якості, або зупинитися в інноваціях. Іншими словами, без конкурентного тиску спонукання до зниження цін, покращення якості та впровадження інновацій зменшується. Як тільки урядова частка витрат на охорону здоров'я з часом зростає, ринок охорони здоров'я став стає все більш вразливим до правил і норм, які перешкоджають ринковим силам. Важливість ринкової конкуренції очевидна у відповідних даних.

Загальноприйнятою думкою є те, що охорона здоров'я є «унікальною», і в певному сенсі це так і є. Але «унікальність» часто використовується для натяку на те, що принципи вільного ринку керують іншими основними секторами і економіка не може бути застосована до сектору охорони здоров'я. Наведені причини унікальності охорони здоров'я різняться, але деякі з найпоширеніших: труднощі, пов'язані з покупками для послуг, розрив у знаннях між пацієнтами та медичними працівниками (асиметричність інформації), ефект масштабу, притаманний сектору, і переважна залежність від стороннього фінансування. Примітно, що урядова політика підтримує деякі з цих функцій, зокрема стороння оплата. Хоча деякі з цих особливостей обмежують застосування принципів вільного ринку, загальне твердження, що сектор охорони здоров'я в цілому не може функціонувати в умовах вільного ринку не відповідають дійсності. Слід також зауважити, що урядова політика сприяє багатьом факторам, які перешкоджають функціонуванню вільного ринку в медичному

секторі. Зокрема, уряди заохочують надмірну кількість третіх сторін оплати, створюють контрпродуктивні бар'єри для входу, стимулюють непрозоре ціноутворення, спотворюють інноваційну діяльність і встановлюють обмеження на відшкодування політики державних програм. Загалом ці практики призвели до меншого вибору, меншої конкуренції та нераціонального функціонування ринків, які забезпечують співвідношення цін та якості, і головні проблеми, що заважають ефективному реформуванню, полягають у наступному:

– Надзвичайні ситуації в охороні здоров'я. Деякі витрати на охорону здоров'я стосуються екстрених служб, які не сприяють тому, що споживачі придбають послуги. Тим не менш, загальноприйняте твердження, що сектор охорони здоров'я в цілому не може функціонувати за принципами вільного ринку, є неправдою. Переважна більшість послуг охорони здоров'я – це звичайні або факультативні послуги, які можуть бути організовані ринками для покращення добробуту пацієнтів. Одне дослідження показало, що витрати відділення невідкладної допомоги становлять приблизно шість відсотків загальних витрат США на охорону здоров'я [41]. Інше дослідження класифікувало 43 відсотки охорони здоров'я витрати як «купні», з ще 11 відсотками витрат на ліки, що відпускаються за рецептом [64]. Розрізнення між медичними послугами, які можна купувати, і такими, які не можна купувати, є важливим, і залучення нормальних ринкових економічних сил до керування моделями, за яких ці послуги будуть з можливістю покупки, становитимуть більшість сектору, є розумним. Державна політика та регулювання часто роблять прямо протилежне, активно перешкоджаючи застосуванню звичайних ринкових сил до категорії медичних послуг, які можна придбати і, по суті, ставляться до всього сектора так, ніби він схожий на екстрені служби.

– Асиметрична інформація. Інший поширений аргумент стверджує, що розрив у досвіді між продавцями медичних послуг (тобто постачальниками медичних послуг) і покупців (тобто пацієнтів) створює ідею вибору неправдиво

інформованого споживача. Хоча певною мірою це правда, можна сказати те саме про інші ринки, які успішно працюють за принципами вільного ринку. Дійсно, припущення, що постачальники медичних послуг будуть використовувати пацієнтів, продаючи свої послуги, яких вони не розуміють. Навіть якби була домовленість, що цей ризик виправдано, існують інші шляхи вирішення цієї проблеми, не відмовляючись від вільного ринку. Наприклад, на багатьох ринках, де між покупцями і продавцями існує розрив у досвіді, менш обізнана сторона може придбати послуги незалежного консультанта, який забезпечить правдиве інформування та допоможе прийняти правильні рішення.

– Економія від масштабу. Ще одна причина, яку дехто наводить проти ринкової системи охорони здоров'я, полягає в тому, що існують невід'ємні ознаки ефекту масштабу в галузі охорони здоров'я, що призводить до природних монополій і обмежує масштаби для яких ринки можуть належним чином функціонувати. Наприклад, можуть бути високі постійні витрати на будівництво та оснащення закладу охорони здоров'я. Це призводить до економічного стимулу для фахівців формувати практику разом і використовувати їхню цінову потужність.

– Платіж третьої сторони. Чому ринки охорони здоров'я не функціонують як інші економічні ринки з ціною прозорістю, чіткими показниками якості, покупки та зниження реальних цін з поправкою на якість через час? Відповідь насамперед полягає в тому, що державна політика призводить до надмірної залежності від сторонніх платіжних механізмів і численних бар'єрів до входу. На більшості інших ринків споживачі платять повну вартість того, що вони купують і, отже, ймовірно, ретельно розглядають цінність продуктів порівняно з альтернативами. Активні покупки споживачів спонукають до конкуренції за ціною та якістю. Зменшується оплата третіх сторін за звичайні, передбачувані та доступні блага. Як наслідок, споживачі мають менше можливостей і менше стимулів ретельно обирати медичні послуги, порівнювати ціни та якість і вибирати найефективніших надавачів медичних послуг. Це, у свою чергу,

означає, що постачальники мають менший стимул впроваджувати інновації та підвищувати їх ефективність.

Загалом, консолідація на чітко визначених антимонопольних ринках може зашкодити конкуренції та споживачам. Ретроспективні дослідження злиття медичних закладів надають переконливі приклади шкоди від такого об'єднання. Ці дослідження підтверджують ефективне застосування антимонопольного законодавства для запобігання накопиченню монопольної влади на ринках охорони здоров'я. Вони також можуть допомогти направляти вибір справ антимонопольними органами та проілюструвати механізм, за допомогою якого надмірне злиття може придушити конкуренцію та завдати шкоди споживачам медичних послуг. Однак, певна державна політика, така як закони про довідку про потребу та сертифікати публічної оцінки, можуть перешкоджати входженню або перешкоджати антимонопольному контролю за злиттям, що призведе до збільшення концентрації на місцевих ринках охорони здоров'я.

Хоча дослідження, наведені вище, остаточно не підтверджують, що підвищена концентрація має призвести до збільшення ринкової влади чи збільшення вартості послуг, вони справді демонструють стабільний потік операцій, що впливають на право власності на лікарні та медичні послуги. Враховуючи переконливі докази шкоди споживачам від деяких процесів, які були зроблені, щоб зменшити конкуренцію, ці тенденції концентрації підкреслюють необхідність постійного контролю антимонопольними органами для виявлення та запобігання неконкурентної діяльності. Крім того, у випадках, коли ринки сконцентрувалися внаслідок законного накопичення влади, усунення регуляторних бар'єрів для входу може допомогти втримати це під контролем.

На конкурентних ринках постачальники товарів або послуг реагують на сигнали ринку передбачити зростання попиту на товари чи послуги шляхом підвищення цін, що забезпечує стимули для збільшення пропозиції товарів і

послуг. Урядова політика, яка зменшує наявність кваліфікованих постачальників медичних послуг або спектр послуг, які вони надають, може пропонувати підвищити ціни за медичні послуги, зменшити доступ до медичної допомоги, і пригнічувати переваги конкуренції та інновацій у сфері надання медичних послуг. Такі нормативні акти також можуть без потреби обмежувати типи або розташування постачальників, уповноважених здійснювати вплив на практику або спектр послуг, які вони можуть надати.

Державне ліцензування та обмеження сфери застосування є звичайним компонентом державної політики в сфері охорони здоров'я [48]. Ліцензія регулює вступ на роботу, оскільки працівник повинен отримати дозвіл державного органу або уповноважену урядом регуляторну раду, перш ніж надавати певні послуги[65]. Для численних медичних професій, державний ліцензуючий орган визначає мінімум освіти, вимоги до навчання та сертифікації, серед інших критеріїв для тих, хто прагне отримати або зберегти ліцензію на практику певної професії або надання певних послуг[59]. Правила «описують межі ліцензування – якщо даний фахівець є ліцензованим, то це дозволяє йому здійснювати ряд дій, які заборонено робити іншим». Закони та нормативні акти, як і інші нормативні акти з охорони праці, можуть бути виправданими, коли існують значні ризики заподіяння шкоди споживачам.[30]

Методи покращення- розширення сфери практики, що були застосовані в досвіді зарубіжних країн:

- Держави повинні розглянути можливість внесення змін до своїх законів про сферу діяльності, щоб дозволити всім постачальникам медичних послуг практикуватися на найвищому рівні своєї ліцензії, використовуючи всі свої навички у повній мірі;

- Держави повинні розглянути супровідні законодавчі та адміністративні пропозиції щодо дозволу надавачів послуг, які не є лікарями та стоматологами сплачували безпосередньо за їхні послуги, якщо докази підтверджують, що постачальник може безпечно та ефективно надавати цю допомогу;

– Держави повинні розглянути питання про скасування вимог щодо жорсткої практики співпраці та угоди про нагляд;

– Держави повинні оцінювати нові професії в галузі охорони здоров'я, такі як стоматологічна терапія, а також розглянути шляхи, якими можна збільшити ліцензію та обсяг практики і знизити споживчі витрати, водночас забезпечуючи безпечне та ефективне лікування.

Одним з інноваційних напрямків в медичному секторі є розвиток телемедицини. Вона охоплює широкий спектр послуг і технологій, і особливо ефективна, коли лікар повторює особистий догляд, пришвидшує введення від досвідчених практиків, надає інформацію частіше, ніж було б можливим за допомогою особистих візитів або передбачає умови, за якими можна оцінити цифрові зображення. Приклади медичних послуг, які можуть надаватися за допомогою телемедицини, включають: психіатричні послуги, дерматологія, офтальмологія, консультації спеціаліста з неврології та патології, і послуги безпосередньо споживачам для неповнолітніх.

Телемедицина часто збільшує кількість віртуальних постачальників послуг і розширює їх охоплення до нових, сприяючи вигідній конкуренції. Завдяки цьому телемедицина може підвищити цінову та нецінову конкуренцію, призвести до скорочення транспортних витрат і покращення доступу до якісних медичних послуг. Дійсно, телемедицина має великий потенціал для покращення доступу в місцях з недостатнім обслуговуванням. Тим не менш, різноманітні регуляторні бар'єри не дозволяли телемедицині досягти максимального розвитку. Закони та нормативні акти штату зазвичай вимагають щоб постачальники таких послуг мали ліцензію в штаті, де знаходиться пацієнт, таким чином обмежуючи надання послуг телемедицини через межі штату. Вимоги щодо державних ліцензій та обмеження сфери практики є перешкодою навіть для добре розвинутої та природної телемедицини послуги, такі як охорона психічного та поведінкового здоров'я.

Іншим важливим аспектом є те, що зростання витрат на охорону здоров'я частково пояснюється відстороненням споживачів від правдивої ринкової ціни медичних послуг через наявність сторонньої оплати. Історично склалося так, що споживачі не мали жодних причин шукати або купувати дешевші продукти та послуги з більш високою вартістю через велику кількість сторонніх платежів. Натомість ставки відшкодування обговорюються сторонніми платниками, як правило, державою або страховики, і провайдери. І споживачам, як правило, надається мало інформації про ціни на медичні товари та послуги. Значної економії можна досягти, якщо споживачі будуть активно вибирати між постачальниками медичних послуг, на відміну від більшості галузі, які зазвичай пропонують відносно однакові ціни для більшості споживачів відшкодування конкретної послуги значно відрізняться залежно від третьої сторони-платника з яким споживач узгоджується. Варто також зазначити, що споживачі можуть отримати нижчу ціну, сплачуючи за послуги готівкою [14]. Проте споживачам може бути важко знайти інформацію про ціни.

Доведено, що надання споживачам інформації про ціни та перебудова фінансових стимулів, щоб дати споживачам більшу участь у прийнятті ними рішень щодо охорони здоров'я, знижує ціни, не впливаючи на якість. Однією з моделей підвищення залучення споживачів є використання довідкового ціноутворення. Базове ціноутворення встановлює верхню межу суми відшкодування, яку платник сплачуватиме за медичну послугу. Як правило, базова ціна встановлюється відповідно до певного процентиля розподілу відшкодувань постачальників на ринку, наприклад медіанного відшкодування. Якщо учасник отримує медичне обслуговування від постачальника, який стягує плату вище базової ціни, тоді учасник несе відповідальність за різницю. Розширення можливостей пацієнтів: використання вибору для надання довгострокового погляду на охорону здоров'я . Труднощі з доступом до даних про ціну та використання є перешкодою для вибору та конкуренції в охороні здоров'я. Без прямого доступу до таких даних споживачам, навіть тим, хто має

належні стимули, важко робити покупки за встановленою ціною. Незважаючи на те, що в секторі охорони здоров'я існує величезна кількість даних, пацієнти часто мають найменшу користь від них. Дані про претензії містять інформацію про діагнози, процедури та терапію, що застосовуються, роздрібну та амбулаторну видачу ліків, а також місце надання медичної допомоги (офіс постачальника, лікарня тощо). Коли такі дані доступні платникам, дослідникам та іншим, вони можуть сприяти глибокому порівнянню віддалених результатів пацієнтів із застосуванням різних варіантів лікування. Хоча будь-який набір даних (претензії, клінічні дані тощо) може не містити всіх аспектів досвіду пацієнта, кожен може додати цінності. Наприклад, дані про претензії все частіше визнаються центральними для вивчення довгострокових результатів пацієнтів, і деякі платники вже використовують їх для моніторингу ефективності лікування пацієнтів. Дані про претензії також можна використовувати для порівняння результатів на рівні населення між різними моделями оплати та системами доставки, що дозволяє системі охорони здоров'я оптимізувати лікування пацієнтів. Для кращої інформованості їхніх рішень щодо охорони здоров'я та надання пацієнтам і постачальникам послуг цілісного уявлення про здоров'я пацієнтів важливі довготривалі дослідження. Ці дослідження є складнішими, якщо пацієнти з часом переходять до кількох постачальників, і для найкращого використання таких даних, ймовірно, знадобиться співпраця між платниками та постачальниками.

Остаточна надія полягає в тому, що ці дані дозволять платникам, роботодавцям і дослідникам краще визначати відмінності в ціні та якості між постачальниками та платниками. Це, у свою чергу, допомогло б роботодавцям та іншим розробити механізми оплати за довідковими цінами або центрами передового досвіду. Крім того, науковці та треті сторони можуть використовувати ці бази даних для розробки інструментів прозорості цін, а також для дослідження результатів пацієнтів у різних постачальників, послуг і методів лікування. Ці інструменти можуть допомогти пацієнтам знайти

постачальників, які пропонують послуги, доповнюючи часто застарілі довідники постачальників. Вони також можуть заповнити прогалини для споживачів, які не мають доступу до інструменту прозорості цін через свого постачальника, і надати роботодавцям інструмент для порівняння цін на послуги між страховиками. Використання даних про претензії також може допомогти зменшити надмірне використання непотрібної або марнотратної допомоги, ймовірно заощадивши гроші для споживачів, роботодавців і платників податків. Після того, як дані претензій стануть доступними в безпечний спосіб, будь-який додатковий аналіз, презентації або інструменти, створені на їх основі, можна буде комерціалізувати. Це задіяло б ринкові сили для підвищення доступності інформації про здоров'я населення. Споживачі також можуть отримати доступ до зручної для користувача інформації щодо порівняння ціни та вартості на потенційних сайтах медичної допомоги.

Адміністрація повинна продовжувати оприлюднювати та розширювати доступ до даних про претензії з федеральних програм охорони здоров'я, що фінансуються платниками податків, і заохочувати приватний сектор і штати створювати зручні для споживачів веб-сайти, здатні відображати інформацію про ціни для найпоширеніших транзакцій. Адміністрація повинна працювати над тим, щоб такі дані були технічно та фінансово доступними для сторонніх прихильників прозорості, постачальників, розробників, дослідників, роботодавців, державних і місцевих органів влади, а також широкої громадськості. Держави повинні координувати свої зусилля щодо максимізації користі даних претензій (відповідно до всіх відповідних федеральних і державних заходів захисту конфіденційності), включаючи спрощення процесу звітування даних і використання стандартного формату звітності.

Здатність переміщати клінічну інформацію про пацієнта від існуючих постачальників до конкуруючих постачальників є ключовою метою взаємодії та може сприяти конкуренції та розвитку нових і руйнівних бізнес-моделей. Сьогодні це можливість, яку зазвичай називають «сумісністю». Більш широка

модель взаємодії, яка включає мережу пацієнтів і платників, також дозволить їм визначити постачальників із найкращими результатами для конкретних процедур і лікування. Це також дозволить лікарям, які призначають ліки, бачити інформацію про вартість ліків до призначення. Така сумісність прискорить розробку додатків для споживачів, які об'єднують дані про медичне обслуговування, вартість і самопочуття, щоб допомогти споживачам приймати рішення про своє лікування. Підвищення сумісності може також розширити можливості споживачів, знизивши витрати на перехід, які пацієнти відчують під час переходу від одного постачальника до іншого. За його відсутності постачальники можуть використовувати витрати на перехід і бар'єри входження, пов'язане з несумісними інформаційними системами охорони здоров'я, щоб перешкоджати мобільності пацієнтів і конкуренції між постачальниками.

2.2 Сучасні тренди державного регулювання медичної сфери

Забезпечення ефективності у реформуванні та державному регулюванні медичної сфери передбачає вивчення основних тенденцій, що мають місце в даній сфері, для виокремлення найбільш вдалих сценаріїв та досвіду і подальшого впровадження.

Постачальники медичних послуг продовжують досягати прогресу у впровадженні моделей оплати медичних послуг на основі вартості. Успіх програм, які стимулюють постачальників до надання якісної медичної допомоги, змусив постачальників серйозно розглянути можливість взяти на себе більший фінансовий ризик як стратегію досягнення успіху в наступні 3-5 років. Постачальники нестимуть повсякденну фінансову відповідальність за популяцію своїх пацієнтів із посиленням ризиків. Вирішивши взяти на себе управління більшим ризиком, постачальникам необхідно буде розширити послуги домашньої та телемедицини в умовах постійного зменшення кількості

сільських лікарень. Постачальникам необхідно враховувати важливість соціальних детермінант здоров'я та підвищення прозорості при розробці програм для лікування найбільш хворих членів. Лікування на місці надання допомоги стає все більш важливим фактором у стратегії постачальника. Незважаючи на те, що взяти на себе фінансові ризики, пов'язані з підвищенням і зниженням, через контракти, засновані на цінності, залишилося ще багато років, згідно з нещодавнім опитуванням лідерів охорони здоров'я, проведеним HealthCare Executive Group і Change Healthcare, ця тенденція набуватиме все більшого значення в охороні здоров'я. [40]

Згідно з аналізом TransUnion Healthcare, витрати пацієнтів на стаціонарні послуги зросли в середньому приблизно на 14% між 2017 і 2018 роками. Франшизи та доплати пацієнтів у середньому становили 4659 доларів США за відвідування стаціонару в 2018 році порівняно з 4086 доларів США в 2017 році. становила в середньому 1109 доларів США в 2018 році проти 990 доларів США в 2017 році, тобто збільшення приблизно на 12%. У 2018 році середній рахунок за поїздку до відділення невідкладної допомоги становив 617 доларів США, що на 7% більше, ніж у 2017 році, коли коштували 577 доларів США. [64] Те, як споживацтво проявляється в реальному світі, дуже різниться. Наприклад, медичні компанії всіх типів надають все більшого значення своїм стратегіям цінностей.

Постійне зростання витрат на медичне обслуговування призвело до того, що застраховані споживачі сплачують більшу частину рахунків за своє медичне обслуговування у вигляді премій та витрат на індивідуальне обслуговування. Зростаюча загальна вартість для споживачів призводить до попиту на більше розуміння та прозорість витрат на охорону здоров'я. Цей попит призвів до отримання додаткової інформації, необхідної для порівняння послуг та цін на них. Тепер центри медичної допомоги та медичних послуг вимагають від лікарень публікувати свої стандартні тарифи в Інтернеті, а плани охорони здоров'я використовують досвід споживачів і показники результатів,

повідомлені пацієнтами, серед інші ринкових показників. У той же час тиск з відшкодуванням призвів до збільшення кількості закриття лікарень з кінця 2017 року. [54] Ця ринкова тенденція, особливо в сільській місцевості, віщує іншу проблему з доступом до медичної допомоги, яку можна частково вирішити за рахунок впровадження певних ринкових змін (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Зміна ринку в контексті динамічних проблем охорони здоров'я

Вартість медичної допомоги	Доступ до медичної допомоги	Якість медичної допомоги
Механізми зниження ризику	Зменшення кількості сільських лікарень	Зміни моніторингу центрів медичної допомоги та медичних послуг
Збільшення витрат з власної кишені	Розширення домашньої та телемедицини	Прозорість для пацієнтів
Більше планів, які відповідають вимогам медичних накопичувальних рахунків, і планів охорони здоров'я з високою франшизою	Розвиток послуг первинної медичної допомоги на основі аптек	Соціальні детермінанти здоров'я включені в систему відшкодування витрат

Міністерство охорони здоров'я запустило шляхи для швидшого схвалення генеричних або біологічно подібних препаратів, а також цифрової медицини (тобто ліків, пристроїв, діагностики) і точної медицини, включаючи схвалення для нішевих або рідкісних захворювань або для застосування з неспеціалізованими препаратами. Швидке зростання, адміністрування та

широке використання персоналізованих ліків викликають традиційні процеси адміністрування страхування, окрім витрат на лікування. Штучний інтелект, хмарні обчислення та блокчейн-додатки для охорони здоров'я мають намір швидко розвиватися у 2022 році та далі. Подібна простота обчислень та інновації вже почали кидати виклик існуючим заходам захисту персональних даних про здоров'я, а також сприяти більш швидкому отриманню інформації, отриманої з доступних даних. У результаті все більшого використання, додатків і зберігання даних кібербезпека стала навіть важливішою, ніж раніше, для постачальників медичних послуг і систем охорони здоров'я, яким довірено таку особисту інформацію. Утримання легального потоку даних і ланцюжок контролю за межами пацієнта як користувача цих даних стають складнішими. Цей потік даних є позитивною подією, оскільки дозволяє пацієнтам більше брати участь у лікуванні, а також є негативним кроком, оскільки технологічні інновації пропонують дедалі легшу та простішу передачу даних, які можуть бути вразливими до злону. Тут висвітлено не всі аспекти майбутніх галузевих тенденцій у сфері охорони здоров'я. Натомість визначено високорівневий контекст тенденцій, які, ймовірно, з'являться або розвиватимуться. Обсяг і швидкість змін у більшості аспектів охорони здоров'я відображають інші сектори економіки, але вони не були очевидними. Прозорість підвищилася, оскільки споживацтво просувається вперед перед обличчям неухильно зростаючих витрат на охорону здоров'я. Тим не менш, повної прозорості щодо всіх витрат на лікування залишається важко досягнути або діяти, щоб сприяти подальшим змінам. Пропозиції державної політики або нормативні зміни вже змінили ландшафт комерційного страхування після 2020 року, водночас дозволяючи довгостроковим змінам виникати більш поступовими темпами через урядові програми. Комерційні ринки й надалі отримують перевагу для впровадження інновацій.

2.3. Аналіз передового досвіду країн світу у сфері охорони здоров'я

Регулювання можна визначити як «стійкий і цілеспрямований контроль, який здійснює державний орган над діяльністю, яка цінується суспільством» у контексті охорони здоров'я [61]. Існує дві важливі пов'язані концепції регулювання які вважаються «недоглядом» зовнішньої сторони використовуючи певний набір команд/правил для «формування/ впливу на поведінку» медичних працівників.[25] Через вимогу вищих рівнів відповідний досвід і технічні знання в медицині регуляція, по-перше, більш обмежене визначення регулювання — яке обмежується командами/ правилами, що здійснюються державними органами з повноваженнями від законодавства. Підхід до регулювання включає, крім того, добровільне саморегулювання та регулювання, кероване роботодавцем до законодавчого регулювання, в якому професіонали або постачальники співпрацюють і погоджуються з набором стандартів і кодексів практики, незалежний від закону рамки.[22] У сукупності ці широкі нормативні стратегії являють собою своєрідну «регуляторну піраміду» що починається з переконання через більшу співпрацю стратегії в своїй основі і поступово просувається вгору до більш каральних підходів.[12]

Розглядаючи в цьому широкий контекст, основні цілі професій регулювання, в тому числі медичного, необхідно забезпечити якість медичної допомоги через надання та моніторинг мінімально прийнятних стандартів догляду та забезпечення громадської задоволеності щодо якості та безпеки медичної допомоги наданої пацієнтам [66]. У найкращому випадку регулювання забезпечує керівництво для встановлення найкращих практик і підвищення продуктивності шляхом постійного процесу вимірювання та зворотного зв'язку. Однак для медицини існують глобальні виклики регуляторів, що зумовлено головним чином зміною середовища медичної практики, на яку постійно впливають розвитком технологій і наукових знань і відносинами лікаря-пацієнта Довіру громадськості до лікарів також змінено,

частково через приклади недбалості висвітленої ЗМІ. Десять ключових світових трендів у медицині регулювання, що впливає з огляду політики:

1. Зміни в медичному регулюванні розглядаються як спосіб покращення якості обслуговування пацієнтів.

2. Реформа медичного регулювання потребує державного та законодавчого втручання.

3. Створення спільних принципів політики, структур та організації регулювання між професіями є новою тенденцією.

4. Залучення непрофесіоналів до рад і запитів стає все більш поширеним.

5. Медичне регулювання відходить від моделей саморегуляції до регулятивних моделей які підкреслюють партнерство між професіями та громадськістю, лікарями та пацієнтами.

6. Постачальники медичних послуг та інституційні регулятори відіграють додаткову роль у медичному регулюванні.

7. Переатестація/компетентність і підтвердження/повторна сертифікація

8. Регулювання впливає на якість медичної допомоги, а не лише на виявлення та лікування бідних продуктивність.

8. Слідчі та дисциплінарні функції дедалі більше розмежовуються та організовуються незалежно один від одного.

9. Безперервний професійний розвиток є обов'язковим для лікарів у багатьох юрисдикціях.

10. Випускники медичних закладів за кордоном приймаються на практику різними способами в різних країнах

1. Зміни в медичному регулюванні розглядаються як спосіб покращення якості обслуговування пацієнтів. Серед зростаючого попиту як з боку населення, так і пацієнтів для прозорості щодо стандартів догляду та медичної практики, багато юрисдикцій приймають регулятивні реформи їхніх професій охорони здоров'я- включаючи їхні медичні професії. Ці зміни часто викликані скандалами та політичними інтересами. Рушійна сила більшості медичних

реформ регулювання – це турбота про забезпечення кращих стандартів догляду за пацієнтами та захисту населення від шкідливої медичної практики.[9] Хорошим прикладом є справа доктора Гарольда Шипмана, лікаря загальної практики, якого засудили за вбивство понад 200 його пацієнтів за 20-річний період. Справа доктора Шипмана стала одним із поштовхів для значної реформи регулювання роботи лікарів у Великобританії. Після цього було опубліковано серію статей таких як Розслідування Шипмана, скандал Брістольської педіатричної хірургії та інші події, і ці події призвели до значних змін у регулюванні професійної діяльності лікарів у Великобританії.[68 73] У Великобританії виявили, що клінічна компетентність частини персоналу значно впала нижче стандарту для безпечного, ефективного обслуговування. У Гонконзі останнім часом спостерігається тенденція в індустрії краси до залучення медичного персоналу до бізнесу з метою залучення споживачів. Це викликало питання стандартів і обсягу практики лікарів, що спонукало уряд запропонувати серію нормативних змін для покращення якості та безпечності догляду.[55,78]

В іншому прикладі використовується регуляторна політика Малайзії щоб покращити якість медичної допомоги, а саме заохочення медичного туризму стимулює реформи регуляторних структур, включаючи охоплення як державного, так і приватного секторів із загальними стандартами для забезпечення якості.[42] Усі ці приклади допомагають підкреслити, що мед регулятивні процеси та політика існують у континуумі розвитку, на який впливає широкий спектр фактори — від економічних інтересів до громадської думки і зміна суспільних очікувань.

2. Реформа медичного регулювання потребує втручання з боку держави та законодавства

Системи регулювання можуть накладати правові обмеження або контроль практики лікарів, законодавства, адміністративних указів та/або судових рішень. Потрібно реформувати медичного регулювання вживаючи заходи або

шляхом створення нового законодавства або внесення змін до чинного законодавства. Наприклад, було прийнято рішення скоротити членство Генеральної медичної ради Великобританії з 35 до 24 у 2009 році та зменшити до 12 у 2013 році і спростити механізми управління та зосередитися на стратегії та менеджменті її виконавців.[29] Іншим прикладом реформування регулювання через законодавчі зміни є створення законодавства забезпечити регулятивну послідовність. Австралія, Нова Зеландія і шість провінцій/територій Канади ввели в дію загальне законодавство про медичну професію; тобто використання єдиного загального статуту, який визначає процедури однакові для всіх професій, щоб забезпечити послідовність регулювання між різними видами медичних спеціальностей. Така структура не запропонована в юрисдикціях Азії, які ми вивчали, хоча державний нагляд за регулюванням є більшим ніж у західних юрисдикціях. У Гонконзі, як і в інших юрисдикціях, якщо уряд бажає реформувати медичне регулювання, його законодавча рада має погодити зміни і офіційно прийняти їх у закон після періоду дебатів.

3. Створення спільних принципів політики, структури та організації регулювання між професіями є новою тенденцією. Все частіше розглядається включення медичне регулювання в рамках більш широкого загального законодавства з метою забезпечення узгодженого національного законодавства між професіями. В Австралії, наприклад, Австралійське агентство з регулювання медичних працівників була створена в 2010 році, щоб принести спільні цінності та процеси між спеціальностями охорони здоров'я, які зараз дотримуються подібних процедур реєстрація, керівництво їх органом управління, розглядом скарг і професійними дисциплінарними процесами.[11] Агентство підтримує 14 національних рад, які відповідають за регулювання охорони здоров'я, догляд професійних груп в управлінні реєстрацією лікарів-практиків та дослідження професійної поведінки та виконання. Британське управління професійними стандартами охорони здоров'я та соціальною

допомогою є ще одним прикладом всеосяжного органу, який контролює різноманітні регулятори як форму мета-регулювання.[67] Рішення про те, чи мати загальний орган, окремі регуляторні органи або самоакредитацію зазвичай передбачає поєднання історії, лобіювання та бажання особи професії, щоб мати більший контроль над своїми власними нормативними актами.[63]

4. Залучення непрофесіоналів до рад і запитів стає все більш поширеним. Поряд із вимогою більшої публічної підзвітності та прозорості, представництво непрофесіоналів стає загальносвітовою нормою медичного регулювання. Ступінь суспільної участі у медичному регулюванні варіюється в різних сферах. Публічне представництво на медичних радах/комісіях є різними від 50% у Великобританії до 0% у Сінгапурі, Малайзії та материкового Китаю, де є більший державний контроль - підкреслюючи суттєві відмінності між юрисдикціями в деяких країнах Азії порівняно із Заходом. Загальна світова тенденція, однак, йде до збільшення участі людей, в огляді і запитах в медичному регулюванні. Дослідження у Великобританії показало, що громадськість віддала перевагу поєднанню кваліфікованих медичних фахівців і обізнаних людей без мед кваліфікації для оцінки роботи лікарів. Важливість залучення громадськості та пацієнтів у програмі ревалідації лікарів наголошується у Великобританії.[62] Однак надання належного навчання та підтримка громадян, які служать як регуляторів також вважається необхідним, навчання надається на постійній основі, щоб тримати людей в курсі подій у галузі і допомогти переконатися, що лікарі розуміють цілі залучення громадян.

5. Медичне регулювання відходить від моделей саморегуляції до регулятивних моделей які підкреслюють партнерство між професіями та громадськістю, лікарями та пацієнтами. Саморегуляція вкорінена в концепції професіоналізму, яка надає права професіям регулювати себе. Частково через зміни в суспільних очікуваннях, які є результатом скандалів і поганої професійної практики, спостерігається значний відхід від концепції права до

саморегуляції для лікарів і до більшої відкритості, підзвітності та залученості громадських представників. Висвітлено різні моделі управління нагляд за саморегулюванням. Є відносно сильний урядовий нагляд та пряма участі в азіатських країнах, наприклад, таких як Сінгапур, Малайзія та материковий Китай. Великобританія, Австралія і Нова Зеландія беруть участь у спільному регулюванні та підкреслюють партнерство між урядом і громадськістю. У США постачальники та страхові компанії, які можуть вимагати участі лікарів в атестації або сертифікація є елементом де-факто нормативної структури. Професії в Канаді саморегулюються через професійні коледжі або об'єднань, які здійснюють комплексне регулювання функції. На вільному ринку Гонконгу Конг, високий ступінь професійної автономії було збережено, і лікарі в основному саморегулюються медичною радою та Гонконгською академією медицини. Цей огляд свідчить про те, що медичний працівник відходить від поточної передумови саморегулювання, яке часто розглядається як захист власних інтересів, до одного з партнерств між професіями, регуляторами та громадськістю («співрегулювання»).

6. Постачальники медичних послуг та інституційні регулятори відіграють додаткову роль у медичному регулюванні. Постачальники медичних послуг та інституційні регулятори відіграють більшу роль у зовнішньому нагляді в країнах Заходу в порівнянні з Китаєм, Сінгапуром чи Малайзією, де мед регулювання знаходиться під більшим державним контролем. Наприклад, крім Загальномедичної Ради (GMC) у Великобританії діють «незалежні» організації, такі як Комісія з якості медичного обслуговування як інституційні регулятори, виступаючи як зовнішня сторона регулювання якості та безпеки медичної допомоги яка надається професіоналами, які працюють у цих установах. Система фінансування охорони здоров'я в Сполучених Штатах включають державну допомогу, через такі програми, як Medicare for older дорослих і Medicaid для тих, хто не має здібностей платити; приватне медичне страхування, яке здійснюється переважно роботодавцем; і з власної кишені

оплата тими, хто не має страховки або отримати право на державні програми. Як зазначалося раніше страхові компанії/роботодавці можуть вимагати, щоб застрахований проконсультувався з лікарем, який пройшов атестацію та сертифікат за спеціальністю для відшкодування, тим самим відіграючи роль у медичному регулюванні. У цих налаштуваннях це має сенс для професійних регуляторів та постачальників для роботи партнерства та домовитися про стандарти для забезпечення якісного обслуговування пацієнтів - і це партнерство має бути відкритим і прозорим. Гонконг ще не вирішив це питання модель партнерства.

7. Регулювання впливає не тільки на якість медичної допомоги виявлення та усунення поганої роботи.

Окрім дотримання професійних стандартів, з'явився наголос серед регуляторів щодо підвищення якості медичної допомоги шляхом раннє втручання та відновлення для бідних продуктивність серед лікарів. Більшість юрисдикцій мати системи для виявлення поганої продуктивності, але методи виявлення та втручання відрізняються. Набір стандарти зазвичай визначають компетентну практику як відправна точка для оцінки хорошої/поганої роботи, забезпечуючи поріг, за яким погана практика може бути оціненою. Наприклад, «Належна медична практика» в Великобританія забезпечує основу для принципів і цінностей на якому ґрунтується компетентна практика. Різні підходи до оцінювання використовуються в юрисдикції, які ми вивчали, включаючи не тільки оцінку медичні працівники, які отримали скарги на свою практику, а й періодично оцінка та перевірка всіх лікарів, або принаймні ті, які становлять високий ризик. Наприклад, повторна перевірка у Великобританії використовується підхід періодичної оцінки через свою систему повторної перевірки для забезпечення лікаря компетентність, у той час як Канада використовує підхід скринінгового оцінювання — ідентифікація конкретних груп (наприклад, лікарі старше 70 років у Квебеку) для оцінка за допомогою набору скринінгових показників. Такі механізми, як повторна сертифікація та

ревалідація діють у Сполучених Штатах і Великобританії оцінювати та контролювати роботу лікарів компетентність. Є велика кількість доказів показано, що повторна сертифікація пов'язана з покращенням продуктивності. У Сполучених Штатах лікарі може обрати сертифікацію Американської ради медичних спеціальностей та його 24 членські ради щоб показати, що вони досягли більшого, ніж мінімальні стандарти, необхідні для отримання ліцензії. Вони можуть пройти повторну сертифікацію через підтримку сертифікації (MOC), яка була започаткована в 2000 році вимагає від більшості сертифікованих спеціалістів періодично отримати повторну сертифікацію на основі оцінки з чотирьох частин перевірки їх медичних знань, клінічної компетентності та навички спілкування з пацієнтами. однак, лікарі критикували МОК як дорогі і трудомісткі вправи, особливо в умови іспитів, які він вимагає. Від лікарів не вимагається сертифікація за спеціальністю. У Великобританії Генеральна медична рада (GMC) у грудні 2012 року розпочав повторну перевірку після майже 15 років дискусій з професією. Вперше, переатестація зараз просить лікарів продемонструвати, що вони готові дати та придатність до практики протягом п'ятирічного циклу за щорічною оцінкою. Перевірка підтримується бути процесом, який визначить погану практику та принести користь усім лікарям. Однак спочатку отримав рішучі заперечення з боку деяких осіб у медиків, які критикували пропозицію як непрактичним і занадто дорогим і назвав це порушенням саморегуляції. В Азії мало рухів у напрямку індивідуальна повторна сертифікація або ревалідація. Це може в частково через вищий рівень приватного забезпечення догляду, сама по собі є викликом медичному регулюванню. в Гонконг, наприклад, важко оцінити лікарі первинної ланки, коли вони працюють самостійно і регуляторні структури відсутні. Це призводить до питання про те, як найкраще регулювати провайдерів у система оплати первинної медичної допомоги з власної кишені зазвичай зустрічається в Азії.

8. Безперервний професійний розвиток (CPD) є обов'язковим для лікарів у багатьох юрисдикціях. Зростає тенденція до впровадження CPD для всіх лікарів, щоб вони могли підтримувати свої професійну компетентність і продемонструвати це їхні практики відповідають професійно узгодженим стандарти. До цього часу безперервна медична освіта (CME) у формі формальних лекцій або семінарів з кредитними балами на основі часу традиційно використовується для позначення підтримки своєї професійної компетентності. Однак CME стає все більше вважається більш пасивною формою навчання, призвело до міжнародного відходу від CME та до ППР, що включає розвиток медичні, управлінські, соціальні та особистісні навички. Численні дослідження показали, що CPD може покращити стан здоров'я пацієнтів.³³⁻³⁶ програми CPD зосередитися головним чином на професійному розвитку, щоб зберегти сучасні знання лікарів CPD є не є обов'язковим для всіх лікарів у Гонконзі, хоча Академія медицини Гонконгу потребує спеціалістів для залучення НПР. Малайзія прийняла закон про обов'язкове ППР, але він не був реалізований.

9. Закордонні медичні випускники приймаються на практику по-різному залежно від країни. Залучення лікарів, які пройшли підготовку за межами країни, в якій вони практикують, часто пов'язана з дефіцитом лікарів у певних спеціалізованих галузях, часто в більш розвинутих державах.[26] Такі країни як Велика Британія, Сполучені Штати, Австралія і Канада мають нестачу лікарів, що призвело до розробки різноманітних систем які дозволяють випускникам-іноземцям-медикам працювати. Вимоги до цих випускників медичної галузі відрізняються, хоча оцінка рівня володіння мовою є необхідною для всіх. Сполучені Штати, Канада й Гонконг також вимагають ліцензовані іспити як одну з форм перевірки компетентності. Деякі інші країни, такі як Малайзія та Сінгапур, мають визнаний список кваліфікованих за кордоном закладів, в яких закордонні лікарі навчалися і можуть бути прийняті. Однак для цих випускників ще перед цим потрібна певна форма професійного нагляду в

зкладах охорони здоров'я. Інші, такі як Австралія та Нова Зеландія мають різні шляхи для лікарів з міжнародною підготовкою- залежно від їхньої кваліфікації - і їм може знадобитися завершити визначений період під наглядом замість або на додаток до кваліфікації/ ліцензійних іспитів або стажування.

Регулювання кваліфікованих медичних працівників є важливою темою для обговорення багатьох людей у всьому світі з різних причин - діапазон від політичного, фінансового, правового, професійного тиску до нових занепокоєнь щодо якості медичного обслуговування та безпека пацієнта. Це може зробити медичне регулювання ключовим фактором у дискусіях про загальну реформу охорони здоров'я. Глобальна мережа причетних до перегляду і зміни медичних регуляторних процесів зростає і швидко змінює рельєф для обговорення цих питань у всьому світі. Країни відрізняються за тим, як і ким вони регулюються. Нормативна практика є культурно визначеною у кожній юрисдикції, і немає універсального рішення. Рівні регуляторної автономії варіюються на основі історичного контексту, соціально-політичного середовища та суспільних інтересів. Інші фактори, такі як цілі державного регулювання, стимули для поведінки тих, хто регулюється, і витрати регулятивних збоїв, також відіграють певну роль. Загалом державний нагляд за регулюванням є більше в Азії (наприклад, Китай, Сінгапур і Малайзія) і було мало рухів до індивідуальної переатестації або перепідтвердження в цих країнах. Залишається Гонконг, оскільки він зберігає медичну саморегуляцію. Огляд нормативно-правової бази для лікарів забезпечує важливе розуміння Гонконгу та його зусиль щодо реформ поточного професійного регулювання охорони здоров'я, з урахуванням місцевого контексту та цінностей. У порівнянні з британським і північноамериканським регуляторними моделями, медичне регулювання в Гонконгу характеризується високим ступенем професійної автономії. Враховуючи світову тенденцію відходу залежно від саморегулювання, слід переглянути відповідний рівень представництва непрофесіоналів у процесі регулювання для збільшення підзвітності та прозорості та підзвітності поглядів

різних зацікавлених сторін. Розглядаються обов'язкові програми НПР для всіх лікарів та загальнодоступні та інші способи покращення виявлення і управління поганою продуктивністю має розглядатися з метою покращення якості догляду, особливо в приватному секторі первинної медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

1. В рамках другого розділу даної роботи нами було проаналізовано головні підходи до реформування сфери охорони здоров'я. Вдалося встановити, що найбільш актуальною тенденцією є створення ринкових умов в медичній сфері, і це забезпечить, по-перше, підвищення якості медичних послуг, і, по-друге, зниження їх вартості. Важливим питанням, на нашу думку, є рівень та характер втручання державних органів в сферу здоров'язбереження. Саме тому ми проаналізували досвід передових країн, який дав змогу дійти висновку, що основними напрямками удосконалення сфери охорони здоров'я є розвиток дистанційних послуг, розробка напрямків раціоналізації ціноутворення, підвищення рівня доступності медичних послуг, ліцензування медичних послуг та їх надавачів, тощо.

2. Важливу роль в підвищенні якості медичного обслуговування відіграє склад та якість інформації, яка є доступною споживачам послуг. Наголошувалося, що у зв'язку з низьким рівнем інформованості населення щодо складу, якості та вартості медичних послуг, якість медичного обслуговування все ще знаходиться на низькому рівні. Саме тому було підкреслено про важливість поширення достовірної інформації, а також створення спеціальних контролюючих органів, які оцінюватимуть відповідність рівня медичного обслуговування загальним критеріям. Досвід передових країн вже продемонстрував ефективність впровадження подібних заходів, а тому для країн, у яких медична сфера тільки набуває свого повномасштабного розвитку, це є правильним вектором розвитку.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В ПЕРІОД ГЛОБАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

3.1 Проблематика розвитку в українському секторі охорони здоров'я

Метою підвищення ефективності державного регулювання охорони здоров'я в Україні має стати:

- збільшення чисельності населення;
- збільшення тривалості життя громадян;
- підвищення якості та доступності медичних послуг для населення.

На думку О. Грициняка, з метою підвищення ефективності державного регулювання раціональною буде систематизація наступного переліку блоків:

- політичного, що забезпечить населенню отримання якісної та вчасної медичної допомоги;
- організаційного, який передбачає реформування медичної галузі з метою вдосконалення організаційної системи підготовки медичних кадрів та розвитку інфраструктури та ресурсного забезпечення;
- правового, який забезпечить доцільну нормативно-правову базу реформування системи охорони здоров'я шляхом розробки та прийняття необхідних законодавчих актів;
- економічного, який дозволить реформувати підходи до фінансового забезпечення системи охорони здоров'я [35].

За словами Ю. Бережної, забезпечення національної безпеки у сфері охорони здоров'я потребує вдосконалення інструментів державного регулювання сфери охорони здоров'я з урахуванням необхідності забезпечення функціонування національного кластеру охорони здоров'я з метою реалізації

потенціалу охорони здоров'я. і сталого розвитку соціально-економічних відносин на всіх взаємопов'язані ринки цієї сфери [16]. У зв'язку з цим, на сучасному етапі реформування необхідні перспективні напрями держави в регулюванні сфери охорони здоров'я, а саме:

- суттєві доповнення та зміни чинної системи. встановлено законодавство, а також організацію механізму регулювання охорона здоров'я шляхом запровадження постійного моніторингу та контролю за виконанням дій уповноважених органів влади всіх рівнів; організація дослідження економічної ефективності мед діяльності; оптимізація кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я;

- створення функціонального механізму поточної диференціації ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я; нормативне регулювання діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах;

- забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг; моніторинг та підвищення якості медичної допомоги; формування та розвиток «медико-економічного» потенціалу країни [56];

- удосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту;

- забезпечення підготовки (зміни) спеціалізації лікарів та медичного персоналу за рахунок бюджетних коштів;

- створення належних організаційних умов для функціонування єдиного медичного простору для надання гарантованого пакету медичних послуг та реалізації права пацієнта на вільний вибір лікувального закладу та лікаря;

- впровадження системи моніторингу та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я; розробка, впровадження наскрізних протоколів медичної допомоги та контроль за їх виконанням.

- перехід на новий механізм фінансування закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом запровадження нових механізмів фінансування – поступовий перехід до фінансування за наданими медичними послугами гарантованого пакету медичної допомоги;

- запровадження плати за результати діяльності закладів охорони здоров'я як самостійних суб'єктів господарювання, тобто оплати фактично наданої ними медичної допомоги пацієнтам;

- запровадження нової моделі фінансування первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- укладання договорів про надання медичних послуг, які входитимуть до гарантованого пакету медичної допомоги;

- запровадження механізмів медичного страхування (у разі прийняття відповідних нормативно-правових актів) шляхом визначення основних медичних послуг для розвитку базового соціального пакету; у випадку прийняття нормативно-правових актів щодо створення та впровадження механізму страхування в системі охорони здоров'я України.

Такі поняття, як «збір» та «джерела коштів», часто викликають плутанину. Реформи «збирання» коштів, що розглядаються в цьому розділі, суті, включають спроби зміни:

- початкових джерел фінансування;
- механізмів здійснення внесків;
- агентів зі збору коштів (як показано на табл. 3.1).

Ефективність проведених реформ збору доходів безпосередньо залежить від загальної фіскальної ситуації в країні, від її здатності мобілізувати податкові та інші державні доходи, що, своєю чергою, залежить від структури економіки та стану трудових ресурсів. Проведена політика в галузі охорони здоров'я також може мати важливе значення: насамперед це стосується здатності органів управління охороною здоров'я лобювати свої інтереси та впливати на уряд з

метою підтримки та збільшення державних витрат на охорону здоров'я та використання механізмів збору доходів для досягнення інших цілей фінансування галузі. Найбільшою мірою реформи збору доходів можуть вплинути на такі цілі: справедливий розподіл фінансування (шляхом зміни у розподілі джерел фінансування та механізмів здійснення внесків) та ефективність управління (шляхом зміни у механізмі збору).

Таблиця 3.1

Джерела та механізми здійснення зборів в медичній сфері

Первинні джерела коштів	Механізми здійснення внесків	Агенції зі збору коштів
Фізичні особи / сім'ї / працівники	1) Прямі податки, зокрема податки на зарплатню	Центральний уряд
Роботодавці / корпорації		Місцевий уряд
Іноземні та вітчизняні НУО та благодійні організації	2) Непрямі податки	Агентство соціального страхування
Іноземні уряди та мультикультурні агенції	3) Інші обов'язкові внески	
	4) Добровільні попередні платежі	Інші страхові фонди
	5) Прямі платежі постачальникам на момент отримання медичної допомоги	Роботодавці
Іноземні та транснаціональні компанії	6) Гранти	Цільові ощадні фонди
	7) Позики	Виробник медичних послуг

Звісно, основною метою проведення таких реформ було збільшення чи стабілізація рівня державного фінансування охорони здоров'я. Хоча збільшення

доходів, що збираються, саме по собі і не є стратегічною метою, зниження бюджетних обмежень, з яким стикається галузь, у свою чергу, підвищує шанс успішного досягнення всіх стратегічних цілей системи фінансування охорони здоров'я⁴¹. Крім того, зміни в джерелах фінансування пов'язані з реформами в системі об'єднання коштів у пули та в системі закупівель і можуть бути важливим кроком впровадження реформ системи фінансування навіть у разі відсутності екстенсивного впливу структуру доходів.

Підсумовуючи, реформи збору доходів, що проводяться в регіоні, оцінюватимуться за такими критеріями:

- Чи збільшився загальний рівень державних доходів, що спрямовуються на охорону здоров'я?

- Чи вплинули реформи на справедливий розподіл фінансування (наприклад, чи розподіл тягаря фінансування став більш прогресивним)?

- Чи вдалося зберегти загальне охоплення медичними послугами, якщо право на отримання гарантованого набору медичних послуг буде пов'язане із внесками?

- Як вплинули зміни у джерелах коштів та способах їх збору на ефективність управління?

- Чи були використані нові механізми збору доходів для сприяння проведенню інших реформ у сфері фінансування охорони здоров'я?

Одною з проблем в українській медицині є неформальні платежі. Це явище - спадщина системи охорони здоров'я до перехідного періоду, де добре було відомо, що пацієнти платили лікарям за надані медичні послуги, які офіційно мають бути безкоштовними для користувачів.

Скорочення неформальних платежів явним чи неявним чином має становити частину реформи. Неформальні платежі часто розглядаються як небажані в силу передбачуваного негативного впливу на цілі політики фінансування охорони здоров'я, зокрема прозорість, фінансовий захист, доступність медичної допомоги та, ймовірно, ефективність. Незважаючи на

широкомасштабні реформи в секторі охорони здоров'я, лише деякі країни змогли досягти значного прогресу у скороченні обсягу неформальних платежів. І це не збіг, що успішні історії трапляються рідко. Феномен сам по собі є складним, і його походження та вплив є спірними. Не існує загальноприйнятого визначення неформальних платежів, вони важко піддаються виміру, і навіть сам термін вживається неправильно, оскільки не всі неформальні платежі є неофіційними в тому сенсі, що вони не проходять перевірку і не вказуються у звітах

Виплати можуть бути як у грошовій, так і в натуральній формі і виплачуються різним категоріям медичного персоналу, який бере участь у процесі лікування пацієнта: лікарю, хірургу, анестезіологу, медсестрам, лаборантам та іншому персоналу, який проводить діагностику, тощо. У деяких країнах приймальний стаціонар допомога пов'язана з необхідністю для пацієнтів оплачувати (готівкою або в натуральній формі) за ліки, медичні матеріали (шприци, внутрішньовенні трубки) і навіть немедичні матеріали (електричні лампи, мило, білизна). Крім того, за відсутності медперсоналу родичі повинні забезпечити харчування та догляд, частково введення наркотиків та ін'єкцій [69]

Незважаючи на загальну згоду щодо того, які види платежів відносяться до «неофіційних платежів», не було досягнуто згоди щодо загального визначення та концептуальної структури. Дослідники запропонували різні визначення, які наголошують на різних відмінних рисах неформальних платежів, таких як корупція, незаконність і порушення формальних вимог. [44] Однак, залежно від правового контексту країни, такі виплати не можуть бути (вважатися) корупцією, не є незаконними і можуть навіть не бути неформальним .

Існують різні пояснення походження неофіційних платежів з різними наслідками для процесу формування політики. Неофіційні платежі – це підсистема особистих платежів громадян під час отримання медичної

допомоги, яка відрізняється тим, що офіційні платежі здійснюються в законодавчому полі, а неофіційні – додатково до них. Але чому люди платять більше, ніж потрібно? Чи є неофіційні платежі особистою традицією «подяки»? Чи неофіційні платежі є ознакою того, що люди не знають своїх прав? Або такі виплати є симптомом неспроможності системи охорони здоров'я виконати обіцяне? Відповіді на ці запитання мають вирішальне значення для процесу формування політики не лише тому, що вони визначають, які дії можна і потрібно вжити щодо неформальних платежів, а й тому, що вони вказують, чи варто це робити взагалі. У цьому відношенні найважливіша відмінність пояснюється культурною (подарунок) та іншими (правовий, раціональний економічний, соціальний капітал, «inXit») теоріями неформальних платежів.

Пояснення про культуру по суті походить з того, що неофіційні платежі є доброзичливим, культурним феноменом, мотивованим вдячністю, яку пацієнти добровільно висловлюють після надання послуг. Якщо це стосується більшості неофіційних платежів, то причини неофіційних платежів знаходяться поза контролем системи охорони здоров'я, і єдиний спосіб їх зменшити – це змінити культуру суспільства. Однак це зовсім не обов'язково, оскільки вдячність не впливає негативно на роботу системи здоров'я. Навпаки, усі інші теорії припускають, що неофіційні платежі є проблемою, оскільки вони подібні до плати за послуги, з їхнім добре відомим негативним впливом на справедливість, ефективність та інші цілі політики фінансування охорони здоров'я. Однак існує невелика, але важлива різниця між юридичним та етичним поясненням (корупція) та іншими моделями в рамках підходу «плата за послуги». Наслідком корумпованої структури державного сектора [52] є те, що неофіційні платежі є формою хабарництва, і основна відповідальність за це лежить на корупціонерах, державних службовців, яких слід покарати, щоб зменшити неофіційні платежі. Навпаки, теорії економічного, соціального капіталу та inXit пояснюють виникнення неофіційних платежів певними структурними та функціональними особливостями системи охорони здоров'я.

Зокрема, теорія inxhit включає все, крім одного пояснення, в єдину, об'єднану модель.

Прямі та непрямі докази свідчать про те, що теорія культури (подяка) не пояснює більшість неформальних платежів. По-перше, було висловлено припущення, що виплати, які здійснюються медичним працівникам після надання послуг, мотивовані подякою, на відміну від платежів, які здійснювалися до надання послуги. Проте, неможливо чітко визначити початок і кінець лікування для багатьох медичних послуг, особливо в контексті первинної медичної допомоги та лікування хронічних захворювань. По-друге, платежі в натуральній формі, такі як ліки, медичні та немедичні вироби, суперечать культурному поясненню неофіційних платежів. Скоріше вони відображають умови, за яких громіздка лікарняна інфраструктура, успадкована від радянської епохи, поглинула значну частку різко скороченого державного бюджету, залишивши обмежені ресурси для закупівлі ліків і медичних товарів, а також адекватної оплати праці працівників. Нарешті, більшість досліджень, які вивчають мотиви неофіційних платежів, свідчать про те, що подяка, як і примус, є поширеною мотивацією для здійснення неофіційних платежів. І визначити істинність цих двох типів мотивації – завдання не з легких.

Ступінь, до якого неофіційні платежі є проблемою політики, залежить від того, як вони впливають на ефективність системи охорони здоров'я. Неофіційні платежі часто вважаються проблемою самі по собі. Але чи варто політикам хвилюватися, якщо неофіційні платежі не впливають негативно на досягнення цілей політики охорони здоров'я? Загалом існує обмежена кількість переконливих доказів того, що неофіційні платежі стосуються всіх важливих цілей політики. З'являється все більше доказів впливу неформальних платежів на фінансовий захист, справедливість і прозорість. Однак дані про якість та ефективність обмежені або залишаються неопублікованими.

Неформальні платежі непропорційно обтяжують бідних. Неформальні платежі за ліки та предмети медичного та немедичного призначення подібні до

будь-яких інших офіційних кишенькових платежів громадян під час отримання медичної допомоги і, безперечно, є регресивними. Питання про вплив неофіційних платежів на справедливість, яке обговорюється, полягає в тому, чи є вони справедливими, враховуючи практику цінової дискримінації лікарів (нижча вартість для бідніших пацієнтів і вища для багатших пацієнтів). Існують докази того, що неформальні платежі ускладнюють доступ до медичної допомоги по-різному в різних країнах. Дані про рівень і розподіл неформальних платежів не відображають повною мірою їхній реальний тягар, покладений на бідні верстви населення, якщо велика сума очікуваних виплат перешкоджає або затримує звернення за медичною допомогою, як у випадку з офіційними платежами споживачів. Існують докази у країнах регіону із нижчим рівнем доходів, що саме так і відбувається.

Неформальні платежі, за визначенням, не є прозорими, тому на них не поширюється політика виключення. Основною проблемою неформальних платежів з точки зору прозорості є те, що пацієнти не знають заздалегідь, скільки їм доведеться заплатити під час перебування в лікарні. Це доповнюється фактором непередбачуваності виникнення захворювання. Крім того, пацієнти не захищені від того, що лікар може стягнути необґрунтовану плату за цю послугу.

Тому, незважаючи на те, що неформальні платежі, порівняно з офіційними оплатами з власної кишені пацієнтів, мають дещо менший негативний вплив з точки зору справедливого розподілу фінансового тягаря та доступу до медичної допомоги, вони все ж залишаються поза контролем держави, і неможливо створити систему з прозорими правовими механізмами та виключенням окремих груп із платіжної системи. Проте формалізація неофіційних платежів не завжди призводить до покращення ситуації для малозабезпечених верств населення, оскільки не меншим викликом є розробка та впровадження системи обов'язкових платежів пацієнтів, яка передбачає звільнення певних категорій від оплати. в собі. Перехідний період, протягом

якого неофіційні та офіційні платежі співіснують, неминучий, і в цей період дуже важко встановити прозорість прав. Дійсно, пацієнти часто не розуміють, які права вони мають, особливо у випадку складних і часто змінюваних правил.

Таблиця 3.2

Роль ринку в регулюванні низького рівня задоволеності населення послугами в медичній сфері

Чинники розвитку ринку	Роль ринку	Охоплення
Широта державного охоплення (відкритість державної системи: частка населення, яким поширюється страхування)	Заміщаюча	Групи населення, які виключаються чи можуть відмовитися від державної системи
Обсяг державного охоплення (гарантований державою набір медичних послуг)	Доповнююча(послуги)	Послуги, виключені із державної системи
Глибина державного охоплення (частка вартості гарантованого набору послуг, що покривається державним фінансуванням)	Доповнююча (платежі пацієнтів)	Обов'язкові платежі пацієнтів, які встановлюються державною системою
Задоволеність пацієнтів (думка про якість медичних послуг)	Додаткова	Швидший доступ та право пацієнтів на ширший вибір пацієнтами

Добровільне медичне страхування можна класифікувати відповідно до його ролі щодо державної системи. Міжнародні дослідження показують, що ринки ДМС, як правило, формуються на основі характеристик державної системи, зокрема ступеня охоплення державної системи. Отже, прогалини в рівні державного охоплення є ключовими факторами, що визначають розвиток ринку ДМС. Там, де ДМС компенсує недоліки охоплення державної системи

шляхом надання фінансового захисту для груп людей, які виключені або можуть відмовитися від державної системи, вона відіграє заміщувальну роль. Крім того, воно бере на себе додаткову роль, у якій акцентується увага на обмеженнях в обсязі та глибині гарантованого державою набору медичних послуг, та додаткову роль у ситуаціях, у яких вона реагує на низький рівень задоволеності користувачів державною системою (табл. 3.2).

Прогалини в обсязі, глибині та широті охоплення державного страхування існують, хоча їхня величина значно варіює в залежності від рівня державних витрат на охорону здоров'я. Однак наявності прогалин не вистачило для забезпечення розвитку життєздатного ринку ДМС у більшості країн регіону. Величезна кількість перешкод стоїть на шляху, наприклад, платоспроможність, відсутність регламентуючого потенціалу і продовження використання неформальних платежів. Обмежена платоспроможність є головною перешкодою по дорозі розвитку ДМС. У деяких країнах це посилюється відсутністю інтересу роботодавця чи держави у субсидіванні ДМС, що закликає до ширшого використання податкових стимулів. Тим не менш, на міжнародному рівні існує мало свідчень того, що податкові субсидії сприяють розвитку ДМС і пов'язані з цим витрати можуть бути значними. На практиці довіра фізичних осіб та роботодавців на ринку є важливішим фактором у стимулюванні розвитку ринку. [19] Недовіра на ринках страхування особливо характерна в країнах, в яких застосовувалися фінансові піраміди, але це також відображає ширшу недовіру серед населення, спрямовану на приватні ринки (через побоювання з приводу високої вартості та корупції) та відсутність досвіду придбання будь-якої страховки. Ставлення громадськості до ДМС може також ускладнюватись переконаністю у ролі держави, що забезпечує універсальний вільний доступ до медичних послуг, що призводить до більшої переваги державного фінансування та надання медичних послуг.

Збереження неформальних платежів замість інших прозоріших механізмів оплати в державному та приватному секторах може стримувати

розвиток ДМС як життєздатність. По-перше, ДМС не завжди може захистити від неформальних платежів, тому люди можуть боятися необхідності платити двічі - премії ДМС і наступні неформальні платежі - для отримання доступу до конкретної послуги. По-друге, ті, хто придбав ДМС, мають бути впевнені, що платежі постачальника через третіх осіб не ставлять під загрозу швидкість та якість обслуговування, на яку вони розраховуватимуть під час здійснення неформальних платежів. По-третє, якщо люди можуть дозволити собі ДМС, все ще може бути дешевше (у короткостроковій перспективі) платити зі своєї кишені. Відсутність або майже повна відсутність неформальних платежів сприяла розвитку доповнюючого ДМС як частини фінансування системи охорони здоров'я Словенії, як і відбувалося здебільшого словенського ринку ДМС.

Якість та інформація є іншими проблемами, що впливають на попит на ДМС. Якщо страховики не можуть забезпечити належної медичної якості (наприклад, якщо вони мають обмежені важелі впливу на постачальників), люди можуть не отримувати додаткової переваги при оплаті за медичні послуги через ДМС. Недостатній обсяг інформації про вартість та час очікування послуг, що фінансуються державою, може завадити людям визнати необхідність ДМС.

Люди можуть хотіти придбати ДМС, але не мати змоги робити це через обмеження, пов'язані з аспектом пропозиції. У деяких країнах ринки не розвинені, тому що відсутня інтерес у розвитку ДМС з боку держави чи законодавство у сфері ДМС не супроводжується чіткою адміністративною та нормативно-правовою базою, що призводить до невизначеності та інерції серед страховиків. Так, неадекватне регулювання (такі як вимоги до резервних фондів) послаблює ринки ДМС, що в деяких країнах призвело до банкрутства страховиків, а відсутність регулюючої Основи забезпечення збору даних і надання інформації для споживачів може перешкоджати ефективній конкуренції. [24]

Слабке регулювання - не єдиний фактор з боку пропозиції, що впливає на розвиток ДМС. Страховики можуть бути стримані відсутністю операційних здібностей, таких як страхування ноухау, особливо щодо медичного страхування (що обмежує розробку ними відповідних продуктів), а також людськими ресурсами, адміністративною діяльністю, бухгалтерським обліком та практикою управління. Ці проблеми можуть посилюватись обмеженою приватною інфраструктурою, невизначеністю державних субсидій. Страховики, які покладаються на приватних виробників медичних послуг, можуть боротися, якщо приватні постачальники стикаються з високими початковими витратами або якщо приватний сектор надання послуг не розвинений, як це зазвичай за межами великих міських центрів. Якщо державні гарантії у сфері надання медичної допомоги недостатньо чітко визначені або гарантії змінюються рік у рік, то страховики можуть зіштовхнутися з труднощами розробки страхових продуктів, і не зможуть визначити, яке додаткове страхування їм необхідне. Страховики іноді насторожено ставляться до об'єднання ризиків для певних видів послуг (наприклад, ліки, стоматологічні послуги та обов'язкові платежі пацієнтів) через побоювання несприятливого добору. В Естонії, де стоматологічні послуги для дорослих були виключені з державних гарантій, ринок ДМС, що доповнює, не був реалізований.

3.2 Сценарії удосконалення стратегії державного управління у сфері охорони здоров'я

Для більш успішних і менш успішних випадків впровадження медичної реформи можна виділити деякі ключові характеристики та особливості. Успішна реформа потребує системного підходу із широкою та чітко визначеною політикою, включаючи чітке та реалістичне визначення права на охорону здоров'я, реструктуризацію та реінвестування підвищення ефективності, стабільне та адекватне державне фінансування та відсутність

культури суджень. Інструменти реформи навряд чи будуть ефективними окремо. Стабільне державне фінансування та підвищення ефективності шляхом реструктуризації надання послуг створюють необхідні, хоча й недостатні умови для зменшення загального фінансового навантаження на пацієнтів. Регіональний досвід показує, що неофіційні платежі пов'язані з недостатнім державним фінансуванням ліків та виробів медичного призначення та/або значно нижча заробітна плата медичного персоналу порівняно із середньою заробітною платою в економіці. Неофіційні платежі заповнюють розрив між вартістю отримання прав і наявними ресурсами. Збільшення державних коштів і підвищення ефективності може зайняти багато часу, щоб заповнити цей дефіцит фінансування, доки заощаджені гроші реінвестуються в охорону здоров'я. Після того, як державне фінансування є стабільним і навіть почало зростати, а заощаджені кошти були повністю реінвестовані в ліки, медичне приладдя та зарплати, загальний фінансовий тягар пацієнтів почав зменшуватися.

Створення реалістичної, чіткої та прозорої програми державних гарантій надання медичної допомоги є важливим політичним інструментом у контексті загальної системної реформи. Проте просте запровадження плати за пацієнта, виключення послуг та стимулювання розвитку приватного сектору навряд чи зменшить загальний фінансовий тягар пацієнтів. Створення реалістичної програми державних гарантій – завдання не з легких, оскільки доступність має бути збалансована з чіткими та прозорими правами на медичне обслуговування. Однак, навіть якщо споживач чітко знає свої права і система здатна забезпечити їх дотримання, неофіційні платежі можуть зберігатися, якщо до системи ставляться з недовірою. Досвід реформ у регіоні показує, що прозорість є важливим фактором успіху для реформ неофіційних платежів. Однак відносно простих, прозорих прав, про які всі знають, недостатньо. Враховуючи асиметрію інформації між пацієнтами та постачальниками, відсутність довіри

до роботи постачальників може заохочувати та підтримувати неформальні платежі, навіть якщо надаються якісні медичні послуги.

Не існує «чарівної палички», за допомогою якої можна скоротити рівень неформальних платежів у системі охорони здоров'я; будь-який інструмент реформування, що реалізується у відриві від добре продуманого та послідовного комплексного плану реформи, швидше за все, приречений на провал. Цей урок з приводу необхідності проведення комплексних реформ особливо важливий для тих країн, які розглядають можливість запровадження або покращення програм державних гарантій із запровадженням со-платежів як провідного чи єдиного інструменту, спрямованого на зниження неформальних платежів. Чітка програма державних гарантій та політика співплатежів може сприяти скороченню рівня неформальних платежів, якщо вона вписується в загальну програму реформ. Якщо ж це єдиний інструмент, то він не дозволить вирішити проблеми неефективності та відсутності коштів на виплату заробітної плати та закупівлю медикаментів, які насамперед призвели до зростання неформальних платежів. Хоча неформальні платежі в цьому випадку можуть скоротитися через обмеження платоспроможності населення, загальний фінансовий тягар може підвищитися і люди змушені будуть платити не лише офіційно, а й за ліки та інші предмети медичного призначення, які залишаються без державного фінансування.

Вирішення проблеми недостатнього державного фінансування для виплати зарплати, закупівлі медикаментів та предметів медичного призначення є ключовим фактором, що дозволяє скорочувати обсяг неформальних платежів або шляхом реінвестування одержуваної шляхом підвищення ефективності економії, або шляхом підвищення державного фінансування. Платоспроможність країни визначає межі сфери охорони здоров'я, тоді як готовність громадян платити податки обмежує ступінь, з яким може бути зменшено фінансовий тягар пацієнтів. Ці характеристики також глибоко

впливають на зусилля щодо підвищення ефективності системи охорони здоров'я.

У нещодавній доповіді визначено такі фактори, що сприяють розвитку ринку ДМС: зміцнення середнього класу, потенціал для нормативного контролю та управління, життєздатні фінансові ринки, які слід інвестувати резерви, а також наявність інших джерел фінансування охорони здоров'я (Gottret and Schieber 2006). До цього списку можна додати суспільну довіру до страхових компаній та постачальників медичних послуг, зацікавленість роботодавців у наданні пільг для працівників та політичну волю розвивати та підтримувати ринок ДМС.

Політики у регіоні стикаються з великими проблемами у розширенні застосування ДМС. Вони також стикаються з труднощами у забезпеченні того, щоб розширення не ставило під загрозу досягнення цілей у сфері політики фінансування охорони здоров'я. Регіональний досвід викликає занепокоєння щодо забезпечення ефективності, справедливості та життєздатності, які коротко описані нижче.

Сьогодні побоювання щодо обмеженого обсягу більшості ринків ДМС знижуються, але при розширенні охоплення ДМС вони зростатимуть. Основні завдання - запобігання інфляції, обумовленої зростанням витрат, що виникають через відсутність купівельної спроможності страховиків та обмеження конкуренції на ринках ДМС, а також забезпечення того, щоб існуюче ДМС не спотворювало пріоритетів національної системи охорони здоров'я, тобто вдосконалення закупівель, підвищення ефективності витрат та координації допомоги. У міру більшої зрілості ринків та більшої компетентності страховиків у ціноутворенні та розробці продукту регулюючим органам необхідно буде запобігати жорсткій конкуренції через нездатність споживачів порівнювати продукти, співвідносячи ціни та якість.

Занепокоєння щодо справедливості включає питання фінансового захисту, доступності та нерівності у доступі до медичної допомоги. Якщо

політики ставили за мету приборкати державні витрати для підтримки фінансового балансу шляхом перенесення витрат на охорону здоров'я на домашні господарства (як у Словенії та Хорватії), то вплив полягав у зниженні фінансового захисту та справедливості. Хоча ДМС (особливо у Словенії) знижує несприятливий ефект особистих платежів громадян у момент отримання медичної допомоги, збільшення державного фінансування, можливо, є обґрунтованою альтернативою, яка могла б сприяти досягненню цілей фінансового захисту та справедливості. Відповідно до міжнародного досвіду, перевагами ДМС найчастіше користуються більш привілейовані групи у суспільстві; бідніші групи населення з меншою ймовірністю скористаються ДМС, тому що його не забезпечує роботодавець або вони не можуть дозволити собі індивідуальне страхування. Можливо, з цієї причини політики в регіоні до грузинських реформ не намагалися явно розвивати ДМС як засіб зниження фінансового тягаря при високому рівні особистих платежів пацієнтів. Аналіз найближчими роками покаже, чи виявляться грузинські реформи успішними у перетворенні особистих платежів громадян у момент отримання медичної допомоги на попередні виплати.

Життєздатність ринків ДМС нині перебуває під загрозою проблем, пов'язаних із несприятливим вибором, який може, у свою чергу, мати серйозні наслідки, за яких ФОМС надають ДМС та правила, що вимагають поділу обов'язкового та добровільного страхування, не дотримуються суворо. Розробка відповідної нормативно-правової бази потребує політичного та технічного потенціалу. Регулюючі органи повинні реагувати на зміни у поведінці страховиків у міру розвитку ринків та особистої зацікавленості страховиків у розвитку системи охорони здоров'я. Нормативна база також має бути адаптована до міжнародних подій, наприклад, вступу до ЄС, що веде до членства в єдиному європейському ринку. Наприклад, з часом вплив третьої Директиви Європейської комісії в галузі страхування, іншого, ніж страхування

життя, на свободу центральних урядів у визначенні нормативної бази з ДМС, ймовірно, зростатиме. [70]

Медична сфера в Україні, на нашу думку, має не дотаційний, а навпаки економічно вигідний прибутковий потенціал. Починаючи з 2018 року почалася медичне реформування. Причиною стало те, що стара система перестала бути конкурентноспроможною, якість медичних послуг погіршувалась. Основним принципом реформування стала страхова медицина. Чи має держава фінансувати і забезпечувати охорону здоров'я громадян? Звісно має, частково або в повній мірі. Чи буде держава заробляти на цьому гроші? Ні, це чисто збиткова для держави система. Але це не зовсім так. Є один варіант, при якому держава може прямо або опосередковано отримати з медичної сфери прибуток. Це медичний туризм. Дуже чітко цей напрямок вимальовується у таких сферах як Стоматологія, Косметологія, та Пластична хірургія. Як це працює? Сфера медицини в Україні зараз працює за всіма протоколами західної медицини. Велика конкуренція на внутрішньому ринку та розуміння безперервності навчання, постійний обмін досвідом з колегами з інших країн, приніс в результаті якість і неповторний, швидкий сервіс, який перегнав усі західні країни. І тільки зараз ц відчували наші громадяни, коли вимушені були тимчасово переселитися у в європейські країни.

Якісні та швидкі послуги, низька ціна і великий вибір лікарів та клінік надав можливість лікувати не тільки громадян України, а й запрошувати пацієнтів з інших країн. Саме медичний туризм має великий потенціал перетворити цю сферу в прибуткову для держави. Особливо до війни користувалися популярністю міста з розвинутою логістикою та інфраструктурою, такі як Київ, Львів, Харків, Одеса. Лікарі домовлялися з інвесторами і організовували висококласні лікарні, купуючи різними механізмами (кредитування, лізинг) новітні технології. Вкладали в гроші в навчання не тільки себе, а й всього свого колективу, запрошуючи до своїх

клінік спеціалістів на лекції, майстер-класи, або навіть будуючи спеціальні приміщення для проведення курсів.

3.3 Вплив та наслідки війни на державну медичну сферу

Повномасштабна війна, яку почала російська федерація, завдала великих руйнувань системі охорони здоров'я України. Постраждали відбудовані за декілька десятиліть медична інфраструктура, логістичні зв'язки, погіршилися чи зовсім зникли умови для дотримання норм лікування і профілактики. Також зазнала проблем кадрова політика у медичній сфері. З початком війни порушилися постачання медикаментів: в аптеках східних регіонів України спостерігався гострий дефіцит як найбільш уживаних ліків — жарознижувальних, антисептиків, які знижують артеріальний тиск і заспокійливих, так і медикаментів, призначених для терапії хронічних захворювань на зразок інсуліну та гормональних препаратів. Особливо гостро дефіцит відчули населені пункти, які перебувають під тимчасовою окупацією ворога та за лінією фронту, куди складно постачати вантажі.

У зв'язку з тим, що попит на медичні послуги значно змінився в різних регіонах через від'їзд значної частини громадян усередині країни та за її межі, загострилися нерівності в ресурсному забезпеченні сфери охорони здоров'я. Так, за даними ООН, станом на 24 серпня 2022 року підтверджено 473 напади на об'єкти охорони здоров'я, внаслідок яких загинуло не менше 98 осіб, 134 отримали поранення. Крім того, пошкоджено понад 927 медичних закладів, понад 400 перебували на тимчасово окупованих Росією територіях, зруйновано 123 об'єкти охорони здоров'я. На кінець 2021 року в Україні налічувалося близько 3000 медичних закладів. На початок жовтня 2022 року відновлено 85 об'єктів охорони здоров'я, ще 209 – на реконструкції. Пріоритетом МОЗ є відновлення послуг для населення, зокрема для вимушених переселенців (ВПО), та робочих місць для медичних працівників. В поточних реаліях з

метою посилення потенціалу центрів охорони здоров'я продовжується розгортання мережі мобільних клінік, хоча, як і раніше, існує значна потреба у них у Вінницькій та Хмельницькій областях, які є одними з лідерів за кількістю ВПО. В даний час майже третина (30%) ВПО не мають доступу до медичної допомоги. За даними МОЗ, завдяки поточній можливості залучення іноземних медичних працівників проблема дефіциту лікарів для України не є актуальною. Таку можливість надано відповідно до Закону України від 29.07.2022 № 2494-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги в умовах воєнного стану». При цьому такий крок слід розглядати як виключно допоміжний, оскільки державна політика має бути спрямована не лише на ресурсне забезпечення галузі, а насамперед на стабілізацію галузевого ринку праці шляхом всебічної підтримки працевлаштування ВПО, зокрема медичних працівників. Крім того, передбачається, що іноземні фахівці надаватимуть медичні послуги лише на тимчасовій основі, що найближчим часом змусить повернутись до розв'язання кадрового питання галузі охорони здоров'я.

Станом на кінець вересня 2022 р. можливістю працевлаштуватися в іншому медичному закладі скористалося 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників. Найбільше їх зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській областях. Також було запущено портал пошуку роботи для медичних працівників. Проте наявні на ньому вакантні посади стосуються здебільшого лікарів. Найбільше вакансій – у Києві та Київській області, центральних – Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій – та Донецькій областях.

Водночас повідомляється про труднощі із працевлаштуванням для медичних працівників зі статусом ВПО. Це змушує їх або погоджуватися на інші, менш кваліфіковані професії, або виїжджати за межі України, що погіршує кадровий потенціал галузі.

Ситуація ускладнюється на тлі відсутності актуальної інформації про точну кількість наявних медичних працівників [1], оскільки такий облік в умовах війни централізовано та систематично не здійснюється.

Про важливість кадрового ресурсу зазначає й ВООЗ, яка рекомендує вже нині будувати кадрову політику з огляду на повернення медперсоналу, а також розробити цифровий реєстр медичних працівників [53].

Потребує вдосконалення мотивація медичних працівників на тлі підвищення попиту на медичні послуги. Зокрема це стосується встановлення конкурентоспроможної оплати праці. Статистичні дані свідчать, що середній рівень попиту для лікарів зріс на 30 %, а для молодшого та середнього медперсоналу – лише на 16 %. Разом із тим, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %, що значно ускладнює ефект такого підвищення для лікарів та свідчить про зниження купівельної спроможності молодшого та середнього медперсоналу. Питання особливо актуальне через системність проблеми нестачі молодшого медперсоналу практично протягом усіх років незалежності України та з урахуванням гострого навантаження на СОЗ під час війни.

Вирішення кадрового питання має спрямовуватися не тільки на збереження наявного потенціалу, а й на навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного та поствоєнного часу, зокрема – у сферах фізичної реабілітації та забезпечення ментального здоров'я.

Бойові дії безпосередньо вплинули на загальнодоступність лікарських засобів.

Від початку 2022 р. ДП «Медичні закупівлі України» придбало лікарських засобів та обладнання в обсязі 53 % від потреби. З безпекових міркувань централізовані медзакупівлі у 2022 р. проводяться поза системою Prozoogo, відповідно до Постанови Кабміну від 28.02.2022 р. № 169 (зі змінами) «Деякі питання здійснення оборонних та публічних закупівель товарів, робіт і

послуг в умовах воєнного стану». Поганою стороною цього факту є створення корупційних механізмів при медичній закупівлі.

Через періодичні ускладнення вантажопотоку в пунктах пропуску вантажі низки фармацевтичних компаній затримуються під час перетину кордону. Крім того, перевезення певних лікарських засобів, сировини для їх виготовлення та виробів медичного призначення вимагають дотримання температурних режимів. Розв'язання цієї проблеми потребує спрощення перетину кордону для вантажів фармацевтичної галузі, зокрема надання їм права на першочерговий перетин кордону.

У проєкті Державного бюджету на 2023 р. закладено приблизно такі самі обсяги фінансування придбання лікарських засобів, що й на поточний рік. Якщо врахувати прогнозований рівень інфляції, зростання курсу іноземних валют (значна частина лікарських засобів в Україні є імпортованими) та загострення хронічних станів, так само як і появу нових захворювань у населення, що потребують медикаментозного лікування, СОЗ матиме дефіцит якісної фармацевтичної продукції. Проблему частково доведеться вирішувати самим громадянам, що негативно позначиться на їхньому рівні життя. Варто наголосити, що в низці громад досі не працює належним чином програма «Доступні ліки». Насамперед йдеться про деокуповані території Київщини, Чернігівщини, Сумщини та Житомирщини.

Продовжується міжнародна підтримка охорони здоров'я України.

Згідно з інформацією Єврокомісії, до країн ЄС уже здійснено понад 1000 медичних евакуацій українських пацієнтів [76], а низка європейських країн оголосила про партнерство у сфері зміцнення системи громадського здоров'я України, на що вже виділено 45 млн дол. США. З початку повномасштабної війни на потреби СОЗ України перераховано понад 4 млрд грн. Водночас, за оцінками МОЗ, Україні для відбудови СОЗ знадобиться від 14,6 до 20 млрд євро [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Набуває актуальності лікування травм, завданих ментальному здоров'ю українців. За заявами міністра охорони здоров'я, після завершення війни щонайменше 15 млн осіб потребуватимуть психологічної допомоги. Попри те, що держава наголошує на важливості реабілітації, зокрема психологічної, її доступність наразі є низькою. МОЗ надає інформацію про успішність певних програм реабілітації Міноборони та Міністерства по справах ветеранів, тоді як загальнодержавної політики реабілітації досі не вироблено.

Успішній протидії викликам війни сприяє відносна автономізація закладів охорони здоров'я та децентралізований підхід до ухвалення управлінських рішень з боку місцевих громад, з огляду на конкретну ситуацію на місцях.

Наразі спостерігається поступове налагодження функціональності СОЗ в умовах ризиків війни, зумовлене наданням медичних послуг у повному обсязі в окремих регіонах України та відновленням медичної інфраструктури.

Подальші кроки належної роботи СОЗ полягатимуть у визначенні поточних та прогнозованих потреб у медичних послугах із відповідним перерозподілом ресурсів. Так, залишаються актуальними проблеми низького рівня вакцинації від низки інфекційних хвороб, зокрема кору, поліомієліту [75], а також зростання сезонної захворюваності на інфекційні хвороби, у тому числі – на COVID-19. Разом із тим, наростають потреби в організації надання медичних послуг з лікування травм, спричинених бойовими діями.

Важливим аспектом відновлення є належний облік ресурсів з метою формування об'єктивного уявлення про стан СОЗ. Зокрема це стосується налагодження цифровізації даних та медичної статистики. Державна політика потребує перегляду функціонування медичних реєстрів та формування моделі їх взаємної інтеграції. Однак, не зрозуміло, скільки часу займуть розроблення такої моделі та її практична реалізація, тоді як нині реєстри залишаються обмежено функціональними (або не функціонують зовсім). До того ж, є ризик

втрати частини даних, якщо вони не будуть сумісні із зазначеною моделлю, а це вплине на якість та швидкість управлінських рішень.

Потужним інструментом ресурсного забезпечення СОЗ може стати згуртованість громадянського суспільства та волонтерська діяльність. Водночас відсутня координація цього ресурсу через брак вірогідної інформації про потреби СОЗ, що утруднює спрямування допомоги в регіони, де вона найбільше потрібна. Зокрема це зумовлено тим, що Кабінет Міністрів України дозволив закладам охорони здоров'я не вести облік гуманітарної допомоги.

Потребують перегляду тарифи на надання послуг СОЗ. Для прикладу, згідно із бюджетним запитом, тариф на пакет «реабілітація» з 01 січня 2023 р. закладено у 2,5 раза менший за теперішній, при цьому підстав очікувати зниження компонентів його собівартості немає.

Актуальним також залишається пошук альтернативних джерел залучення фінансових ресурсів та моделей заохочення приватного бізнесу в медицині після завершення війни, зокрема – на звільнених територіях.

Однією з найбільших ІТ-систем в Україні є Електронна система охорони здоров'я (ЄЗОЗ), створена свого часу, в тому числі і для того, щоб збирати дані, аналізувати їх та мати можливість робити прогнози та приймати на їх основі стратегічні рішення щодо здоров'я українців. На сьогоднішній день ЄЗОЗ містить реєстр із понад 35 млн пацієнтів, які мають декларації із сімейним лікарем. Із системою працюють понад 7 тис. закладів охорони здоров'я, як комунальних, так і приватних. Щодо розвитку в контексті аналізу даних, певної аналітики, то тут кілька ЄЗОЗ створювалося саме для того, щоб насамперед розуміти потреби Програми медичних гарантій (ПМГ). І щоб на основі даних, що вносяться та аналізуються, здійснювати виплати закладам охорони здоров'я в рамках пакетів ПМГ. Насамперед, вже є низка інформаційно-аналітичних дашбордів для аналізу та прийняття рішень. Натомість, для повноти інформації з ЄЗОЗ мають працювати всі заклади охорони здоров'я країни. Тому були прийняті відповідні зміни до ліцензійних умов з медичної практики та

господарської діяльності аптек. Ці заклади мають перехідний період, щоб підключитися і працювати в системі.

Нині електронні медичні записи фактично покривають понад 80% форм паперових медичних документів. Але крім внесення записів важливими є також повнота і спектр охоплення. Тобто, щоб усі заклади працювали із системою та вносили дані. Тоді ми зможемо говорити про повноцінну електронну медичну картку пацієнта. Це є актуальним і в контексті депаперизації, і в контексті формування єдиного медичного інформаційного простору. Тоді матимемо повноту даних, збережених у єдиному захищеному місці. ЕСОЗ створювалася саме для того, щоб передусім розуміти потреби Програми медичних гарантій (ПМГ). І щоб на основі даних, що вносяться та аналізуються, здійснювати виплати закладам охорони здоров'я в рамках пакетів ПМГ.

З плином часу, система почала зростати. Її функціонал розширився вже поза спектром ПМГ. Наприклад, функціонал імунізації було розроблено під потреби протидії COVID-19. Реабілітаційний компонент розробляється для здійснення заходів щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я. Весь впроваджений функціонал, усі дані, які є у системі, аналізуються. Для цього є відповідні інформаційно-аналітичні панелі. Все здійснюється і в контексті фінансових виплат, і в контексті певних рішень.

Крім того, в ЕСОЗ містяться дані про те, скільки лікарів працює в лікарнях, де і яких фахівців не вистачає, скільки медперсоналу під час війни виїхало, звільнилося, перемістилося. А оперативна статистика для ухвалення рішень збирається через систему MedDat. Регіони вносять його до системи щодня. Міністерство проводить контроль з метою, щоб побачити кадрову ситуацію щодо різних регіонів. Зокрема, скільки лікарів та медичних працівників залишили територію країни з початку повномасштабної війни; скільки з того чи іншого регіону переїхали до інших регіонів. На підставі цих даних ухвалюються рішення. Щоб ситуацією можна було оперативно керувати, зокрема закривати кадрові потреби, було прийнято відповідні нормативно-

правові рішення. Зокрема, було розроблено механізм відрядження фахівців з інших регіонів. Він передбачає направлення на роботу в інші регіони, насамперед тих медпрацівників, які самостійно виявили бажання бути залученими до якнайшвидшого відновлення нормальної життєдіяльності та здоров'я наших громадян, позбавлених доступу до якісних медичних послуг. Наразі це питання розглядається також щодо деокупованих територій, зокрема Харківської та Херсонської областей.

У МОЗ уже почали думати про створення великого реєстру всього медичного обладнання. Сьогодні можна сказати лише, що, можливо, в його контексті вдасться зробити повноцінний облік. Адже справді було багато поставок медичного обладнання через гуманітарну допомогу. Наразі облік гуманітарної допомоги ведеться в системі MedDat. Але якщо говорити комплексно, ці дані є в різних системах. Інтегрованого обліку медичного обладнання поки що немає. Але такий варіант розглядається. Це є актуальним, щоб розуміти, що є, що поставлено, де є потреба. Особливо це актуально зараз, коли моделюється мережа закладів охорони здоров'я за кластерним підходом. Відповідно, буде визначено заклади заможної мережі і, якщо є необхідність в обладнанні цих закладів, її важливо насамперед покрити. Щодо заповнення і паперової, і електронної документації лікарями, згідно з наказом МОЗ від 28.02.2020 № 587 медпрацівники можуть не вести запис у паперовій формі, якщо всі дані внесені до системи. Є ще більше 600 паперових форм, які зараз аналізуються на предмет того, що можна швидко скасувати, а де потрібно йти довшим шляхом і здійснити реінжиніринг процесів. Це великий шматок роботи, який ми ще маємо здійснити, щоб перейти на повноцінний електронний облік. Під час війни ми побачили, що там, де записи велися на папері, і заклад тепер зруйнований, дані втрачені. Яскравий приклад – з рутинних щеплень. Дані не були внесені до системи, паперові знищено та відновити їх неможливо. Є випадки, коли дітям потрібно зробити повторне щеплення, тому що про

попередні немає підтверджень. Якби все це було внесено до електронної системи, підтвердити було б легко.

У той же час є запевнення, що ЕСОЗ надійно захищена. З початку повномасштабної війни і раніше на ЕСОЗ здійснювалася низка кібератак. Одні з наймасовіших були 24 лютого, перед початком вторгнення РФ. За даними служб, жодного «зламвання» даних в ЕСОЗ не сталося. Щодо доступу до медичних даних до ЕСОЗ, то його, має виключно медичний працівник за згодою пацієнта. Також доступ до своїх даних може мати пацієнт у межах функціоналу «кабінет пацієнта». У тих медичних інформаційних системах, де його реалізовано. Зараз планується провести централізований запуск функціоналу «кабінет пацієнта», щоб усі користувачі та всі пацієнти мали певні функціональні можливості доступу, керування своїми медичними даними та іншими функціями. Наприклад, про донорство крові, нагадування про щеплення та багато інших корисних речей, які стимулюватимуть людей піклуватися про власне здоров'я. Пацієнт зможе подивитись кожен свій візит, щеплення, напрямки, створені історії хвороби, тобто всі записи, внесені до системи.

НСЗУ запровадила мінімальну річну норму проведення пологів – 150. Мінімальна норма вводиться для того, щоб лікарі не втрачали кваліфікацію та, відповідно, якість надання медичної послуги. Розуміючи, що кількість жінок в Україні поменшала наступного року служба планує закласти фінансову підтримку пологових будинків, адже не всі з них зможуть виконати цю норму. Це означає, що відбудеться черговий відкат реформи. І НСЗУ планує фінансувати стіни та медперсонал, а не надання лікарнею якісних послуг, як це має бути. Адже якщо в лікарні за рік проводиться менше, або навіть трохи більше 150 пологів, то навряд чи можна говорити про те, що лікарі в такій лікарні мають достатньо досвіду та кваліфікації, щоб породіллі почувалися безпечно.

Один із пріоритетів ПМГ – раннє виявлення онкологічних захворювань. Якщо у перші місяці війни кількість обстежень значно зменшилася, статистика показує, що кількість скринінгів на онкологічні хвороби повернулося на довоєнний рівень. Це важливо, бо лікувати пацієнта на ранніх стадіях хвороби ефективніше та значно дешевше для держави, ніж на пізніх.

Кількість людей, які захворіли на COVID-19, значно зменшилася. У 2021 році (за 10 місяців) було виявлено 288 тис. пацієнтів, у 2022 році – 171 тис. осіб. Частково, це пов'язано з тим, що не всі українці проходять тести на виявлення хвороби, крім того, в деяких прифронтових регіонах не ведеться повноцінна статистика. Відповідно, за прогнозами НСЗУ, до кінця року вдасться заощадити близько 5 млрд грн, запланованих на лікування українців у стаціонарах.

Найбільше питань до МОЗ та НСЗУ стосувалися механізму контролю якості медичних послуг. Влітку Верховна Рада ухвалила законопроект №6306 щодо удосконалення надання медичної допомоги. Одне із положень документа - НСЗУ отримує функцію моніторингу послуг відповідно до умов договору. За словами керівника НСЗУ Наталії Гусак, раніше в департаменті, яке займалося цим питанням, працювали лише 17 осіб. На перевірку даних від 17 лікарень вони витрачали близько 7 місяців. Відповідно, перевірити більшу частину трьох тисяч медичних закладів вони фізично не встигали. Наразі департамент розширено, нові співробітники у регіонах проходять навчання. Незабаром НСЗУ планує подати на засідання уряду новий порядок проведення оцінки якості медичних послуг відповідно до умов договору. Перевірки будуть проводитися планово (наприклад, за пріоритетними напрямками) та позапланово (перевірка внесених електронних даних та за скаргами пацієнтів).

Висновки до розділу 3

1 В ході дослідження зроблено наступний висновок, що з радянських часів Україні у спадщину залишилась велика кількість медичних приміщень,

міських, районних і сільських Ці приміщення будувались в інших економічних і соціальних реаліях, таких як велике сільське населення, складність переїзду до агломерацій. З набуттям незалежності, пришвидшився відтік населення до великих міст. Це призвело до зменшення населення у районах і селах, внаслідок чого лікарні перестали обслуговувати нормовану кількість пацієнтів. Важливо відзначити, що це призвело до зменшення робочих годин лікарів. Відповідно до цього зниження ефективності роботи.

2. Вирішенням проблеми, яка виникла, може бути об'єднання лікарень, здача малоефективних приміщень в оренду. Але тоді треба забезпечити логістичні питання для населення, щоб візит до лікарень був доступний з усіх куточків країни. Владання в логістику буде не тільки вигідним соціально, а й економічно, для розвитку регіонів.

3. Аксиоматичним є те, що розвиток медичного сектору не може бути автономним. Ця система дуже залежна від законодавчої системи, бюджетного фінансування. Проявами такої ситуації є: неузгодженість та суперечливість законодавчої бази, що регулює діяльність охорони здоров'я в Україні, особливо щодо фінансово-економічної та господарської діяльності цієї галузі; непослідовне, переважно ситуативне управління галуззю, відсутність єдиної послідовної науково обґрунтованої політики радикального реформування галузі; хронічне недофінансування галузі та нецільове використання бюджету та програмного забезпечення.

ВИСНОВКИ

Було досліджено теоретичні основи публічного управління у сфері охорони здоров'я, згідно з якими було встановлено методи ефективного управління.

1. В ході дослідження встановлено, що у той час як модель управління запланованими змінами визнає ключовою ланкою, що управляє, і розробку цілей і процесів зміни, підхід незапланованих змін стверджує, що темпи і характер змін настільки швидкі і складні, що керівникам складно своєчасно реагувати на необхідні зміни. Це є одною з особливостей медичного сектору. У медичних організаціях традиційно застосовують інституційний підхід до управління змінами, що пояснюється специфікою інновацій у суспільному секторі.

2. Визначено пріоритетні напрями реформування, опираючись на досвід передових країн світу у цій сфері. Серед них: методи покращення якості обслуговування пацієнтів; створення системи охорони здоров'я, орієнтованої на споживача; державна політика охорони здоров'я та її вплив на конкуренцію; тенденції з об'єднання організацій охорони здоров'я;

3. Констатовано, що основними трендами у сфері управління охороною здоров'я були описані такі процеси: регулювання медицини відходить від моделей саморегуляції до регулятивних моделей які підкреслюють партнерство між професіями та громадськістю, лікарями та пацієнтами, впроваджуються нові методи дистанційної консультації такі як телемедицина; більше залучення у сферу іноземних спеціалістів.

4. Одним із найважливіших доступних механізмів підвищення якості медичних послуг є зростаюча конкуренція. Саме ринкова конкуренція буде заохочувати постачальників медичних послуг до надання їх вищої якості за нижчі ціни. Велика конкуренція на внутрішньому ринку та розуміння безперервності навчання, постійний обмін досвідом з колегами з інших країн,

приносить в результаті якість і неповторний, швидкий сервіс, який перегнав усі західні країни. Загальноприйнятою думкою є те, що охорона здоров'я є «унікальною», і в певному сенсі це так і є. Але «унікальний» часто використовується для натяку на те, що принципи вільного ринку керують іншими основними секторами і економіка не може бути застосована до охорони здоров'я.

5. Були також продемонстровані проблеми українського сектору охорони здоров'я та шляхи реформування і покращення якості управління. Серед проблем виділено традиційні нераціональні методи управління, недостатність фінансування сектору. Також окремо виділено проблему неформальних платежів. Такі платежі по своїй природі не можуть бути прозорими, тому позбавлення від таких має бути обов'язковим. Натомість оплата медичної праці обов'язково має вийти з тіні, задля забезпечення не тільки справедливих умов, а й захисту прав отримуючих медичні послуги.

6. До інструментів реформування віднесено реформування з підтримки та залучення населення до добровільного медичного страхування. Сформовано основні політичні підходи, такі як: Підвищення фінансового захисту, а не розширення охоплення; виявлення прогалин в охопленні державними послугами та фінансовим захистом та інших бар'єрів у доступності; акцент на зусилля щодо зміцнення фінансового захисту тих, хто його потребує найбільше, а не на розширенні охоплення груп, які живуть краще, наприклад державні службовці та інші працівники офіційного сектору економіки; забезпечення взаємодоповнюваності між державними та приватними джерелами фінансування охорони здоров'я; виявлення прогалин в охопленні державними послугами до прийняття рішення про ролі ДМС; спроба формувати ринок ДМС із самого початку, щоб уникнути проблем вузькоспеціалізованого розвитку, що часто відбувається у разі погано регульованого та виключно додаткового ринку; переконатися, що ДМС підтримує, а не порушує національні пріоритети у секторі охорони здоров'я;

розгляд варіантів захисту державних джерел фінансування, якщо ДМС покликане доповнювати, а не замінювати державне фінансування; визначення межі обов'язкового та добровільного страхування, яке може пропонуватися одним і тим самим об'єктом/агентством/компанією; розгляд наслідків для забезпечення справедливості та ефективності субсидування ДМС з податкових надходжень; розвиток ДМС як невід'ємна частина ширшої системи фінансування охорони здоров'я.

7. В ході дослідження зроблено наступний висновок, що з радянських часів Україні у спадщину залишилась велика кількість медичних приміщень, міських, районних і сільських. Ці приміщення будувались в інших економічних і соціальних реаліях, таких як велике сільське населення, складність переїзду до агломерацій. З набуттям незалежності, пришвидшився відтік населення до великих міст. Це призвело до зменшення населення у районах і селах, внаслідок чого лікарні перестали обслуговувати нормовану кількість пацієнтів. Важливо відзначити, що це призвело до зменшення робочих годин лікарів. Відповідно до цього зниження ефективності роботи. Тобто, теперішня ситуація складається так, що для забезпечення роботи всіх лікарень держава продовжує фінансувати стіни та медперсонал, а не надання лікарнею якісних послуг, як це має бути.

Вирішенням цієї проблеми може бути об'єднання лікарень, здача малоефективних приміщень в оренду. Але тоді треба забезпечити логістичні питання для населення, щоб візит до лікарень був доступний з усіх куточків країни. Владання в логістику буде не тільки вигідним соціально, а й економічно, для розвитку регіонів.

8. Аксиоматичним є те, що розвиток медичного сектору не може бути автономним.

Ця система дуже залежна від законодавчої системи, бюджетного фінансування. Проявами такої ситуації є: неузгодженість та суперечливість законодавчої бази, що регулює діяльність охорони здоров'я в Україні, особливо щодо фінансово-економічної та господарської діяльності цієї галузі;

непослідовне, переважно ситуативне управління галуззю, відсутність єдиної послідовної науково обґрунтованої політики радикального реформування галузі; хронічне недофінансування галузі та нецільове використання бюджету та програмного забезпечення.

Підсумовуючи, система управління змінами в охороні здоров'я має враховувати як актуальні інституційні норми, так і ефективне використання ресурсів, прагнучи поєднати розумний інституціоналізм із інноваційним підходом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Відновлення медичної системи після наслідків війни коштуватиме щонайменше 14,6 млрд євро / Урядовий портал. 2022. 30 вер. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vidnovlennia-medychnoi-systemy-pislia-naslidkiv-viiny-koshtuvatyme-shchonaimenshe-146-mlrd-ievro>
2. Долотенко Є.В. Особливості державного управління системою охорони здоров'я в Україні // Держава та регіони. Сер.: Державне управління. 2014. № 1. С. 89–95.
3. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я впрацях українських учених. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення: 11.07.14).
4. До війни. Чому страждають і лікарі, і пацієнти? ZN.UA. 2022. 29 вер. URL: <https://zn.ua/ukr/HEALTH/nszu-dosi-ne-hotova-do-vijni-chomu-strazhdajut-i-likari-i-patsijenti.html>
5. НСЗУ досі не готова Allied Health Workforce and Services: Workshop Summary. Washington, D.C.: The National Academies of Sciences Engineering Medicine; 2011.
6. 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. Київ, 2003. 35 с.
7. Рогова О.Г. Концептуальні засади розвитку охороноздоровчого права та законодавства України про охорону здоров'я // Часопис Академії адвокатури України. 2014. № 1. С. 163–164.
8. Чеканова Т.Д. Взаємодія адміністративних та політичних механізмів у системі управління охороною здоров'я: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Одеса, 2008. 20 с.

9. Щепин О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик; под. ред. О.П. Щепина. 376 с.
10. Allsop J, Jones K. Quality Assurance in Medical Regulation in an International Context. Lincoln: University of Lincoln; 2006.
11. Annual Report 2013/14. Australia: Australian Health Practitioner Regulation Agency and the National Boards: 2014.
12. Ayres I, Braithwaite J. Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate. New York: Oxford University Press; 1992.
13. Bamford DR, Forrester PL. Managing planned and emergent change within an operations management environment. *Int J Oper Prod Man.* 2003; 23(5): 546–564. doi: 10.1108/01443570310471857
14. Beck M. How to cut your health-care bill: pay cash. *Wall Street Journal.* February 15, 2016. <https://www.wsj.com/articles/how-to-cut-your-health-care-bill-pay-cash-1455592277>. Accessed August 25, 2018
15. Berezhna, Yu. V. (2012), “Objective necessity of the state regulation of the development of the sphere of health care in Ukraine”, *Zbirnyk materialiv Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii [Collection of materials of the International Scientific and Practical Conference] Sotsialno-ekonomichnyi rozvytok Ukrainy ta yii rehioniv: problemy nauky ta praktyky [Socio-economic development of Ukraine and its regions: problems of science and practice]*, Kharkiv, pp. 236–239.
16. Berezhna, Yu. V. (2014), “Conception of state regulation in the public health sector of Ukraine”, *Busines In-form*, vol. 11, pp. 166–170.
17. Burnes B. Emergent change and planned change-competitors or allies? The case of XYZ construction. *Int J Oper Prod Man.* 2004; 24 (9): 886-902. doi: 10.1108/01443570410552108.
18. Burnes B. Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: a Re-appraisal. *J. Manag. Stud.* 2004; 41(6): 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x.

19. Colombo F, Tapay N (2003). The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
20. Dafny L, Gruber J, Ody C, More insurers lower premiums: evidence from initial pricing in the health insurance marketplaces. *Am J Health Econ.* 2015; 1(1):53-81
21. Deloitte. 2019 global health care industry outlook: shaping the future. www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf. Accessed August 26, 2019.
22. Department of Health, UK. Extending Professional and Occupational Regulation. Published to DH website; 2009.
23. Dickson GS, Lindstrom R, Black C, der Gucht D. Canadian Health Services Research Foundation and Canadian Electronic Library (Firm). Evidence-informed change management in Canadian healthcare organizations – Canadian Health Services Research Foundation, 2012.
24. Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E (2004). Facing the challenges of health care financing. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:51–83.
25. Dixon J. *Regulating Health Care — The Way Forward*. London: King’s Fund; 2005.
26. Dywili S, Bonner A, Anderson J, O’ Brien L. Experience of Overseas-Trained Health Professionals in Rural And Remote Areas of Destination Countries: A Literature Review. *Aust J Rural Health.* 2012 Aug;20(4):175-84. doi: 10.1111/j.1440-1584.2012.01281.
27. Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press:106–125.

28. Gaál P et al. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions and dilemmas. *Health Politics, Policy and Law*, 31(2):251–293.
29. General Medical Council of UK. Accessed at <http://www.gmc-uk.org/news/14172.asp> on August 17, 2015.
30. Gilman DJ, Fairman J. Antitrust and the future of nursing: federal competition policy and the scope of practice. *Health Matrix*. 2014;24:143,163;
31. Goldhill D. *Catastrophic Care: Why Everything We Think We Know about Health Care is Wrong*. New York:Vintage Books; 2013
32. HealthyPeople.gov. Social determinants of health. www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health. Accessed August 26, 2019.
33. Hinings CR, Greenwood R. *The dynamics of strategic change*. Blackwell, UK: Walter de Gruyter; 1989. p. 223.
34. Hryhorovych, V.R., (2010), “Improving the management mechanisms of state support of the health care system in Ukraine”, *Derjavne upravlinnia: udoskonalennia ta rozvytok* [Public administration: improvement and development], vol. 2, available at: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93> (Accessed 27 December 2017).
35. Hrytsyniak, O.I., (2014), “Improving the regulation of the healthcare system as the main institution of labor development”, *Naukovyi visnyk Khersonskogo derjavnogo universytetu, Seriya: Ekonomichni nauky* [Scientific Bulletin of Kherson State University. Series: “Economic Sciences”], vol. 5(1), pp. 159–161
36. Iles V, Sutherland K. *Organizational Change: A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO) UK; 2001. p. 100.
37. Institute of Medicine, National Acad. of Sciences. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington DC: National Academies Press; 2011

38. Ivanov, Yu. B., Berezhna, Yu. V. (2014), "Tools for state regulation of health care in Ukraine", *Ekonomika i region, Seriya: Ekonomika ta upravlinnia nacionalnym gospodarstvom* [Economy and region. Series: "Economics and management of the national economy"], vol. 4(47), pp. 101–106.
4. Decree of the President of Ukraine, (2000), "About the Concept of development of public health services of Ukraine", no. 1313/2000, available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (Accessed 27 December 2017).
39. Lansisalmi H, Kivimaki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nurs Sci Q.* 2006; 19: 66-72.
40. LaPointe J. Value-based contracts with risk 3 to 5 years away for providers. *RevCycleIntelligence.com.* March 19, 2019. <https://revcycleintelligence.com/news/value-based-contracts-with-risk-3-to-5-years-away-for-providers>. Accessed August 26, 2019.
41. Lee MH, Schuur JD, Zink BK. Owning the cost of emergency medicine: beyond 2%. *Ann Emerg Med.* 2013;62(5):498-505.
42. Leng CH. Medical Tourism and the State in Malaysia and Singapore. *Global Social Policy.* 2010 Dec;10(3):336-57.
43. Lewin K. Quasi-stationary social equilibria and the problem of permanent change. In: *Organization change. A comprehensive reader.* Burke WW, Lake DG, Jill Paine W, editors. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 73-77.
44. Lewis M (2000). Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia? Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Human Development Sector Unit.
45. Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M et al. Transformational change in health care systems: an organizational model. *Health Care Manage Rev.* 2007; 32(4): 309-320.
46. Martin GP, Weaver S, Currie G, Finn R, McDonald R. Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in

routine practice. *Health Serv Manage Res.* 2012; 25(4): 90-199. doi: 10.1177/0951484812474246.

47. Newman D, Parente S, Barrette E, Kennedy K. DATAWATCH: Prices for common medical services vary substantially among the commercially insured. *Health Aff.* 2016;35:5923-5927. doi:10.1377/hlthaff.2015.1379

48. Occupational licensing: a framework for policy makers. U.S. Department of the Treasury, Council of Economic Advisors, and the Department of Labor. July 2015, at 31-32.

49. Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in Healthcare delivery Systems: A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal.* 2010; 15(1): 2-16

50. Pashkov, V. (2006), "Stateregulationofhealthcareactivities", *Farmaceutika i farmaciia* [Pharmaceutics and pharmacy], vol. 26(547), available at: <https://www.apteka.ua/article/3256> (Accessed 27 December 2017).

51. Perry MJ. Chart of the day (century?): price changes 1997 to 2017. *American Enterprise Institute.* February 2, 2018. <http://www.aei.org/publication/chart-of-the-day-century-price-changes-1997-to-2017/>. Accessed August 21, 2018.

52. Phelan D. *Best Practice Change Management Guidelines.* London: National Health Service; 2010. p.

53. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Consultation draft. May 2022 / World Health Organization. 2022. 01 May. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/538376/Ukraine-health-system-rec-consult-eng.pdf

54. Ramesh T, Gee E. Center for American Progress. Rural hospital closures reduce access to emergency care. Center for American Progress; September 9, 2019. www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2019/09/09/474001/rural-hospital-closures-reduce-access-emergency-care/. Accessed October 23, 2019.

55. Report of the Working Group on Differentiation between Medical Procedures and Beauty Services for Submission to the Steering Committee on Review of Regulation of Private Healthcare Facilities. HKSAR: Department of Health; 2013.

56. Safonov, Yu. M., Matukova-Yaryha, D.G., (2012), “Perspective directions of improvement of mechanisms of regulation by health care institutions”, *Efeknyvna ekonomika* [Efficient economy], vol. 12, available at:https://ir.kneu.edu.ua/bitstream/handle/2010/25056/Safonov_12_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Accessed 27 December 2017)

57. Schein E. *Organizational Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1988. p. 274.

58. Schmitt M. Do hospital mergers reduce costs? *J Health Econ.* 2017;52:75.

59. See Joint Hearing on Health Care and Competition Law and Policy Before the FTC and Department of Justice, 33-34 (Jun. 10, 2003), (statement of Dr. Morris Kleiner).

60. See, for instance, the Statement of the Federal Trade Commission in the Matter of Phoebe Putney Health Services, Inc., et al., Dkt. No. 9348 (Sept. 4, 2014)

61. Selznick P. *Focusing Organisational Research on Regulation*. In Noll R.G. (Ed.), *Regulatory Policy and the Social Sciences*pp. 363-8. Berkeley: University of California Press; 1985.

62. Sheldon H, Swain D, Harriss L. *The Patient Voice in Revalidation: A Discourse Analysis*. London: Picker Institute Europe; 2011.

63. Short SD, McDonald F. *Health Workforce Governance —Improved Access, Good Regulatory Practice, Safer Patients*. England: Ashgate Publishing Limited; 2012.

64. Spending on shoppable services in healthcare. Healthcare Cost Institute. Issue Brief No. 11. March 2016. https://www.healthcostinstitute.org/images/easyblog_articles/110/Shoppable-Services-IB-3.2.16_0.pdf. Accessed August 21, 2018.

65. Stigler GJ. The theory of economic regulation. *Bell J Econ Man Sci.* 1971 Spring;2(1):18-20; Kleiner MM. Occupational licensing. *J Econ. Persp* 2000;14:189,191.
66. Sutherland K, Leatherman S. Regulation and Quality Improvement - A Review of the Evidence. London: The Health Foundation; 2006.
67. The Authority Annual Report of Accounts 2013-2004. UK: Professional Standards Authority for Health and Social Care; 2014.
68. The Shipman Inquiry. Fifth Report — Safeguarding Patients:Lessons from the Past, Proposals for the Future. London:The Stationery Office; 2004.
69. Thompson R, Witter S (2000). Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 15:169–187.
70. Thomson S, Mossialos E (2007). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 29(1):89–107.
71. Thomson S, Mossialos E (2009). Private health insurance in the European Union. Brussels, European Commission.
72. TransUnion. Out-of-pocket costs rising even as patients transition to lower cost settings of care: new TransUnion Healthcare analysis found that most patients face a \$500+ cost burden. June 25, 2019. <https://newsroom.transunion.com/out-of-pocket-costs-rising-even-as-patients-transition-to-lower-cost-settings-of-care/>. Accessed August 26, 2019.
73. Trust, Assurance and Safety: The Regulation of Health Professionals in the 21st Century. UK: Department of Health; 2007.
74. Tullock G. The welfare costs of tariffs, monopolies, and theft. *West Econ J.* 1967;5(3):224–232; Murphy KM, Shleifer A, Vishny RW. Why is rent-seeking so costly to growth? *Am Econ Rev.* 1993;83(2):409–414.

75. Ukraine health crisis worsens as medics work amid shelling, WHO says. Reuters. 2022. 04 Aug. URL: <https://www.reuters.com/world/europe/ukraine-health-crisis-worsens-medics-work-amid-shelling-who-2022-08-04/>

76. Ukraine: 1,000 Ukrainian patients transferred to European hospitals / European Commission. 2022. 05 Aug. URL: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_22_4882

77. Van Parys J. ACA marketplace premiums grew more rapidly in areas with monopoly insurers than in areas with more competition. Health Aff. 2018 Aug; 37(8):1243-125. . <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2018.0054>. Accessed September 20, 2018.

78. Wong DSY. Beauty Parlour Deaths and the Medical Profession. Hong Kong Medical Journal. 2014; 20: 352-3.