

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь - «Магістр»

на тему: Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я

Виконала: студентка спеціальності
281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»
Топчієва Ірина Петрівна

Керівник: ***Стоволос Надія Борисівна***
к.е.н., доцент
кафедри публічного управління та адміністрування

Рецензент:

Суми - 2024

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

У сучасних умовах галузь охорони здоров'я відіграє важливу роль у забезпеченні добробуту суспільства. Розвиток державного управління у сфері охорони здоров'я є складною та багатогранною проблемою, яка потребує системного аналізу та методів її ефективного вирішення.

"Чинний закон України визначає охорону здоров'я як загальну діяльність суспільства і влади. Держава, товариство або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи і громадяни зобов'язані забезпечувати важливість охорони здоров'я" [1].

Проаналізувавши наукову літературу, ми визначили наступні способи поняття «охорона здоров'я» (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Сутність поняття “охорони здоров'я”

<i>Автор</i>	<i>Зміст тлумачення поняття</i>
Опалько В.	галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення
Камінська Т.	галузь економіки держави, що включає виробництво товарів і послуг, спрямованих на поліпшення та розвиток здоров'я громадян
Пашков В.	сукупність галузей і організацій, що задовольняють потреби населення з охорони здоров'я (у цій сфері відбувається створення умов для відтворення працівника з метою продовження роду, підтримки і поліпшення його здоров'я)
Саричев В.	система громадських і державних соціально-економічних та медичних заходів, які забезпечують високий рівень охорони й поліпшення здоров'я народу
Булеца С.	система державних і суспільних заходів, спрямованих на захист здоров'я, попередження і лікування захворювань та забезпечення довголіття людини

Джерело: сформовано на основі [1].

З точки зору теорії менеджменту «охорона здоров'я – це сукупність соціально-економічних, організаційних і медичних заходів, що здійснюються закладами та закладами різних форм власності, об'єднаних у систему, спрямовану на досягнення головної мети – забезпечення здоров'я (забезпечення здоров'я протягом усього життя) людей та постійного підвищення якості медичного обслуговування» [1].

Читаючи основну тему – державно-управлінський підхід до розвитку галузі охорони здоров'я – варто також підкреслити, що «багато вітчизняних науковців наполягають на доцільності використання поняття «контроль», а не «управління» цим сектором» [1].

Під державним управлінням розуміється ефективне функціонування всієї системи політичних інститутів. Серед різноманіття загальноновживаних термінів відзначимо лише деякі (табл. 1.2).

Новий тип публічного менеджменту – публічне управління – акцентує увагу на відносинах, процесах, формальних і неформальних мережах, методах вирішення проблем, багатьох центричних і мінімально ієрархічних формах, які працюють, але в той же час динамічному контролю соціальних процесів [1]. Державне управління здійснюється на різних рівнях суспільної системи шляхом визначення напрямку розвитку; ухвалення та реалізація важливих рішень у суспільстві на певному рівні, особливо на національному рівні, але не тільки, з точки зору політичної ситуації.

Важливим фактором, який робить державне управління ближчим до потреб громадян, є громадський діалог. Щодо теми нашого дослідження, то чинне законодавство України визначає охорону здоров'я як одну з важливих сфер діяльності держави. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Тому з точки зору такої громадської роботи, як медичне страхування, доцільно включити сторону профспілки, суб'єктами якої є об'єднання професійних медичних спілок та організації з всеукраїнським статусом, до громадських дискусійних груп при національному рівні; з боку роботодавців, членами яких є об'єднання організацій роботодавців із

всеукраїнським статусом, що працюють у сфері охорони здоров'я; з боку органів виконавчої влади їх суб'єктами є Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство фінансів України, інші головні органи, які діють або пов'язані з загальнообов'язковою державною системою соціального страхування [1].

Таблиця 1.2 – Трактуювання поняття “публічне управління”

<i>Автор</i>	<i>Зміст поняття</i>
Д. Кілінг	пошук у найкращий спосіб використання ресурсів задля досягнення пріоритетних цілей державної політики
Д. Шавріц	галузь практики й теорії, яка є ключовою для публічного адміністрування і зосереджена на внутрішній діяльності державних установ, зокрема, на вирішенні таких управлінських питань, як контроль, керівництво, планування, організаційне забезпечення, забезпечення інформаційними технологіями, управління персоналом та оцінка ефективності
О. Мельниченко	відкритий (у межах власних і делегованих повноважень) вплив наділених владою інституцій на взаємовідносини між державою, місцевим самоврядуванням, бізнесом і населенням задля узгодження їхніх інтересів та максимізації вигод
О. Вольська	система, яка складається із механізмів державного управління: політичний, правовий, організаційний, економічний та механізму місцевого самоврядування, який включає: кадрову, адміністративну та організаційну складову
В. Авер'янов	організаційна сила пристроїв, які беруть участь в управлінні спільною діяльністю людей з метою забезпечення організації та управління ними для вирішення загальних завдань цієї діяльності
О. Михайловська, Н. Філіпова	вплив суб'єкту управління, що має загальні повноваження на установу, відповідно до покладених на нього повноважень та важливих функцій
О. Оболенський	певний процес управління, що ґрунтується на волі людей і реалізовується суб'єктами, що визначені громадою з метою задоволення їх потреб та мети як об'єкту управління
Дж. М. Пріфінер, Р. Пристюс	управління організацією та напрямком людських і матеріальних ресурсів для досягнення бажаних цілей
Р. Мельник	різновид суспільно корисної діяльності, який здійснюється певною сукупністю суб'єктів, зокрема органами державної влади

Джерело: сформовано на основі [1].

Тому державне управління включає, зокрема, ту роботу, яка забезпечує ефективне функціонування всієї системи федеральних органів влади і органів місцевого самоврядування і передбачає широке залучення різних груп, зацікавлених у виробленні та реалізації державної політики. Державна політика в галузі охорони здоров'я також повинна мати чітко визначені цілі; органи управління, які здійснюють діяльність, що забезпечує досягнення поставлених цілей; інформаційна система, що створює інформаційну картину об'єкта контролю, достатню для використання повного спектру управлінських функцій, інструментів управління та підтримки, за допомогою яких органи державної влади впливають на організації та навколишнє середовище в межах виконання своїх обов'язків. [].

Публічне управління у сфері охорони здоров'я включає державну політику у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення рівноправності громадян та окремих соціальних груп щодо вільного доступу до медичних послуг.

Під державним управлінням у сфері охорони здоров'я загалом слід розуміти взаємодію бізнесу та громадського сектору у зазначеній галузі з метою досягнення цілей політики країни у сфері охорони здоров'я.

Отже, державне управління системою охорони здоров'я є складним процесом, який включає багато важливих аспектів і функцій (рис. 1.1).

«Національний план дій щодо реформування системи охорони здоров'я в Україні включає «Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2020-2030 роки» (Стратегія) []. «Стратегія є важливим документом, який визначає бачення, контекст, пріоритети, завдання, принципи та наступні кроки реформування системи домашнього медичного обслуговування. Він є основою для прийняття рішень та розробки політики щодо бюджетних ресурсів та фінансування сфери охорони здоров'я» [].



Рис. 1.1 - Елементи публічного управління системою охорони здоров'я

Джерело: [1].

У рамках «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року» визначено основні принципи, на яких базується система охорони здоров'я (рис. 1.2). Ці принципи визначають орієнтири подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні» [1].

«Для участі в майбутньому розвитку системи охорони здоров'я важливо встановити три основні принципи, які будуть відображені на кожному етапі змін і застосовуватимуться в усіх сферах охорони здоров'я:

- орієнтація на потреби людей і здатність до адаптації;
- забезпечення безпеки та якості;
- спілкування та діалог» [1].



Рис. 1.2 - Ключові принципи системи охорони здоров'я до 2030 року

Джерело: розроблено на основі [1].

Одним із найважливіших завдань будь-якої влади є забезпечення належної якості життя населення, що визначається стратегічними документами національного, європейського та міжнародного рівнів. «У сфері охорони здоров'я основними завданнями уряду є забезпечення ефективності мікроекономіки, рівного та рівного доступу до медичних послуг, макроекономічного контролю витрат у цій галузі (табл. 1.3)» [1].

Метою державної системи охорони здоров'я є забезпечення доступності медичної допомоги, тому необхідно збалансувати необхідний обсяг медичної допомоги з державними ресурсами. Якість медичної допомоги, навпаки, визначається сукупністю факторів, які забезпечують відповідність наданої допомоги потребам пацієнта, його очікуванням і сучасному рівню розвитку медичної науки і техніки.

Таблиця 1.3 - Головні цілі Уряду, спрямовані на сферу охорони здоров'я України

Ціль	Результат
Гарантування однакового та справедливого отримання медичних послуг	Громадяни мають забезпечуватися доступом до певного гарантованого мінімального стандарту медичних послуг, де надання медичної допомоги визначається відповідно до медичних потреб хворого, а не на підставі його фінансових можливостей.
Забезпечення оптимальної мікроекономічної продуктивності	Висока якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів повинні бути досягнуті з використанням мінімальних ресурсів.
Контроль макроекономічних витрат у галузі охорони здоров'я	Розмір видатків на охорону здоров'я має відповідати розумній частці валового національного продукту (збільшення витрат на охорону здоров'я).

Джерело: [1].

На основі аналізу діяльності галузі охорони здоров'я можна виділити основні принципи та стандарти реалізації державного управління сферою охорони здоров'я в сучасній Україні (табл. 1.4).

Узагальнюючи інформацію про принципи та цінності державного управління у сфері охорони здоров'я, можна зазначити, що ці принципи та цінності є важливими у створенні ефективної та гуманної системи охорони здоров'я. Прозорість, доступність, партнерство, якість, ефективність та надійність – основні керівні принципи, які сприяють підвищенню якості надання медичних послуг, раціональному використанню ресурсів та забезпеченню рівного доступу громадян до медичної допомоги. Нормативна база, яка регулює ці принципи та цінності, може відрізнятися від країни до країни, але завжди спрямована на гарантування прав громадян на охорону здоров'я та забезпечення якості медичних послуг. Основною метою цих принципів є забезпечення того, щоб система охорони здоров'я була спрямована на досягнення найкращих результатів для здоров'я людей і задоволення потреб громадян у медичних послугах.

Таблиця 1.4

Основні принципи та цінності реалізації публічного управління у сфері
охорони здоров'я в сучасній Україні

Принципи та цінності	Сутність	Нормативна база
Прозорість	Забезпечення доступу до інформації та процесів прийняття рішень у сфері охорони здоров'я громадськості та стейкхолдерів.	Закон України "Про доступ до публічної інформації".
Доступність	Забезпечення рівного доступу до медичних послуг можливо для всіх громадян, незалежних від соціального статусу та фінансових ресурсів.	Закон України "Про охорону здоров'я".
Партнерство	Залучення громадськості, громадських організацій та інших стейкхолдерів до управління та прийняття рішень в охороні здоров'я.	Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України.
Якість	Забезпечення високої якості медичних послуг та утримання медичних працівників професійних стандартів.	Норми та стандарти медичної практики та лікування.
Ефективність	Забезпечення раціонального використання ресурсів та досягнення максимальних результатів в охороні здоров'я.	Закон України "Про державну службу в охороні здоров'я".
Достовірність	Постійна перевірка та оцінка результатів діяльності в охороні здоров'я, включаючи дослідження та аналіз.	Положення про моніторинг та оцінку діяльності системи охорони здоров'я.

Джерело: сформовано на основі [1].

Однак виклики, з якими стикається Україна в процесі переходу, є як промисловими, так і політичними. З цієї причини основними завданнями до 2030 року є: забезпечення стабільності внесених у систему змін, закріплення досягнутого прогресу та активне продовження змін відповідно до чинної нормативно-правової бази та використання відповідної різноманітності інструменти. Головним успіхом, якого досягнуть реформи в Україні, стане ефективна та доступна система охорони здоров'я, покращення якості життя людей, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, ефективна зайнятість медичного персоналу, покращення суспільства людей. підтримка населення та реабілітація соціальних заходів.

«Головною метою державного управління у сфері охорони здоров'я є забезпечення доступної медичної допомоги, підвищення ефективності надання

медичних послуг, обсягу, виду та якості, які мають відповідати захворюванню та потребам людей, виходячи з Найкращі досягнення медичної науки – важливе завдання державного управління у сфері охорони здоров'я – створити систему, орієнтовану на пацієнта і здатну надавати медичні послуги всім жителям держави».

«Вітчизняний сектор охорони здоров'я перебуває у стані безперервних змін. Багаторівневість і розгалуженість його структури, у свою чергу, створює складні методи управління в приватному та державному секторах охорони здоров'я. Існуюча система методу управління необхідно враховувати, враховуючи мезо-, макро- та мікрофактори та використання нових форм управління Нині в Україні існує нова реальність – воєнний стан, що спрямовує систему охорони здоров'я на нові методи в роботу медичної системи з надання допомоги обом Збройних Сил України та цивільних осіб» [1].

«Нині в Україні як незалежній державі організація належного рівня функціонування сфери охорони здоров'я як однієї з найважливіших ланок розвитку соціальної сфери держави посідає перше місце. Стаття 49 Конституція України визначає обов'язок держави створювати належні умови для надання всім без винятку громадянам доступної та ефективної медичної допомоги та гарантовано безоплатної медичної допомоги в державних і соціальних медичних закладах, мережа яких не повинна скорочуватися» [2]. Тому держава має сприяти розвитку закладів охорони здоров'я, але на практиці, на жаль, органи державної влади не дотримуються цих конституційних принципів, зокрема: відбувається процес закриття та скорочення відділень існуючих медичних закладів; вивільнення медичного персоналу з міст і регіонів, що спричиняє «відтік» фахівців за кордон; запровадження платних послуг у державних закладах охорони здоров'я; порушення правил гігієни та санітарії тощо.

Публічне управління системою охорони здоров'я здійснюється представниками органів державної влади, у деяких випадках вони не мають відповідних знань та необхідного рівня знань у цій галузі. Наразі можна сказати,

що відбувається багато подій, які порушують принципи, визначені законом. Порушники мають нести персональну відповідальність за шкоду, завдану системі охорони здоров'я та населенню держави. А органам державної влади необхідно посилити моніторинг і контроль за дотриманням і законністю дій відповідальних осіб.

У сучасній ситуації в Україні державне управління у сфері охорони здоров'я базується на засадах і важливих засадах розвитку державної політики у сфері медицини, які визначаються Конституцією України, нормативно-правовою базою охорони здоров'я, і процедура. про те, як управляти громадою у сфері охорони здоров'я I. На рис. 1.3 показано комплексний спосіб державного управління системою охорони здоров'я в Україні, який визначається як взаємопов'язана система економічних, організаційно-правових, адміністративних та рекламних методів [].

«На сучасному етапі розвитку важливою умовою функціонування цього механізму є створення належної ефективної правової бази, здатної забезпечити реалізацію адміністративними організаціями існуючих інтересів громадян у сфері охорони здоров'я» [] .



Рис. 1.3 - Механізм публічного управління системою охорони здоров'я

Джерело: [1].

Для створення вітчизняної системи методів управління охороною здоров'я можна виділити наступні елементи (рис. 1.4).

"24 лютого 2022 року Верховна Рада України запровадила воєнний стан у зв'язку з прямим нападом Росії на територію України. Наразі воєнний стан дозволяє всім постачальникам медичних послуг працювати в межах встановлених оперативних вимог. Оперативність системи охорони здоров'я завдяки роботі координатора всіх галузей вітчизняної медичної промисловості» [1].



Рис. 1.4 - Чинники формування публічного управління в сфері охорони здоров'я

Джерело: [].

«25 лютого 2022 року МОЗ ухвалив наказ №379 «Щодо надання медичної допомоги в умовах військового законодавства особовому складу, який бере участь в операції Об'єднаних сил», згідно з яким керівники підрозділів охорони здоров'я заклади догляду повинні:

- організація роботи всіх закладів охорони здоров'я на адміністративному етапі для забезпечення безперебійного надання медичної допомоги всім постраждалим і постраждалим в денний і нічний режим;

- забезпечити госпіталізацію постраждалих і поранених до найближчих лікувально-профілактичних закладів, які спроможні надати допомогу за профілем поранення» [].

«Міністерством оборони України, МОЗ України із залученням відповідних органів створено необхідну нормативно-правову базу для залучення державної системи

охорони здоров'я до медичного забезпечення поранених працівників воєнного часу. , Кабінет Міністрів України прийняв Рішення «Про затвердження Воєнної доктрини України» від 31 жовтня 2018 року, в якому описано мету, принципи, основи організації системи військової охорони здоров'я, повноваження та обов'язки щодо її реалізації, фінансове забезпечення та забезпечення наукового забезпечення військової охорони здоров'я, а головне - відповідальність органів державної влади та органів влади за розвиток військової охорони здоров'я. військової системи охорони здоров'я та забезпечення її міцності під час війни (рис. 1.5)» [].

Зараз, на тлі ракетних обстрілів закладів охорони здоров'я, система домашнього медичного обслуговування адаптується до таких змін. Управління охорони здоров'я цілодобово робить все можливе, щоб медичні послуги надавалися вчасно та якісно. Статистика та ведення документації з базового рівня допомагає краще зрозуміти потреби системи охорони здоров'я для покращення надання медичних послуг простим людям. Необхідно продовжити трансформацію медичної галузі, яка ще триває, зокрема, покращити інвестиції в інфраструктуру системи охорони здоров'я, змінити методи та надання медичних послуг.

«Для ефективного функціонування закладів охорони здоров'я та забезпечення населення доступними та якісними медичними послугами під час воєнного стану необхідна адміністративна підтримка та ресурси. Публічне управління у сфері охорони здоров'я виконує одне з найважливіших завдань у реалізації внутрішня політика держави, заснована на прийнятті рішень державної адміністрації щодо реалізації концепції забезпечення доступної медичної допомоги для всіх громадян країни. Управління закладами охорони здоров'я базується на принципах порядку, правової відповідальності, розвитку для експертів і враховуючи багато зовнішніх і внутрішніх факторів, держава реалізує законодавчу базу для охорони здоров'я, структур державного сектору охорони здоров'я, забезпечує фінансову підтримку потреб громадян під час війни . Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство оборони України під час війни також утримують певну кількість місцевих госпітальних баз відповідно до можливостей надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню. [].

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1 Проблеми та перешкоди реформування системи охорони здоров'я

У процесі формування захищеної та політично стабільної суспільної моделі в Україні важливе місце посідає впровадження реформ у сфері охорони здоров'я. Це, отже, є основою збереження влади державної спільноти. Тому першочерговим є дослідження та виявлення проблем і перешкод щодо реформування системи охорони здоров'я. І за результатами таких досліджень рекомендовано створити ефективний спосіб прийняття ефективних рішень для державного управління та використання інструментів і технологій управління. Все це сприятиме покращенню роботи всіх елементів такої системи в майбутньому.

За останні десять років, а особливо з лютого 2022 року, в Україні відбулися складні соціальні, економічні, політичні, інфраструктурні та статистичні зміни. Проблеми та перешкоди, що виникали, суттєво вплинули на діяльність усієї системи охорони здоров'я, регіональних органів управління охороною здоров'я, усіх лікувально-профілактичних закладів [1].

«Важливо підкреслити, що з 24 лютого 2022 року внаслідок повномасштабної війни за кордон виїхало понад 14,5 млн українців різного профілю, у тому числі велика кількість медичних працівників різного ступеня. Проте статистичні дані Національна служба здоров'я України (НСЗУ) щодо кількості медичного персоналу різного рівня, який виїхав за кордон з початку війни, має суперечливі дані» [2]. Отже, процентні та кількісні показники приросту лікарів на підконтрольній Україні території у 2023 році наведено на рис. 2.1.

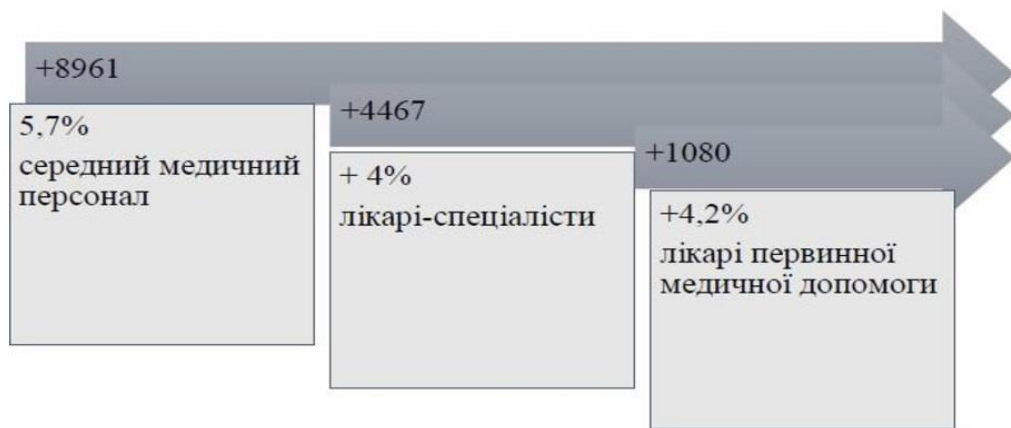


Рис. 2.1 - Відсоткові та кількісні показники збільшення лікарів на підконтрольній Україні території за 2023 рік

Джерело: [1].

Негативні дані лише в Донецькій, Луганській та Чернігівській областях. Найбільший приріст лікарів-спеціалістів зафіксовано у Києві – 1010 та у Львівській області – 499 осіб. Статистичні показники приросту чисельності медичного персоналу різних категорій на підконтрольній Україні території за період з 2023 року наведено на рисунку. 2.2, напр. 2.3, напр. 2.4 [1].

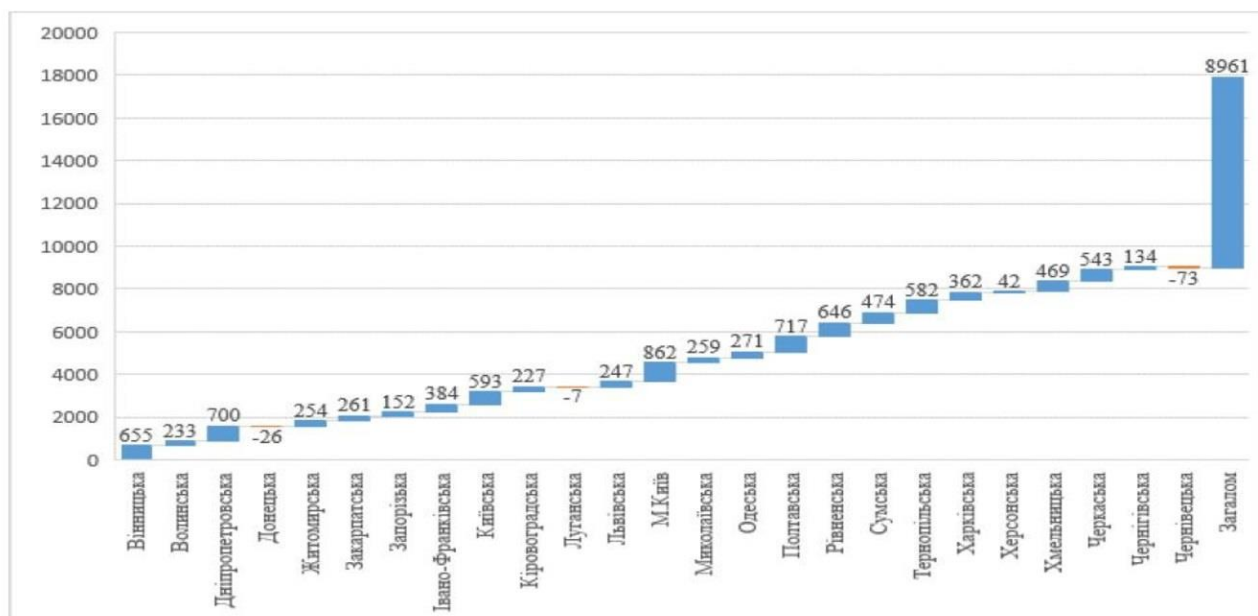


Рис. 2.2 - Статистичні показники збільшення кількості середнього медичного персоналу на підконтрольній Україні території у 2023 році

Джерело: сформовано на основі [1].

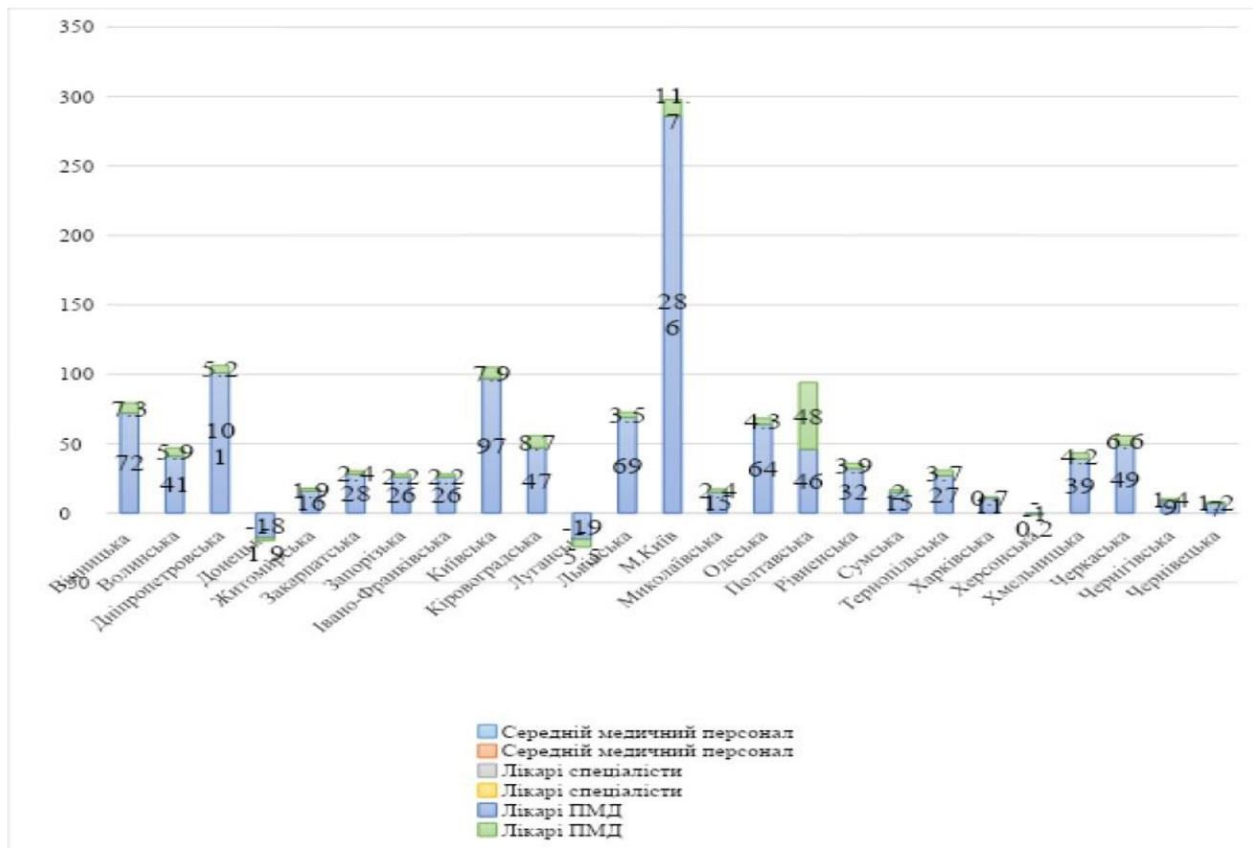


Рис. 2.4 - Статистичні показники збільшення кількості лікарів ПМД на підконтрольній Україні території у 2023 році

Джерело: сформовано на основі [1].

У 2023 році в деяких регіонах також зросла кількість медичних працівників, адже туди працевлаштували лікарів з тимчасово окупованих територій та зон бойових дій. Зокрема, за його даними, у Рівненській, Черкаській, Полтавській, Вінницькій, Хмельницькій та Кіровоградській областях у 2023 році чисельність медичних працівників зросла на понад 20% [1].

Крім того, спостерігається тенденція до зростання вартості медичних послуг щодо підвищення кваліфікації медичного персоналу та впровадження нових технологій у медичну діяльність. Це, з одного боку, підвищує якість медичних послуг, але, з іншого боку, висуває підвищені вимоги до фінансового забезпечення системи охорони здоров'я.

Переважно важливий інший фактор: темпи зростання витрат на охорону здоров'я перевищують темпи зростання внутрішнього продукту України. Ця диспропорція потребує ретельного аналізу та пошуку ефективних рішень для забезпечення фінансової стійкості та доступності медичних послуг у майбутньому. Тому назріла нагальна необхідність пошуку ефективних шляхів зниження рівня таких витрат.

Слід зазначити, що реформи у сфері охорони здоров'я спрямовані на модернізацію процедур державного управління та вдосконалення правового забезпечення його управлінських відносин з державою. Отже, можна простежити негативні фактори, які можуть вплинути на результати впровадження такої зміни. Також вони можуть перешкоджати ефективності заходів і викликати невдоволення медперсоналу та мешканців. Тому в Україні в сучасних умовах обмеженість бюджетних коштів, що виділяються на підтримку ефективності системи охорони здоров'я, може призвести до неможливості покращення рівня надання медичних послуг громадянам. Отже, необхідно визначити основні причини зниження ефективності системи охорони здоров'я, які наведені в таблиці. 2.1. Водночас конкурентоспроможність вітчизняних виробників медичного обладнання є низькою через відсутність нової техніки.

У таблиці 2.2 наведено чинники, що перешкоджають досягненню високого рівня державного менеджменту в системі охорони здоров'я.

«Положеннями статті 49 Конституції України визначено: обов'язок держави створювати належні умови для надання всім без винятку громадянам доступної та ефективної медичної допомоги; її мережа не повинна скорочуватися. При цьому держава повинна сприяти розвитку оздоровчих центрів усіх форм власності» [].

Таблиця 2.1 - Причини зниження ефективності функціонування системи охорони здоров'я

Причина низької ефективності функціонування системи охорони здоров'я	Характеристика
Недостатня кількість спеціалістів	Якість наданих послуг знижується через високу завантаженість медперсоналу
Низький рівень кваліфікації медичного персоналу	При одних і тих же симптомах і скаргах пацієнта різні лікарі можуть поставити різні діагнози і призначити різні методи лікування, що може призвести до лікування без очікуваного ефекту
Недостатня кількість медичного обладнання та його зношеність	Сьогодні більшість діагностичних і лікувальних процесів проводиться на обладнанні радянських часів, яке менш точно і менш функціонально, ніж сучасне, а обстеження на інноваційному обладнанні в рази дорожче.
Низький рівень заробітних плат та відсутність дієвої системи стимулювання та мотивації	Через низький рівень оплати праці, відсутність ефективної системи стимулювання та мотивації, недостатню соціальну захищеність кваліфіковані медичні кадри їдуть за кордон. Також існує проблема підготовки кадрів, яка не відповідає потребам сучасної системи охорони здоров'я.
Недостатність фінансової підтримки з боку держави	Відсутність фінансів спричиняє дефіцит медичного персоналу, що в свою чергу позначається на завантаженості спеціалістів, їх нестачі необхідного обладнання тощо.
Неможливість своєчасного надання медичної допомоги громадянам	Наслідок недостатньої кількості спеціалістів, сучасного обладнання, а також подорожчання ліків та оплати медичних послуг.

Джерело: [1].

На практиці складається враження, що державна влада порушує конституційні стандарти, існуючі проблеми та виклики в галузі охорони здоров'я залишаються невирішеними. Виникають ситуації, коли приймаються рішення про закриття існуючих медичних закладів, скорочення кількості лікарень і відділень, звільнення медичного персоналу в містах і областях.

Але сьогодні на практиці існує проблема недоотримання бюджетних коштів з рахунків медичних закладів. Це створює серйозні обмеження для медичних закладів у наданні безоплатних медичних послуг, які повністю гарантуються державою. Такі фінансові проблеми можуть негативно вплинути на якість медичних послуг,

доступність лікування та загальну ситуацію з охороною здоров'я в країні. Необхідно звернути увагу на цю проблему та розвинути фінансову систему для забезпечення стабільного фінансування медичних закладів та надання якісних медичних послуг усім громадянам.

Таблиця 2.2 - Визначення основних перешкод щодо вдосконалення сфери охорони здоров'я

<i>Основні перешкоди вдосконалення сфери охорони здоров'я</i>
відсутність актуальної аналітичної та статистичної бази для ефективного прийняття управлінських рішень
відсутність свобод (політичних, економічних, організаційних) суб'єктів господарювання, які надають медичні послуги
бюрократичний та повільний процес оновлення та прийняття нормативно-правової бази
обмежена кількість кваліфікованих спеціалістів з необхідним досвідом в медицині та юриспруденції одночасно
опір персоналу до впровадження змін; відтік медичних кадрів за кордон
велика кількість прогалин, колізій та суперечливих питань у нормативно-правових актах
недостатній рівень фінансової підтримки галузі охорони здоров'я, неврегульоване нормативно-правове забезпечення
низький рівень імплементації міжнародно-правових стандартів
недосконала мережа закладів охорони здоров'я
розмитість ключових понять у нормативно-правових документах, суперечливість норм у законодавчих актах

Джерело: сформовано на основі [1].

Постає питання про детальний аналіз основних проблем сучасної системи охорони здоров'я України в контексті медичного обслуговування населення країни (табл. 2.3).

Основні проблеми забезпечення якісного обслуговування споживачів
медичних послуг у системі охорони здоров'я України

Існуюча проблема	Характеристика
Імовірність тривалого очікування на прийом до сімейного лікаря в електронній черзі	Значна кількість часу, проведеного пацієнтом в очікуванні, може спровокувати розвиток важких ускладнень деяких захворювань, що вимагають оперативного втручання.
Щоб отримати направлення до спеціаліста, необхідно відвідати сімейного лікаря	Втрата часу пацієнта через необхідність отримати направлення від сімейного лікаря до вузького спеціаліста, адже раніше можна було відвідати будь-якого вузького спеціаліста без направлення.
Кваліфікація сімейного лікаря не дозволяє лікувати спеціалізовані захворювання	Завдяки досить загальному уявленню про деякі захворювання може проводитися сліпе лікування, яке може призвести до серйозних наслідків, або до переходу захворювання в хронічну форму.
Неможливість своєчасного надання екстреної медичної допомоги	Зайнятість лікарів, відсутність технічно справного транспорту для доставки лікарів на місце тощо призводять до можливості надання консультацій лише по телефону.
Залежність надання медичної допомоги від якості комп'ютерного обладнання, його відсутність у деяких пацієнтів, низька стабільність Інтернет-з'єднання	Недостатній рівень інноваційного комп'ютерного обладнання медичних закладів для обробки великих обсягів інформації сприяє нестабільній роботі Інтернет-провайдерів, які надають доступ до електронної системи медичному персоналу.
Відсутність національного моніторингу сучасних методів лікування поширених захворювань	У процесі лікування серцево-судинних захворювань, туберкульозу, раку тощо не використовуються прогресивні підходи міжнародного рівня, систематично не пропагується здоровий спосіб життя.
Обмеження на придбання ліків для пільгових категорій населення в аптечних мережах	Пільгові ліки для деяких категорій громадян відпускаються в обмеженій кількості аптек; перелік препаратів, які надаються безкоштовно або зі знижкою за державною програмою, досить обмежений

Джерело: [1].

Також важливою проблемою є неповна забезпеченість лікарями сільської місцевості, відсутність робочих приміщень та неналежне соціальне забезпечення.

«Також у воєнних умовах актуальною є проблема готовності медичних закладів до впровадження другого етапу медичної реформи. Наразі навіть не розроблено чіткого алгоритму надання екстреної медичної допомоги пацієнтам (наприклад, немає чіткого маршруту транспортування пацієнта від місця проживання до необхідного медичного центру) . Ця ситуація також затримує

процес впровадження нового способу фінансування медичних закладів»

«Варто відзначити очевидні недоліки в роботі електронної системи охорони здоров'я: неможливо зафіксувати пацієнтів, які не мають підписаної декларації лікаря загальної практики сімейної медицини, немає робочого алгоритму класифікації осіб із числа громадян, які заявили про співпрацю з НСЗУ. Примітно, що реструктуризація повного впровадження автоматизованих інформаційних систем та їх доповнення необхідними завданнями для обліку всіх груп пацієнтів, незалежно від наявності чи відсутності підписаної декларації» [1].

Тому логічним і необхідним кроком для покращення ситуації в Україні є запровадження чіткого конкурсного відбору на адміністративні посади в МОЗ України та його адміністративних структурах організованих сфер. Важливо, щоб цей відбір проводився на конкурсній основі та стимулював призначення кваліфікованих спеціалістів з вищою медичною освітою, високим рівнем кваліфікації та значним досвідом роботи у місцевих медичних закладах. Цей крок створить умови для ефективного реформування системи охорони здоров'я України, спрямованого на підвищення її ефективності та забезпечення надання якісних медичних послуг усім громадянам країни.

«Крім того, для збереження та підвищення продуктивності системи охорони здоров'я країни, запобігання закриття медичних закладів різних рівнів, скорочення чисельності медичного персоналу та відтоку кваліфікованого медичного персоналу з-за кордону може бути використано багато ефективних заходів, реалізувати: збільшити обсяги державного та федерального медичних закладів різного рівня за рахунок збільшення податків на надання медичних послуг у рамках системи медичних гарантій залучення медичного персоналу підготовлених, що вкрай необхідно для забезпечення якості медичної допомоги» [1].

Реалізація цих заходів може сприяти покращенню фінансування та діяльності системи охорони здоров'я в Україні та запобігання загрозі її руйнації.

2.2 Аналіз реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я

Виклики, які існують у галузі охорони здоров'я, яка зазнає змін, підкреслюють важливість термінових і рішучих дій. Ці дії мають бути спрямовані не лише на реалізацію конкретної стратегії розвитку медичної системи, а й на захист та покращення якості життя всіх людей. Фактично стало зрозуміло, що держава не може самотійно вирішити всі проблеми в цій галузі. У боротьбі за виживання та розвиток умов життя людей держава має співпрацювати з бізнесом, громадянським суспільством та враховувати активну участь та свідомість громадян. Тільки співпраця всіх зацікавлених сторін може допомогти досягти успіху в реформуванні системи охорони здоров'я та забезпечити здоров'я та благополуччя всіх громадян.

Оскільки зміни, як відомо, є процесом удосконалення, що включає вибір найкращого варіанту серед можливих альтернатив, або процес приведення системи до потрібного стану, видається доцільним розглянути процес зміни системи охорони здоров'я через аналіз. реалізація державної політики охорони здоров'я через дослідження. З метою оцінки стану надання медичних послуг, ефективності державної політики, доступу населення до медичної інфраструктури та системи заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я в Україні, науковець Міжрегіональної академії управління персоналом Р.В. провели опитування за допомогою дистанційних інформаційних технологій. Це дало змогу зібрати велику кількість даних та отримати відгуки громадян, медичних працівників та інших зацікавлених сторін про ефективність системи охорони здоров'я.

Це дослідження мало на меті визначити рівень задоволеності громадян наданими медичними послугами, виявити проблеми в лікуванні та діагностиці, оцінити рівень надання послуг та прозорість системи. За допомогою дистанційних інформаційних технологій можна провести опитування великої кількості учасників, а аналіз результатів допоможе розбудувати систему охорони здоров'я

на основі реальних потреб і запитів громадян [1].

В опитуванні взяли участь 2794 респонденти. Він включає розподіл респондентів за такими категоріями: споживачі медичних послуг – 2502 особи; державних службовців у сфері медицини – 116 осіб; середній медичний персонал – 176 осіб (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Репрезентативність вибірки проведення дослідження

Загальна кількість опитаних респондентів	2794
Репрезентативність дослідження	$\geq 2,5\%$.
Метод опитування	Інтерв'ю за допомогою комп'ютера
Метод зважування	Без зважування
Розподіл респондентів за категоріями	2502 особи (89,5 %) – споживачі медичних послуг; 116 осіб (4,15 %) – публічні службовці медичної галузі; 176 осіб (6,3 %) медичні працівники різних рівнів та кваліфікацій

Джерело: [1].

Вибірку респондентів складають найбільша кількість споживачів медичних послуг – опитування через соціальні мережі та цільові групи керівників; державні службовці в медичній сфері, особливо Міністерства охорони здоров'я та інші; медичний персонал різного рівня кваліфікації та професій.

Опитування проводилось за допомогою анонімного електронного анкетування. Анкету створено за допомогою інтернет-сервісу «Google Forms», який дозволяє збирати дані респондентів, оформляти відповіді у вигляді таблиць «Excel», додатків та форм. Доступ до анкети можливий за допомогою різних типів електронних пристроїв: ПК, планшета, смартфона. Вибірковий розподіл респондентів наведено в таблиці. 2.5.

Розподіл вибірки дослідження

Розподіл респондентів		Вибірка, %	Кількість респондентів
Вибіркові групи	споживачі медичних послуг	89,5	2502
	публічні службовці медичної галузі	4,15	176
	медичні працівники середнього зв'язу	6,3	116
Стать	чоловік	44,12	1233
	жінка	55,86	1561
Вік	18 – 24 роки	14,45	404
	25 – 34 роки	17,25	482
	35 – 44 роки	39,72	1110
	45 – 54 роки	19,93	542
	55 – 64 роки	8,9	249
	65 +	0,25	7
Місцевість проживання	сільська місцевість	11,81	330
	місто з населенням до 50 тис. осіб	16,5	463
	місто з населенням 50 – 99 тис. осіб	15,31	428
	місто з населенням 100 – 500 тис. осіб	26,27	734
	місто з населенням понад 500 тис. осіб	31,96	839

Джерело: [1].

Одним із важливих напрямків дослідження є розвиток галузі охорони здоров'я, тому респондентам було запропоновано відповісти на запитання «Чи надає вам підтримку медичний центр, де ви обслуговуєтеся?».

Бюджет (державний чи місцевий)?» Відповіді розподілилися так: на це запитання надійшло 1307 відповідей. Так, лише 4% респондентів вважають, що бюджет покриває всі потреби медичного центру; 12% відповіли, що бюджетні гроші покривають більшість витрат. При цьому 28% респондентів вважають, що з бюджету виділяється дуже мало, а велика кількість респондентів – 56% – відповіли, що підтримка з бюджету не передбачена. Розподіл відповідей показано на рис. 2.5.

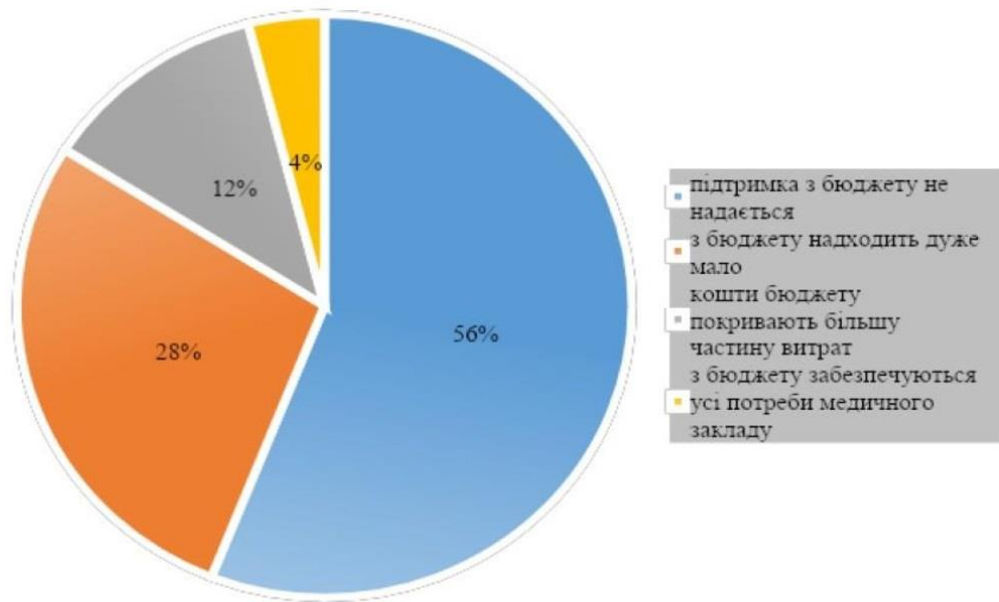


Рис. 2.5 - Наявність фінансової підтримки з бюджету (державного або місцевого) спортивній секції, на думку респондентів в категорії “Споживачі медичних послуг”

З рис. 2.5 видно, що 56% респондентів помітили відсутність бюджетної підтримки розвитку медичних закладів.

Сферу охорони здоров'я та відповідну державну політику слід розглядати системно та системно: системно як відкриту, гнучку, комплексну соціальну систему, що складається зі структур (підсистем) різноманітних державних і неурядових організацій та організацій, діяльність яких здійснюється на основі взаємозв'язків між класами і спрямована на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я людей.

Встановлено, що в даному дослідженні взяли участь респонденти категорії «Покупці медичних послуг», які вчасно пройшли обстеження та оцінку – 27% респондентів; 10% відповіли «не користуюся і зовсім не довіряю українським лікарям, усі перевірки та аналізи проходжу вчасно»; 63% зазначили, що «звертаюся лише за гострої потреби» (рис. 2.6).

Джерело: [1].

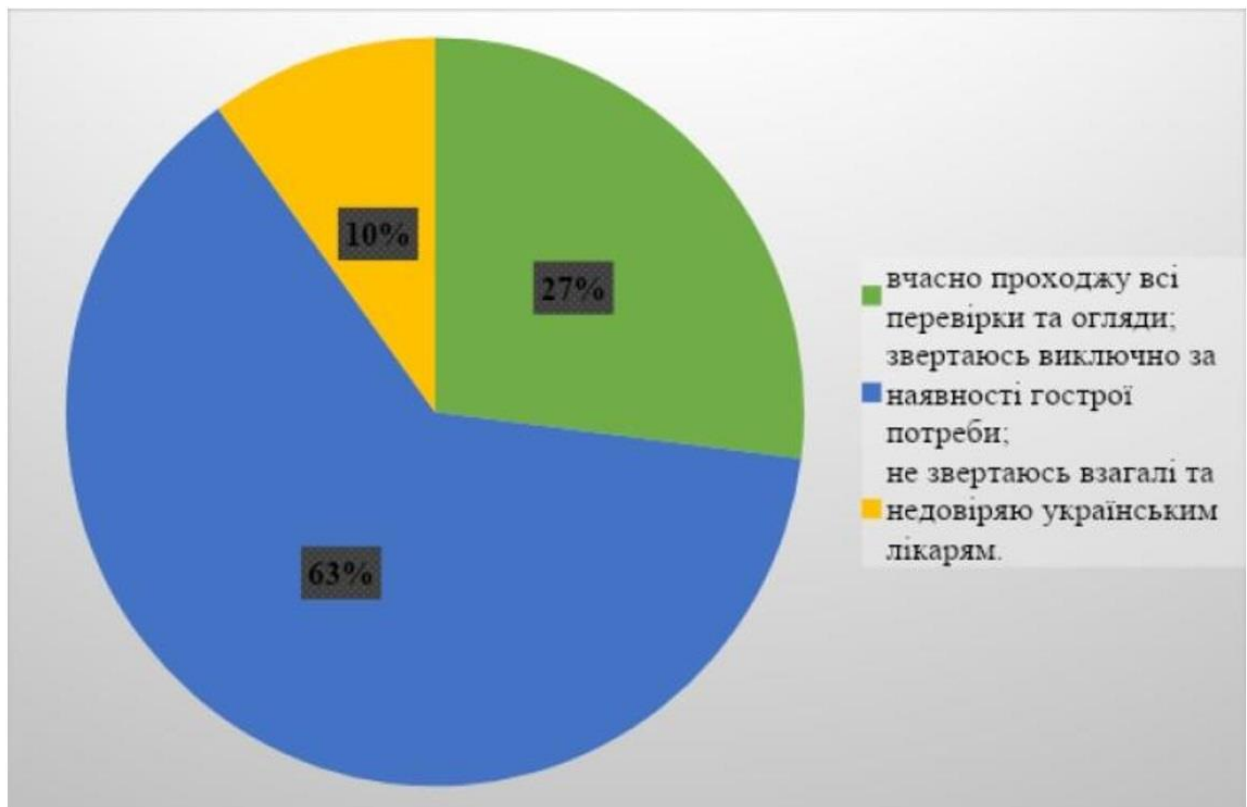


Рис. 2.6 - Фактори, що стимулюють звертатися до медичного закладу
“Споживачі медичних послуг”

Джерело: [1].

Можна відзначити, що на запитання «Знайти гальмівні фактори, які впливають на пасивне ставлення людей при зверненні до медичного закладу» опитані відповіли так: на думку респондентів розділу «Медичний персонал», основними гальмуючими факторами є: фактори, які впливають на дію

ставлення людей до відвідування медичних центрів «вартість послуг і ліків» – 32% та зручність розташування центрів медичної інфраструктури – 16%. Цікаво в опитуванні, що в категорії «Медичні працівники» та «Державні працівники» відповіді протилежні. Бюджетники медичної сфери, навпаки, вважають, що, по-перше, фактором профілактики є якість надання послуг – 25%, потім «вартість послуг» – 23% (рис. 2.7).

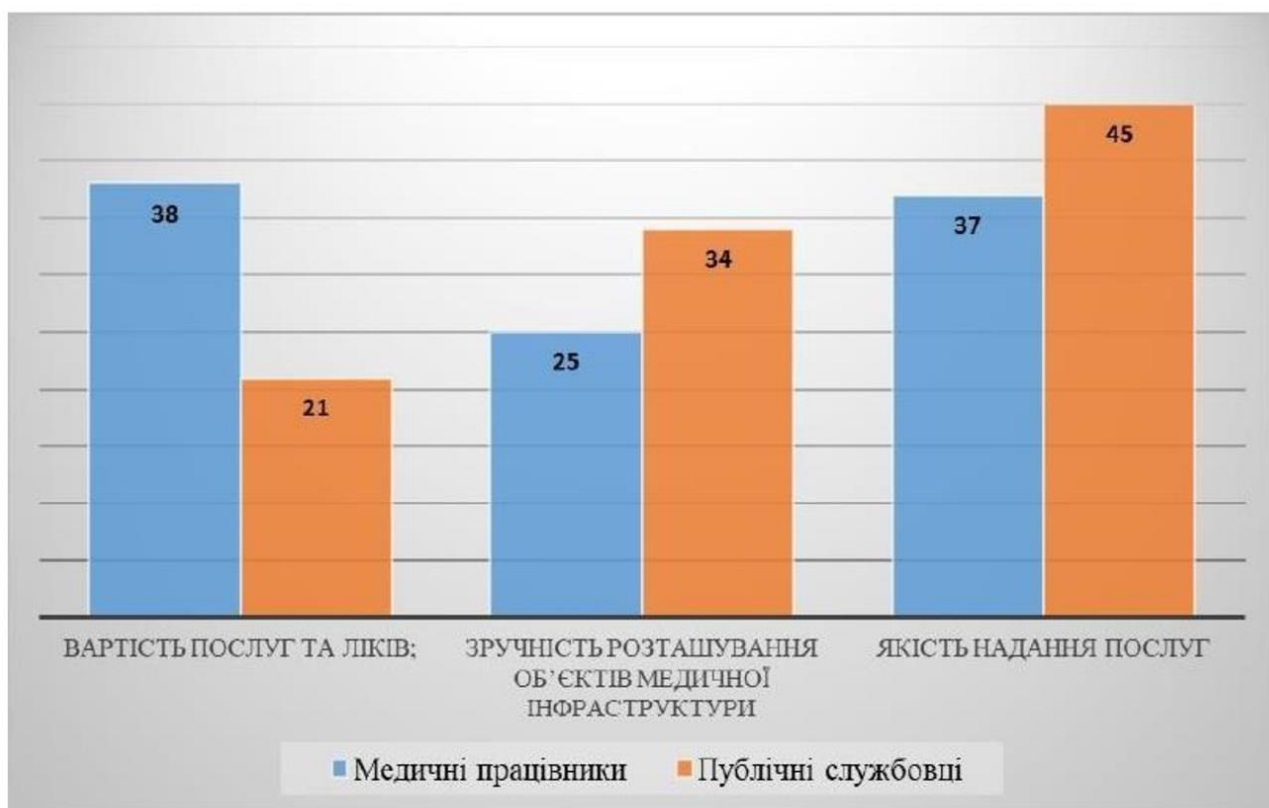


Рис. 2.7 - Стримуючі фактори, які впливають на пасивне ставлення людей до звернення до медичного закладу

Джерело: [1].

Загалом результати дослідження свідчать про те, «наскільки всім верствам населення доступно отримання медичних послуг різного рівня у вашій громаді»: повністю доступно – 13,7%; доступний – 10,2%; середньодоступний - 59,8; менш доступні - 11,2%; не знайдено взагалі – 4,5 % (рис. 2.8).

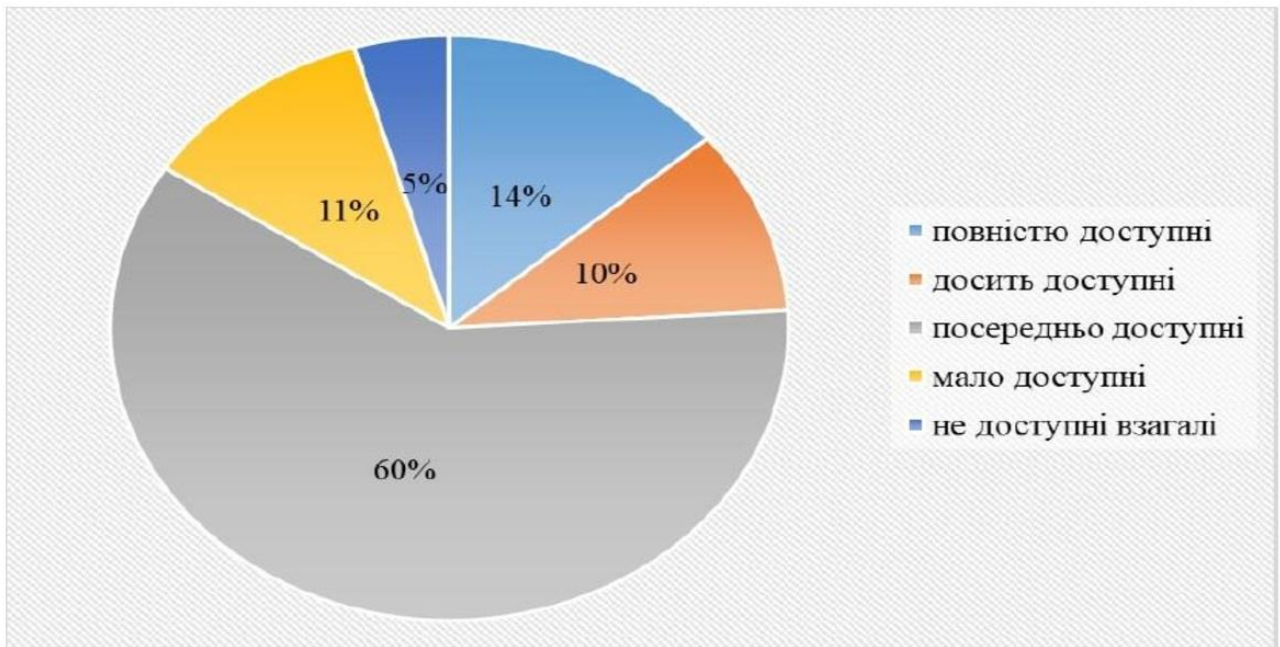


Рис. 2.8 - Загальні показники за всіма категоріями респондентів щодо доступності до медичної інфраструктури

Джерело: [1].

Тому у випадку отримання медичної інфраструктури варто наголосити, що на початку активної фази війни Росія завдала великих втрат медичній системі. Значно постраждала медична інфраструктура на території 5 областей: Донецької, Харківської, Миколаївської, Чернігівської та Київської. Також складною залишається ситуація та медична інфраструктура Луганської області. Україна фактично не має доступу до медичних закладів на цій території і не може повністю оцінити масштаби руйнувань. Загальні потреби у відновленні медичної інфраструктури вже оцінюють у 6,4 мільярда доларів. Щоб привести систему охорони здоров'я в цілому до кращих європейських практик, потрібно понад 15 мільярдів доларів.

«Щоб відновлення відбулося повністю, необхідно створити Стратегічний план відновлення медичної інфраструктури, який має містити чіткі показники та заходи, а також фінансові ресурси для можливого відновлення. Перший напрямок — моніторинг пошкоджену інфраструктуру по всій території України, а другий напрямок — це реконструкція медичних закладів, надання послуг психіатричної допомоги,

гармонізація законодавства з ЄС тощо. Третій напрямок – модернізація медичної системи та передового світового досвіду, підвищення якості медичної допомоги та підвищення кваліфікації персоналу» [1].

Водночас 28,4% респондентів у категорії «Споживачі медичних послуг» схвалюють стан реалізації політики країни у сфері охорони здоров'я, показник від числа респондентів у категорії «Медичні працівники» становить дорівнює 18,1 %. Діаграма даних представлена на рис. 2.9.

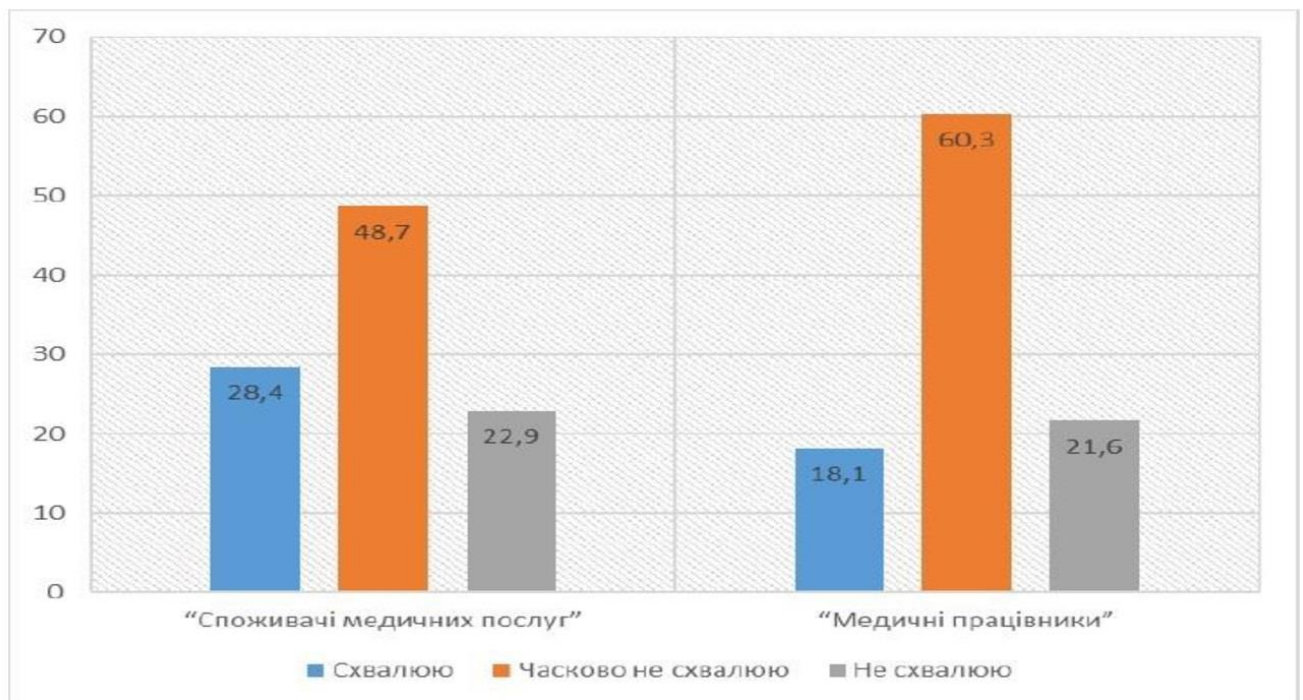


Рис. 2.9 - Порівняння показників щодо оцінки реалізації державної політики у галузі фізичної культури та спорту (Категорії «Споживачі медичних послуг» та «Медичні працівники»)

Джерело: [1].

З рис. 2.9 видно, що існує велика кількість відповідей щодо «низького схвалення» реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Тому слід зазначити, що сучасні напрями формування державної політики у вказаній сфері мають передбачати комплекс процесів, зокрема повне поєднання нормативно-правової бази, організаційної структури, економічних методів управління та інформаційних систем.

Тому в сучасній галузі охорони здоров'я виявлено такі проблеми, як: низький рівень фінансового та матеріального забезпечення; технологічно відстала інфраструктура; відсутність належної системи мотивації працівників; високий рівень корупції на всіх рівнях і ланках.

2.3 Аналіз передового досвіду країн світу реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

Регулювання можна визначити як «стабільний та об'єктивний контроль, який здійснюють державні органи за діяльністю, яка цінується громадськістю» в контексті охорони здоров'я []. Існує дві важливі пов'язані концепції контролю, які зовнішня група вважає «незначними», які використовують певний набір інструкцій/правил для «формування/впливу на поведінку» медичних працівників.[] Через вимогу високого рівня відповідності досвід і технічні знання в управлінні медициною, по-перше, дуже обмежене визначення контролю — обмежене інструкціями/законами, прийнятими державними органами, уповноваженими законом. Регуляторний підхід включає, крім того, добровільне саморегулювання та офіційні регулятивні положення, керовані роботодавцем, коли професіонали або постачальники співпрацюють і узгоджують набір стандартів і кодексів практики, без офіційної стратегії, яка є дуже кооперативною поступово переходить до каральних методів.

Розглядаючи це з широкої точки зору, головними цілями регуляторних функцій, включаючи медичну професію, є забезпечення якості медичної допомоги

шляхом надання та моніторингу мінімально прийнятних стандартів медичної допомоги та забезпечення задоволеності населення якістю та безпекою медицини. . догляд за хворими []. У найкращому вигляді принципи надають вказівки для встановлення передового досвіду та покращення ефективності через безперервний процес вимірювання та зворотного зв'язку. Однак існують проблеми з глобальним контролем медицини, спричинені головним чином мінливою природою медицини, на яку постійно впливає розвиток технологій і наукових знань, а також відносини між лікарем і пацієнтом. Десять ключових глобальних тенденцій в управлінні лікуванням з огляду політики:

Зміни в медичному регулюванні розглядаються як шлях до підвищення якості обслуговування пацієнтів.

Зміна медичних нормативів вимагає державного втручання та законодавства.

Створення спільних політичних принципів, рамок і регуляторних органів серед професіоналів є новою тенденцією.

Залучення непрофесіоналів з порадами та запитаннями стає все більш поширеним.

Медичне регулювання переходить від моделей саморегулювання до моделей регулювання, які підкреслюють відносини між професіоналами та громадськістю, лікарями та пацієнтами.

Постачальники медичних послуг та адміністратори закладів відіграють дедалі важливішу роль в управлінні охороною здоров'я.

Повторна сертифікація/кваліфікація та сертифікація/повторна сертифікація

Регулювання впливає на якість медичної допомоги, а не лише на виявлення та лікування недбалості.

Слідчі та дисциплінарні функції все більше розділяються та організовуються незалежно одна від одної.

Постійний професійний розвиток є обов'язковим для лікарів у багатьох сферах.

Випускники медичних закладів за кордоном приймаються на практику в різних країнах по-різному

Зміни в медичному регулюванні розглядаються як шлях до підвищення якості обслуговування пацієнтів. На тлі зростаючого попиту громадськості та пацієнтів на прозорість стандартів догляду та медичної практики багато органів влади впроваджують нормативні зміни для своїх професій у сфері охорони здоров'я, включно з медичною професією. Ці зміни часто викликані скандалами та політичними інтересами. Рушійною силою багатьох змін у медичних нормах є турбота про забезпечення кращих стандартів догляду за пацієнтами та захист населення від шкідливої медичної практики. У Великій Британії було виявлено, що клінічні навички деяких співробітників значно нижчі за стандарт безпечної та ефективної допомоги. У Гонконзі нещодавно в індустрії краси спостерігається тенденція залучати до бізнесу медичних працівників, щоб залучити споживачів. Це підняло питання щодо стандартів лікарів і обсягу практики, що спонукало уряд запропонувати низку нормативних змін для покращення якості та безпеки медичної допомоги.

Інший приклад використовує нормативну політику Малайзії для покращення якості охорони здоров'я, яка полягає в тому, що просування медичного туризму заохочує зміни в регуляторних структурах, включаючи охоплення як державного, так і приватного секторів однаковими стандартами забезпечення якості під впливом широкого спектру факторів, від економічних інтересів до громадської думки та зміни соціальних очікувань.

Потрібна зміна медичних правил державне втручання і закон. Регуляторні системи можуть накладати правові обмеження або контроль на практику лікарів, законодавство, адміністративні директиви та/або судові рішення. Необхідно змінити медичне регулювання шляхом вжиття заходів або створення нового закону, або внесення змін до чинного закону. Наприклад, було прийнято рішення скоротити членство Національної медичної ради Великої Британії з 35 до 24 у 2009 році та до 12 у 2013 році, а також спростити методи управління та зосередитися на стратегіях та менеджменті її керівників.[1] Інший приклад

Управління змінами – це створення законів для забезпечення послідовності регулювання. Австралія, Нова Зеландія та шість штатів/територій Канади прийняли загальне законодавство про медичних працівників; тобто використання одного загального принципу, який визначає однакові процедури для всіх професій, щоб забезпечити сумісність правил між різними типами медичних професій. Така структура не пропонується в азіатських регіонах, які ми вивчали, хоча державний регуляторний нагляд є більшим, ніж у західних регіонах. У Гонконзі, як і в будь-якому іншому місці, якщо уряд хоче змінити медичне регулювання, його Законодавча рада повинна погодитися на зміни та ввести їх у закон після періоду дебатів.

Створення загальних принципів політики, дизайну та організації регулювання серед професіоналів є новою тенденцією. Все більше розглядається можливість інтеграції медичного права в ширше загальне право для забезпечення узгодженості національного права серед професіоналів. В Австралії, наприклад, Австралійське агентство з регулювання медичних працівників було створено в 2010 році для поширення спільних цінностей і практик серед медичних працівників, які наразі дотримуються однакових процедур реєстрації, керуючи своїм керівним органом, розглядом скарг і дисциплінарними процедурами.¹] Агентство підтримує 14 національних рад, відповідальних за регулювання охорони здоров'я, догляду за професійними групами в регулюванні реєстрації терапевтів і розслідування професійної поведінки та ефективності Управління професійних стандартів охорони здоров'я та соціального забезпечення Великої Британії є ще одним прикладом широкого органу, який здійснює нагляд за низкою регуляторів як форми метарегуляції. Рішення мати спільний орган, окремі регулюючі органи чи самовладання часто передбачає поєднання історії, лобіювання та бажання професії мати більше контролю над своїми правилами.

Залучення непрофесіоналів з порадами та запитаннями стає все більш поширеним. Разом із потребою у більшій публічній підзвітності та прозорості представництво неодружених стає глобальною тенденцією в медичному регулюванні. Рівень участі громадськості в медичному регулюванні різниться

залежно від місця. Громадське представництво в медичних радах/комісіях коливається від 50% у Великій Британії до 0% у Сінгапурі, Малайзії та материковому Китаї, де є більший державний контроль, що підкреслює великі відмінності між певними сферами в азіатських країнах порівняно із Заходом. Однак глобальна тенденція спрямована на збільшення участі громадськості в перегляді та розслідуванні медичних законів. Дослідження, проведене у Великобританії, показало, що громадськість віддає перевагу поєднанню підготовлених медичних професіоналів і досвідчених немедиків для оцінки роботи лікарів. Проте надання відповідної підготовки та підтримки для резидентів, які виконують функції регуляторів, також вважається необхідним, і навчання проводиться на постійній основі, щоб тримати людей в курсі подій у галузі та допомогти переконатися, що лікарі розуміють принципи залучення резидентів.

Медичне регулювання переходить від моделей саморегулювання до моделей регулювання, які підкреслюють відносини між професіоналами та громадськістю, лікарями та пацієнтами. Саморегуляція базується на концепції професіоналізму, яка дає професіоналам можливість контролювати себе. Частково через зміни в суспільних очікуваннях через скандали та професійну недбалість, відбувся значний зсув у концепції саморегуляції лікарів у бік більшої відкритості, підзвітності та участі представників громадськості. Висвітлено різні моделі управління, самоуправлінські орієнтації.

В азіатських країнах, таких як Сінгапур, Малайзія та Китай, існує сильний державний нагляд і пряма участь. Великобританія, Австралія та Нова Зеландія беруть участь у спільному управлінні та підкреслюють державно-приватне партнерство. У США постачальники та страхові компанії, які можуть вимагати від лікарів участі в сертифікації або сертифікації, є частиною де-факто нормативної бази. Професіонали в Канаді саморегулюються через професійні коледжі або організації, які забезпечують комплексне регулювання професії. На вільному ринку Гонконгу зберігається високий ступінь професійної незалежності, а лікарі в основному саморегулюються Медичною радою та Гонконзькою медичною академією. Цей огляд свідчить про те, що медичний працівник відходить від

поточного стану саморегуляції, який часто розглядається як егоцентричний, до стану співпраці між фахівцями, регуляторами та громадськістю.

Постачальники медичних послуг та адміністратори закладів відіграють дедалі важливішу роль в управлінні охороною здоров'я. Постачальники медичних послуг та інституційні регулятори відіграють більшу роль у зовнішньому нагляді в західних країнах, ніж у Китаї, Сінгапурі чи Малайзії, де медичне регулювання підлягає більшому державному контролю. Наприклад, на додаток до Генеральної медичної ради (GMC) у Великобританії існують «незалежні» організації, такі як Комісія з якості охорони здоров'я як директори інститутів, які діють як зовнішня організація для контролю якості та безпеки медичної допомоги, що надається працюють професіонали. в цих закладах. Система фінансування охорони здоров'я в Сполучених Штатах включає державну допомогу з такими програмами, як Medicare для людей похилого віку та Medicaid для тих, хто не в змозі платити; приватне медичне страхування, переважно надане роботодавцем; виплати з власної кишені для тих, хто не застрахований або має право на державні програми. Як зазначалося раніше, страхові компанії/роботодавці можуть вимагати, щоб застрахований проконсультувався з сертифікованим лікарем для відшкодування, таким чином беручи участь в управлінні лікуванням. У таких умовах доцільно, щоб професійні регулятори та постачальники послуг співпрацювали та погоджували стандарти для забезпечення якісного догляду за пацієнтами – і ця співпраця має бути відкритою та прозорою. Гонконг ще не вирішив цю проблему моделі партнерства.

Регулювання впливає не лише на якість медичного обслуговування, а й на виявлення та усунення неправомірних дій.

Окрім підтримки технічних стандартів, регуляторні органи приділяють увагу покращенню якості медичної допомоги шляхом раннього втручання та відновлення низької продуктивності лікарів. Більшість штатів мають системи для виявлення зловживань, але методи виявлення та втручання відрізняються. Набір стандартів зазвичай визначає компетентну роботу як відправну точку для оцінки хорошої/поганої роботи, забезпечуючи межу, за якою можна оцінювати погану

роботу. Наприклад,

«Належна медична практика» у Великій Британії забезпечує структуру принципів і принципів, на яких базується належна практика. У досліджуваних областях використовуються різні методи перевірки, включаючи не лише перевірку медичних працівників, які отримали скарги на свою практику, а й періодичні перевірки та огляди всіх лікарів або, принаймні, тих, хто має високий ризик. Наприклад, повторна сертифікація у Великій Британії використовує метод періодичної оцінки через свою систему акредитації для підтвердження компетентності лікарів, тоді як Канада використовує скринінговий метод оцінки, ідентифікуючи певні групи (наприклад, понад 70 лікарів у Квебеку) для оцінки використання набору оціночних показників. . Такі механізми, як повторна сертифікація та акредитація, діють у Сполучених Штатах і Великій Британії для оцінки та регулювання професійної діяльності лікарів. Є багато доказів того, що повторне обстеження пов'язане з покращенням результатів. У Сполучених Штатах лікарі можуть отримати сертифікат Американської ради з медичних спеціальностей та її 24 членів, щоб продемонструвати, що вони досягли більше, ніж мінімальні стандарти, необхідні для ліцензування. Вони можуть пройти повторну сертифікацію за допомогою підтримки сертифікації (МОС), яка розпочалася в 2000 році та вимагає від більшості сертифікованих спеціалістів періодично проходити повторну сертифікацію на основі іспиту з чотирьох частин, який оцінює їхні медичні знання, клінічну компетентність і навички спілкування з пацієнтом. однак лікарі критикували МОК як дорогу та трудомістку вправу, особливо з огляду на умови тестування, які вона вимагає.

Від лікарів не вимагається атестація за фахом. У Великобританії Генеральна медична рада (GMC) розпочала перегляд у грудні 2012 року після майже 15 років дебатів щодо проекту. Вперше під час повторної акредитації лікарі тепер мають продемонструвати, що вони готові проходити сьогоднішній день і відповідати п'ятирічному циклу щорічних іспитів. Огляд підтримується як процес, який визначить погану практику та принесе користь усім практикам. Однак спочатку це викликало сильний спротив з боку деяких медичних працівників, які

розкритикували пропозицію як непрактичну та надто дорогу та назвали її порушенням саморегуляції. В Азії мало рухів у бік індивідуальної повторної сертифікації або повторної сертифікації. Частково це може бути пов'язано з високим рівнем приватного надання медичної допомоги, який сам по собі є викликом медичному регулюванню. у Гонконзі, наприклад, важко оцінити лікарів первинної ланки, коли вони працюють незалежно і немає регуляторних структур. Це призводить до питання про те, як найкраще регулювати постачальників у системі оплати первинної медичної допомоги поза фондами, яка зазвичай зустрічається в Азії.

Безперервний професійний розвиток (CPD) є обов'язковим для лікарів у багатьох сферах. Зростає тенденція запроваджувати CPD для всіх практикуючих лікарів, щоб вони могли підтримувати свою професійну компетентність і демонструвати, що їх практика відповідає професійно узгодженим стандартам. До цього часу безперервна медична освіта (CME) у формі офіційних лекцій або семінарів із заліковими балами традиційно використовувалася для демонстрації підтримки професійної компетентності. Проте CME все частіше розглядається як пасивна форма навчання, що призводить до міжнародного переходу від CME до CPD, який включає розвиток клінічних, управлінських, соціальних та особистих навичок. Багато досліджень показали, що CPD може покращити здоров'я пацієнтів. 33-36 Програми CPD зосереджені в основному на професійному розвитку лікарів, щоб підтримувати сучасні знання, не є обов'язковими для всіх лікарів у Гонконзі, хоча Гонконзька медична академія потребує професіоналів, щоб залучити NPR. Малайзія прийняла обов'язковий закон про PPR, але він не був реалізований.

Випускникам-іноземцям-медикам дозволяється практикувати різними способами залежно від країни. Наймання лікарів, які пройшли підготовку за межами країни, в якій вони практикують, часто пов'язане з нестачею лікарів певних спеціальностей, як правило, у розвиненіших країнах.[26] У таких країнах, як Велика Британія, Америка, Австралія та Канада, не вистачає лікарів, що призвело до створення різних програм, які дозволяють іммігрантам, які закінчили

медичні дослідження, працювати. Вимоги до цих докторантів відрізняються, хоча мовний іспит є обов'язковим для всіх. Сполучені Штати, Канада та Гонконг також вимагають ліцензійних іспитів як засобу перевірки компетентності. Деякі країни, такі як Малайзія та Сінгапур, мають добре відомий список закордонних навчальних центрів, де навчаються та приймаються іноземні лікарі. Однак для цих випускників перед цим потрібна певна професійна орієнтація в медичних закладах. Інші, такі як Австралія та Нова Зеландія, мають окремі шляхи для лікарів, які пройшли міжнародну підготовку, залежно від їхньої кваліфікації.

і може знадобитися пройти період супервізії замість або на додаток до кваліфікаційних/ліцензійних іспитів або стажування.

Регулювання кваліфікованих медичних працівників є важливою темою для обговорення для багатьох людей у всьому світі з різних причин – від політичного, фінансового, правового, технічного тиску до нових занепокоєнь щодо якості медичної допомоги та безпеки пацієнтів. Це може зробити медичне регулювання важливим фактором у дискусіях про загальну реформу охорони здоров'я. Глобальна мережа зацікавлених сторін у перегляді та реформуванні процесів медичного регулювання зростає та швидко змінює простір для обговорення цих питань у всьому світі. Країни відрізняються тим, як ними керують і ким. Регуляторні процедури є культурними особливостями кожної області, і не існує універсального рішення. Рівні контролю органів самоврядування відрізняються залежно від історичного контексту, соціально-політичного середовища та суспільних інтересів. Інші чинники, такі як цілі державного регулювання, стимули до регульованої поведінки та витрати, пов'язані з невдачею регулювання, також відіграють важливу роль.

Загалом державний нагляд є сильнішим в Азії (наприклад, у Китаї, Сінгапурі та Малайзії), і в цих країнах було мало зрушень у напрямку повторної сертифікації чи перевірки. Гонконг залишається, оскільки він підтримує медичну абстиненцію. Огляд законодавчої бази медичної професії дає важливу інформацію про Гонконг та його зусилля щодо реформування чинного законодавства про медичні професії, беручи до уваги місцевий контекст і цінності. Порівняно з британською та

північноамериканською моделями регулювання, медичне право в Гонконзі характеризується високим ступенем професійної незалежності. Враховуючи глобальну тенденцію саморегулювання, необхідно переглянути відповідний рівень представництва звичайних людей у процесі регулювання, щоб підвищити підзвітність і прозорість, а також підзвітність думок різних зацікавлених сторін. Необхідно розглянути обов'язкові та загальнодоступні програми NPR для всіх лікарів та інші методи покращення виявлення та лікування недбалості для покращення якості медичної допомоги, особливо в приватному секторі первинної медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ТА УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Проблематика розвитку в українському секторі охорони здоров'я

У сучасній ситуації в Україні зростає потреба впровадження нової політики державного управління у сфері охорони здоров'я, результати якої в основному впливають на розвиток країни загалом та громадську безпеку зокрема. Основою сучасної суспільної парадигми має стати розуміння того, що охорона здоров'я — це не лише обов'язок кожної держави перед людьми за забезпечення доступності та якості медичних послуг, а й важливий і перспективний вид економічної діяльності.

Метою підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я в Україні має бути:

- ☐ збільшення населення;
- ☐ збільшення тривалості життя громадян;
- ☐ підвищити якість та доступність медичних послуг для населення.

З метою підвищення ефективності державного контролю доцільно організувати наступний перелік блоків:

- ☐ у політиці, яка забезпечить людям якісну та своєчасну медичну допомогу;
- ☐ для організації, що включає реструктуризацію медичної галузі з метою вдосконалення системи підготовки медичного персоналу організації та покращення інфраструктури та надання послуг;
- ☐ у правовому полі, що забезпечить належне нормативно-правове підґрунтя для реформування системи охорони здоров'я шляхом створення та прийняття необхідних правових актів;

□ в економіці, що дозволить змінити методи фінансового забезпечення системи охорони здоров'я [].

Забезпечення національної безпеки у сфері охорони здоров'я потребує розробки інструментів державного контролю у сфері охорони здоров'я з урахуванням необхідності забезпечення ефективності впровадження національного медичного збору.

сила охорони здоров'я. і сталий розвиток соціально-економічних відносин на всіх взаємопов'язаних ринках сектора. У зв'язку з цим на сучасному етапі реформ необхідні перспективні орієнтири держави в управлінні сферою охорони здоров'я, а саме:

□ значні доповнення та зміни до діючої системи. законодавчо встановлено та планується шлях контролю за охороною здоров'я шляхом запровадження постійного моніторингу та контролю за виконанням дій уповноважених органів на всіх рівнях; науково-дослідна організація з економічної ефективності надання медичних послуг; підвищення кваліфікації персоналу закладу охорони здоров'я;

□ створення ефективної методики сучасної класифікації надання медичних закладів; управління закладами охорони здоров'я в сучасних ринкових умовах;

□ забезпечення та захист прав споживачів медичних послуг; моніторинг та підвищення якості медичної допомоги; створення і розвиток «медико-економічної» могутності країни;

□ удосконалення системи управління шляхом забезпечення підготовки управлінського персоналу та керівників з урахуванням сучасних основ управління;

□ забезпечення підготовки (зміни) медичних спеціалістів та медичного персоналу за рахунок бюджетних коштів;

□ створення належних організаційних умов для функціонування єдиного медичного центру для надання гарантованого пакету медичних послуг та реалізації права пацієнта на вільний вибір медичного закладу а також і лікаря;

☐ впровадження системи моніторингу та оцінки закладів охорони здоров'я; розробка, впровадження наскрізних процесів надання медичної допомоги та моніторинг їх виконання.

☐ перехід на новий спосіб фінансування закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги шляхом запровадження нових методів фінансування – поступовий перехід до фінансування гарантованого пакета медичних послуг на основі наданих медичних послуг;

☐ запровадження оплати за результати діяльності закладів охорони здоров'я як суб'єктів приватного підприємництва, тобто оплати фактично наданої ними медичної допомоги пацієнтам;

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

☐ укладення договорів про надання медичних послуг, які входитимуть до сертифікованого пакету медичної допомоги;

☐ впровадження методів медичного страхування (у разі прийняття відповідних нормативно-правових актів) шляхом визначення базових медичних послуг для покращення базового соціального пакету; у разі прийняття загальних нормативно-правових актів щодо створення та впровадження системи страхування в системі охорони здоров'я України.

Часто плутають такі поняття, як «колекція» і «фонди». Зміни у зборі коштів, які обговорюються в цьому розділі, включають спроби змінити:

- ☐ первинні джерела фінансування;
- ☐ способи здійснення пожертвувань;
- ☐ фандрайзингові агенти (як показано в таблиці 3.1).

Ефективність запроваджених реформ збору доходів безпосередньо залежить від загальної фінансової ситуації в країні, її здатності збирати податки та інші державні кошти, що, у свою чергу, залежить від економічної ситуації та стану людських ресурсів. Політика охорони здоров'я також може бути важливою: насамперед здатність органів охорони здоров'я лобіювати та впливати на уряд для підтримки та збільшення державних видатків на охорону здоров'я та

використовувати методи збору коштів для досягнення інших цілей фінансування галузі. Більшою мірою зміни в зборі доходів можуть вплинути на такі цілі: ефективний розподіл коштів (шляхом зміни розподілу джерел фінансування та методів внесків) та адміністративної ефективності (шляхом зміни методу 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	
	3) Інші обов'язкові внески	Агентство соціального страхування
Іноземні уряди та мультикультурні агенції	4) Добровільні попередні платежі	Комерційний страховий фонд
	5) Прямі платежі постачальникам на момент отримання медичної допомоги	Інші страхові фонди
		Роботодавці
Іноземні та транснаціональні компанії	6) Гранти	Цільові ощадні фонди
	7) Позики	Виробник медичних послуг

Звичайно, першочерговою метою таких реформ було збільшення або стабілізація рівня державного фінансування охорони здоров'я. Хоча підвищення збору доходів саме по собі не є стратегічною метою, зменшення бюджетних обмежень, з якими стикається галузь, збільшує шанс успішного досягнення всіх стратегічних цілей системи фінансування охорони здоров'я. Крім того, зміни в джерелах фінансування пов'язані зі змінами в системі

фінансування та системі закупівель і можуть бути важливим кроком у впровадженні змін у фінансовій системі, навіть якщо немає істотного впливу на систему доходів. .

Підсумовуючи, зміни в зборі доходів, запроваджені в окрузі, будуть оцінюватися за такими критеріями:

☐ Чи зріс середній рівень державних доходів, що спрямовуються на охорону здоров'я?

☐ Чи зміни вплинули на справедливий розподіл коштів (наприклад, чи просувається розподіл фінансового тягаря)?

☐ Чи можливо зберегти загальне покриття медичних послуг, якщо право на отримання гарантованого набору медичних послуг буде пов'язане зі внесками?

☐ Як зміна джерел надходження коштів і методів їх збору вплинула на ефективність господарювання?

☐ Чи використовувалися нові методи збирання доходів для просування інших реформ фінансування охорони здоров'я?

Однією з проблем української медицини є неофіційні платежі. Така ситуація є спадщиною дореволюційної системи охорони здоров'я, коли було відомо, що пацієнти платять лікарям за надані медичні послуги, які за законом повинні бути безкоштовними для користувачів.

Зменшення неофіційних платежів, явно чи неявно, має бути частиною реформ. Незаконні виплати часто вважаються небажаними через передбачуваний негативний вплив на цілі політики фінансування охорони здоров'я, включаючи прозорість, фінансовий захист, доступ до медичної допомоги та, можливо, ефективність. На додаток до

серйозних змін у секторі охорони здоров'я, лише кілька країн змогли досягти значного прогресу в зменшенні обсягу нелегальних платежів. І не випадково успішні історії рідкість. Сама практика є складною, а її походження та наслідки суперечливі. Не існує загальноприйнятого визначення незаконних

платежів, його важко виміряти, і навіть сам термін використовується неправильно, оскільки не всі платежі є незаконними в тому сенсі, що вони не перевіряються та не звітуються.

Виплати можуть бути готівковими та виплачуватися різним категоріям медичного персоналу, який бере участь у лікуванні пацієнта: лікарю, хірургу, анестезіологу, медичним сестрам, лаборантам та іншому діагностичному

персоналу тощо. У деяких країнах стаціонарне лікування пов'язане з потребою пацієнтів платити (готівкою або натурою) за ліки, медичне приладдя (шприци, трубки для внутрішньовенного вливання) та немедичні предмети (електричні лампи, мило, нижню білизну). Крім того, за відсутності медичного персоналу родичі повинні забезпечити харчування та догляд, частково ліки та ін'єкції.

Хоча існує загальна згода щодо того, які види платежів є «неофіційними платежами», не було досягнуто згоди щодо спільного визначення та концептуальної основи. Науковці запропонували різні визначення, які наголошують на різних аспектах неформальних платежів, таких як корупція, незаконність та порушення формальних вимог. Однак, залежно від правового контексту країни, такі платежі можуть (вважатися) корупційними, незаконними та можуть бути нерегулярними.

Існують різні пояснення походження незаконних платежів, які мають різні наслідки для процесу формування політики. Незаконодавчі платежі — це підсистема особистих платежів громадян при отриманні медичної допомоги, які відрізняються тим, що законні платежі здійснюються в рамках закону, а нестатутні платежі — додатково до них. Але чому люди платять більше, ніж потрібно? Чи є неофіційна оплата особистим ритуалом «подяки»? Чи є незаконні платежі ознакою того, що люди не знають своїх прав? Або такі виплати є ознакою неспроможності системи охорони здоров'я виконати свої обіцянки? Відповіді на ці запитання є важливими в процесі формування політики не тільки тому, що вони визначають, які дії можна і потрібно вживати

проти незаконних платежів, а й показують, чи потрібно їх вживати взагалі. У цьому відношенні найважливіша відмінність визначається культурою (подарунок) та іншими (легальна, раціональна економіка, соціальний капітал, «інксіт») неофіційними переконаннями в оплаті.

Значення традиції полягає в тому, що неофіційна оплата є актом доброти, а традиція мотивована добровільною вдячністю пацієнтів після надання послуг. Якщо це справедливо для багатьох нелегальних платежів, то причини неофіційних платежів знаходяться поза контролем системи охорони здоров'я, і єдиний спосіб зменшити їх – змінити суспільну культуру. Однак це зовсім не обов'язково, оскільки вдячність не робить негативного впливу на систему здоров'я. Навпаки, усі інші погляди свідчать про те, що неофіційні платежі є проблематичними, оскільки вони нагадують плату за послуги, з їхнім добре відомим негативним впливом на справедливість, ефективність та інші цілі політики фінансування охорони здоров'я. Однак існує невелика, але важлива відмінність між юридичним та етичним визначенням (корупція) та іншими моделями в рамках підходу оплати за послуги. Наслідком корупційної структури державного сектору є те, що незаконні виплати є формою хабарництва, і основна відповідальність за це лежить на корупціонерах. державних службовців, яких слід покарати, щоб зменшити незаконні виплати. Навпаки, теорії економіки, соціального капіталу та *inxi* пояснюють появу неофіційних платежів за певні аспекти структури та функціонування системи охорони здоров'я.

Зокрема, теорія інксіту поєднує всі пояснення, крім одного, в єдину уніфіковану модель.

Прямі та непрямі докази свідчать про те, що теорія культури (вдячності) не пояснює більшість незаконних платежів. По-перше, існує гіпотеза, що виплати після надання послуг постачальникам медичних послуг мотивуються вдячністю, на відміну від виплат перед наданням послуг. Однак неможливо чітко визначити початок і кінець лікування для багатьох медичних послуг, особливо в контексті первинної медичної допомоги та лікування хронічних

захворювань. По-друге, певні типи платежів, наприклад, ліки, медичні та немедичні товари, суперечать культурному визначенню неформальних платежів. Навпаки, вони показують умови, за яких складна інфраструктура лікарень, успадкована від радянської епохи, зайняла значну частину значно скороченого державного бюджету, залишивши обмежені ресурси для закупівлі ліків та медичного обладнання, а також відповідної заробітної плати для персоналу. Нарешті, багато досліджень, які вивчають мотиви неофіційних платежів, показують, що вдячність, як і примус, є поширеною мотивацією неофіційних платежів. І виявити істинність цих двох типів мотивації – завдання не з легких.

Ступінь, до якого незаконні виплати є проблемою політики, залежить від того, як вони впливають на роботу системи охорони здоров'я. Незаконні платежі часто розглядаються як проблема сама по собі. Але чи варто політикам хвилюватися, якщо нерегулярні платежі не вплинуть негативно на досягнення цілей політики охорони здоров'я? Загалом, існує мало переконливих доказів того, що неофіційні платежі спрямовані на досягнення всіх ключових 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.

Неофіційні платежі однаково обтяжують бідних. Неофіційні платежі за ліки та медичні та немедичні товари подібні до будь-яких інших законних платежів із власної кишені громадян за медичне обслуговування та мають задню силу. Обговорюване питання про вплив неформальних платежів на справедливість полягає в тому, чи вони виправдані з огляду на практику цінової дискримінації лікарів (низькі платежі для бідних пацієнтів і високі витрати для багатих пацієнтів). Є докази того, що неофіційні платежі по-різному перешкоджають доступу до медичної допомоги в різних країнах. Дані щодо рівня та розподілу неофіційних платежів не повністю відображають їхній справжній тягар для бідних, де великі суми очікуваних платежів перешкоджають або затримують звернення за медичною допомогою, як у випадку з офіційними платежами споживачів. Є докази

країн з низьким рівнем доходу в регіоні, що це справді так.

Неофіційні платежі, за визначенням, не є прозорими, тому на них не поширюється політика виключення. Основна проблема з неофіційними платежами, очевидно, полягає в тому, що пацієнти не знають заздалегідь, скільки вони повинні заплатити під час перебування в лікарні. До цього додається непередбачуваність захворювання. Крім того, пацієнти не захищені від того, що лікар може взяти за цю послугу необґрунтовану суму.

Тому, незважаючи на те, що незаконні платежі порівняно з легальними платежами пацієнтів поступово негативно впливають на правильний розподіл фінансового тягаря та доступність медичної допомоги, вони залишаються поза контролем держави, і це неможливо створити систему з прозорими правовими методами та виключенням певних груп із платіжної системи. Проте легалізація нелегальних платежів не завжди призводить до покращення становища малозабезпечених верств населення, оскільки розробка та впровадження системи обов'язкової оплати пацієнтів, яка передбачає звільнення певних категорій від оплати, є немалою справою. виклик. собі Час змін між ними

там, де співіснують незаконні та законні платежі, це неминуче, і в цей час дуже важко встановити чіткість прав. Дійсно, пацієнти часто не розуміють, які права вони мають, особливо в контексті складних нормативних актів, які постійно змінюються.

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 по відношенню до державної схеми. Міжнародні дослідження показують, що ринки DMS, як правило, формуються на основі характеристик системи країни, зокрема, рівня пропозиції системи країни. Таким чином, прогалини в державному покритті є важливими факторами, які визначають розвиток ринку DMS. Коли SCI компенсує недостатнє охоплення національної системи шляхом надання фінансового захисту групам людей, які виключені або можуть бути виключені з державної системи, вона відіграє роль заміни. Крім того, він відіграє додаткову роль, коли увага зосереджується на межах обсягу та глибини набору медичних послуг, гарантованих урядом, і додаткову

роль у випадках, коли він відповідає низькому рівню задоволеності користувачів. державного устрою (табл. 3.2).

Існують прогалини в широті, глибині та масштабах державного страхування, хоча їх масштаби значно відрізняються залежно від рівня державних витрат на охорону здоров'я. Однак наявності вакансій було недостатньо для забезпечення розвитку життєздатного ринку DMS у багатьох країнах регіону. Велика кількість перешкод стоїть на цьому шляху, наприклад, платоспроможність, відсутність регуляторних повноважень і продовження використання незаконних платежів. Обмежена платоспроможність є основною перешкодою на шляху розвитку LMS. У деяких країнах це посилюється відсутністю зацікавленості роботодавця чи держави у фінансуванні EMS, що вимагає більшого використання податкових пільг. Проте на міжнародному рівні мало доказів того, що податкові субсидії сприяють розвитку LCI і що пов'язані з цим витрати можуть бути значними.

Насправді довіра громадян і роботодавців до ринку є найважливішим фактором сприяння розвитку ринку. Недовіра до страхових ринків особливо поширена в країнах, де використовувалися пірамідні схеми, але це також відображає ширшу недовіру суспільства до приватних ринків (через занепокоєння високими витратами та корупцією) і відсутність знань про купівлю будь-якої страховки. У ставлення громадськості до охорони здоров'я може бути важко повірити в роль держави у забезпеченні загального безкоштовного доступу до медичної допомоги, що призводить до більшої переваги державного фінансування та надання медичної допомоги.

Збереження незаконних платежів замість інших, більш прозорих методів оплати в державному та приватному секторах може сповільнити розвиток VMS як ефективного методу. По-перше, LMS не завжди може захистити від незаконних комісій, тому люди можуть боятися платити двічі — премії LMS і наступні незаконні комісії — щоб отримати певну послугу. По-друге, покупці DMS повинні бути впевнені, що платежі сторонніх постачальників не ставлять під загрозу

швидкість і якість обслуговування, яке вони очікують під час здійснення неофіційних платежів. По-третє, якщо люди не можуть дозволити собі DMS, можливо, буде дешевше (у короткостроковій перспективі) заплатити зі своєї кишені. Відсутність або майже повна відсутність неофіційних платежів сприяла розвитку додаткової медичної допомоги як частини фінансування словенської системи охорони здоров'я, як це було на більшості словенського ринку охорони здоров'я.

Якість та інформація є іншими проблемами, що впливають на попит на DMS. Якщо постачальники страхових послуг не можуть забезпечити відповідну якість медичної допомоги (наприклад, якщо у них обмежена кількість постачальників), люди можуть не отримати додаткові переваги від оплати медичних послуг через Medicare. Недостатня інформація про вартість і час очікування послуг, що субсидуються урядом, може перешкодити людям усвідомити потребу в VHS.

Люди можуть захотіти придбати DMI, але не зможуть це зробити через обмеження з боку пропозиції. У деяких країнах ринки не розвинені через відсутність зацікавленості в розвитку DMS з боку уряду або законодавство у сфері DMS не відповідає чіткій правовій базі управління та контролю, що призводить до невизначеності та інертності серед страховиків. Наприклад, неадекватне регулювання (наприклад, вимоги до резервного фонду) послаблює страхові ринки, що призвело до банкрутства страховиків, а відсутність нормативної бази для забезпечення збору даних та надання інформації споживачам може перешкоджати ефективній конкуренції.

Слабке регулювання — не єдиний фактор пропозиції, що впливає на розвиток DMS. Страховикам може перешкоджати відсутність операційних можливостей, таких як знання страхування, особливо щодо медичного страхування (що перешкоджає розробці відповідних продуктів), а також людських ресурсів, адміністративних функцій, процесів бухгалтерського обліку та

управління. Ці проблеми можуть посилюватися обмеженою приватною інфраструктурою та невизначеним державним фінансуванням. Страховики, які покладаються на приватних постачальників медичних послуг, можуть мати труднощі, якщо приватні постачальники стикаються з високими початковими витратами або якщо приватний сектор недостатньо розвинений, оскільки він часто знаходиться за межами великих міських центрів. Якщо гарантії держави в медичній сфері визначені недостатньо чітко або гарантії змінюються з року в рік, то страховики можуть зіткнутися з труднощами в розробці страхових продуктів і не зможуть визначитися, яка додаткова страховка їм потрібна. Страховики іноді побоюються покривати ризики для певних видів послуг (таких як ліки, стоматологічні послуги та обов'язкові платежі пацієнтів) через побоювання щодо поганого вибору. В Естонії, де стоматологічні послуги для дорослих не входять до державних гарантій, ринок додаткового медичного страхування не використовується.

3.2 Напрями удосконалення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я

У сучасній ситуації в Україні зростає потреба впровадження нової політики державного управління у сфері охорони здоров'я, результати якої в основному впливають на розвиток країни загалом та громадську безпеку зокрема. Основою сучасної суспільної парадигми має стати розуміння того, що охорона здоров'я — це не лише обов'язок кожної держави перед людьми за забезпечення доступності та якості медичних послуг, а й важливий і перспективний вид економічної діяльності.

Рекомендовано використовувати комплексний метод та комплексний метод управління організацією та впровадженням реформ охорони здоров'я з боку органів державної влади. Встановлено, що на різних етапах реформування системи охорони здоров'я в Україні структура складної системи державного управління щоразу змінюватиметься зі створенням нових функцій. І набір конкретних

прийомів його реалізації буде іншим. Тому основне завдання менеджменту – правильно і м'яко вносити зміни. І через це необхідно використовувати комплексний метод.

На нашу думку, доцільно використовувати такий алгоритм для створення комплексного способу управління розвитком галузі охорони здоров'я на етапі її трансформації, який представлено на рис. 3.1.

Метою цього алгоритму є покращення роботи закладів охорони здоров'я. У зв'язку з цим доцільно змінити організаційно-правову базу для забезпечення доступності та якості надання медичних послуг громадянам.

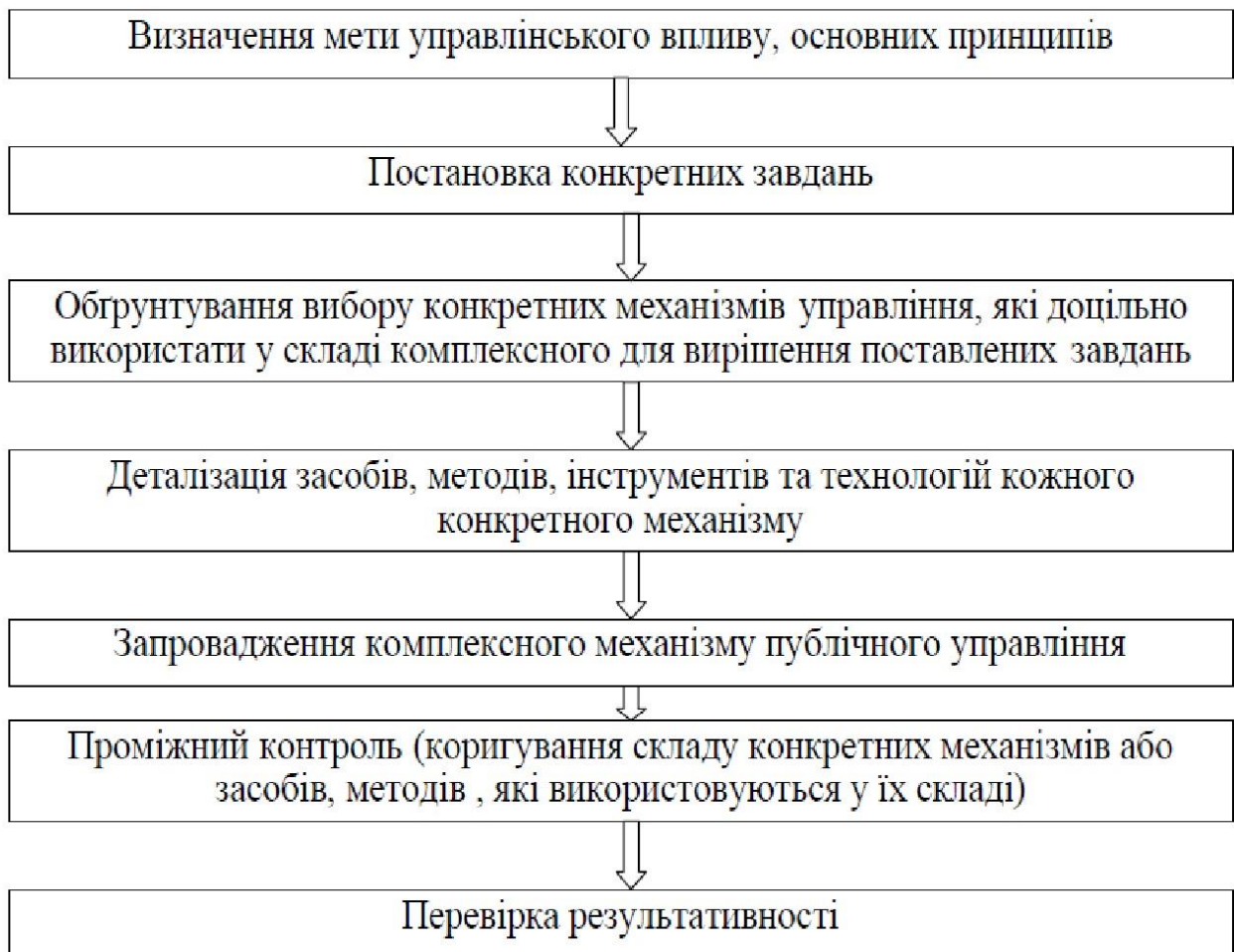


Рис. 3.1 - Алгоритм запровадження механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

Джерело: [1].

На нашу думку, на сучасному етапі змін комплексний підхід до управління розвитком галузі охорони здоров'я має включати організаційні, правові, фінансово-економічні, адміністративні, інституційні та інформаційні методи.

«1. Організаційний підхід може бути представлений оперативним планом структури органів державної влади, відповідальних за реформування. Добре продумана організаційна структура сприятиме покращенню

надання медичних послуг, оптимізація витрат та забезпечення доступності та якості медичного обслуговування для всіх громадян» [].

"2. Правовий механізм включає наступні складові: законодавча база: розробка та прийняття законів, нормативно-правових актів і положень, що регулюють функціонування системи охорони здоров'я; правозастосування та моніторинг: забезпечення дотримання законодавства про охорону здоров'я, включаючи контроль за дотриманням законів і стандартів .

3. Фінансово-економічний підхід до охорони здоров'я включає: бюджет і фінансування: розробка бюджету, виділення коштів на медичні програми та установи, контроль за використанням цих коштів; фінансовий аналіз і планування: аналіз фінансової ефективності медичних послуг, розробка фінансових стратегій і планів.

4. Управління охороною здоров'я включає: управління ресурсами (розподіл та ефективне використання ресурсів (людських, фінансових, матеріальних) у медичних закладах); процеси прийняття рішень (організація робочих процесів, прийняття рішень та координація дій у системі охорони здоров'я)» [].

5. Інституційний процес включає: створення та підтримка інституцій (створення та підтримка інституцій, відповідальних за вирішення певних завдань у сфері охорони здоров'я, наприклад, авторизація, реєстрація медичних виробів тощо); зміцнення інституційної спроможності (розвиток установ та організацій, які виконують важливі функції в системі охорони здоров'я).

6. «Шлях інформації – створення стандартизованої інформаційної системи управління, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних лікувально-

профілактичних закладів і, що не менш важливо, статистичної інформації високої якості – системи «електронне здоров'я» [].

7. "Метод громадського контролю. Для громадського контролю за медичною та фінансово-господарською діяльністю закладів створюватимуться наглядові ради. До обов'язків цих наглядових рад належить: здійснювати контроль та моніторинг роботи керівників закладів охорони здоров'я; грошові кошти, виділені тій чи іншій установі, і майно установ у їхньому районі» [].

Реалізація участі громадян у державному управлінні охороною здоров'я є важливим кроком у забезпеченні реформування системи охорони здоров'я на благо суспільства. Цей процес дозволяє громадянам брати активну участь у прийнятті рішень, впливати на створення політик і програм, контролювати якість і доступність медичних послуг. Участь громадян сприяє відкритості, відповідальності та врахуванню їхніх потреб у процесі прийняття рішень. Цей процес сприяє підвищенню якості медичної допомоги, підвищенню довіри до системи та забезпеченню ефективного використання ресурсів. Тому участь громадян у державному управлінні охороною здоров'я є важливим аспектом сучасного розвитку та вдосконалення системи медичної допомоги.

8. «Спосіб співпраці між приватними компаніями. Запровадження ефективних інститутів співпраці між державою та приватними компаніями сприяє розподілу влади над правами власності, методами виробництва та сприятиме розвитку галузі охорони здоров'я України. " [].

Тому на сучасному етапі реформування охорони здоров'я необхідно використовувати комплексний підхід до державного управління в її розвитку. Підсумовуючи вищевикладене, можна зазначити, що «комплексний державно-управлінський підхід до розвитку галузі охорони здоров'я на етапі її трансформації – це сукупність методів впливу з боку органів державної влади у вигляді тих специфічних методів. організаційно-правовий, інформаційний, фінансово-економічний, громадський контроль, державно-приватне партнерство, безпосередня участь тощо до громадян». [].

Враховуючи вищевикладене, ми запропонували такі перспективні напрями розвитку комплексного підходу до державного управління розвитком галузі охорони здоров'я (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Рекомендації для вдосконалення комплексного механізму публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я

<i>Критерії</i>	<i>Перелік рекомендацій</i>
Реалізація соціальних напрямів інноваційних трансформацій в організаційній площині суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я загалом	- модернізація матеріально-технічної бази; - впровадження інновацій у сфері охорони здоров'я: нових методичних те-хнологій, прогресивних засобів і методів лікування; - встановлення гарантованого державного обсягу безоплатної методичної допомоги та запровадження багатоканального фінансування; - розроблення програмних засобів опрацювання інформації, удосконалення існуючих методів діагностики та лікування й модернізації технологічних процесів, освоєння нового обладнання, впровадження нових технологій, а також реформування сфери управління охороною здоров'я шляхом створення нових моделей функціонування цієї сфери і відповідної підготовки та перепідготовки кадрів
Вдосконалення нормативно-правового поля	- покращення нормативно-правового законодавства, а саме у частині захисту авторського соціальних напрямів інноваційної діяльності в фармацевтичній сфері та сфері охорони здоров'я, правової легалізації; - взаємообумовлена підготовка міжнародних норм та стандартів; - сертифікація лікувальних засобів згідно з стандартами GMP, підтвердження належного рівня якості, ефективності, результативності, різного виду безпеки інноваційного продукту.
Впровадження заходів у нормативно-виробничій площині щодо розвитку фармацевтичного сегменту та сфери охорони здоров'я	- створювати венчурні фонди за участю держави з метою постійного та кваліфікованого контролю за виконанням інноваційних проєктів та фінансування національних програм зі створення нових інноваційних лікарських засобів, медичної техніки та виробів медичного призначення тощо; - створити Національну лізингову компанію, якій надати повноваження пільгової закупівлі медичної техніки, обладнання та устаткування і право визначення науково-експертних центрів щодо експертизи виробів медичного призначення, що підлягають внесенню до Державного реєстру.

Продуманими пріоритетами державно-управлінського підходу до розвитку галузі охорони здоров'я України є створення та реалізація заходів, спрямованих на впровадження науково-технічних інновацій, постійне сприяння потребі наукових досліджень у сфері . охорони здоров'я, поступове налагодження міжнародного співробітництва, потужний розвиток державних і приватних форм співробітництва та інноваційних центрів.

Враховуючи характер різних структур державного управління у розвитку охорони здоров'я, на нашу думку, доцільно запровадити різну координаційну структуру державного управління для розвитку системи охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах та встановити чіткі завдання для вже ефективної охорони здоров'я. установи.

Також перспективним напрямком удосконалення шляхів державного управління розвитком галузі охорони здоров'я є створення науково-виробничого комплексу, до складу якого увійдуть провідні науково-дослідні установи, різноманітні кредитно-фінансові установи, фонди розвитку, освіти. установи, комерційні підприємства, страхові компанії та консультації.