

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАТЯШУК Микола Олександрович

Інституціоналізація процесів децентралізації в системі охорони здоров'я. / Institutionalization of decentralization processes in the health care system

спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПУАзм-21
М. О. Матяшук

Науковий керівник:
д.е.н., професор, М. М. Шкільняк

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"24" листопада 2022 р.

Завідувач кафедри

М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	
1.1. Теоретичні підходи до забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я.....	6
1.2. Міжнародний досвід інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я України.....	16
Висновки до розділу 1.....	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	
2.1. Розвиток конкуренції на ринку медичних послуг України.....	26
2.2. Трансформація інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я в Україні.....	30
2.3 Оцінка конкурентних переваг КНП ЩМР «Шумська міська лікарня» на ринку медичних послуг.....	32
Висновки до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	
3.1. Удосконалення державного регулювання сфери послуг охорони здоров'я.....	40
3.2. Система державної підтримки як форма державного регулювання розвитку публічного сектору послуг охорони здоров'я.....	45
Висновки до розділу 3.....	47
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	51

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. «Розвиток галузі охорони здоров'я характеризується необхідністю постійного підвищення продуктивності медичних послуг в умовах обмеження первинних ресурсів. Але динамічний соціально-економічний розвиток кожної країни неможливий без всебічного та безперервного використання нововведень, які є каталізаторами загального розвитку» [19].

«В Основах законодавства України про охорону здоров'я задекларовано, що держава сприяє розвитку наукових досліджень у галузі охорони здоров'я і впровадженню їх результатів у діяльність закладів і працівників охорони здоров'я, зазначені дослідження фінансуються на конкурсній основі з державного бюджету, а також інших джерел фінансування, що не суперечать законодавству. Крім того, в Законі України Про пріоритетні напрями інноваційної діяльності в Україні, визначено сім стратегічних пріоритетних напрямів інноваційної діяльності на 2011-2021 роки, два з яких, це: охорона здоров'я людини та навколишнього середовища» [18].

На сьогоднішній день немає детальних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я щодо запровадження конкретних інноваційних проектів в процесі реформування вторинної медичної допомоги з врахуванням усіх факторів конкурентоспроможності в межах госпітального округу. Для реалізації даних завдань виникає необхідність розробки практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і обґрунтованим алгоритмом дій щодо впровадження сучасних інноваційних технологій.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Науковці України приділяють усе більшу увагу пошуку шляхів удосконалення «управління системою охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій. Так, окремі важливі аспекти управління охороною здоров'я вже стали предметом розгляду багатьох дослідників» [27]. Вагомий внесок у розвиток специфічних особливостей теорії та практики управління охороною здоров'я зробили М.І. Бадюк, М.М.

Білинська, Ю.В. Вороненко, З.С. Гладун, Л.І. Жаліло, В.М. Лобас, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко, Я.Ф. Радиш, В.В. Рудень, І.М. Солоненко, А.В. Степаненко, А.Р. Уваренко, В.І. Чебан та інші.

Мета та завдання роботи. Мета роботи полягає в узагальненні теоретичних засад та розробленні практичних пропозицій щодо удосконалення інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я України.

Для реалізації поставленої мети було передбачено розв'язання таких завдань:

- проаналізувати теоретичні засади забезпечення розвитку системи охорони здоров'я;
- вивчити зарубіжний досвід інституційного забезпечення розвитку систем охорони здоров'я;
- охарактеризувати сучасний стан системи охорони здоров'я України як передумову модернізації медичної галузі;
- розробити пропозиції щодо удосконалення інституційного забезпечення системи охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження - процес трансформації системи охорони здоров'я України.

Предмет дослідження - механізм інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я України.

Методи дослідження. Для реалізації дослідницької мети було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, а саме: теоретичні: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми, розробки концепції системної трансформації механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України; факторного аналізу для визначення детермінантів розвитку системи охорони здоров'я.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що основні положення та висновки курсової роботи становлять практичну основу для

розвитку і удосконалення інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я України.

Апробація. Результати роботи апробовані на Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, 31 травня 2022 р.); науково-практичній інтернет-конференції студентів, аспірантів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (Тернопіль, ЗУНУ, ФЕУ, 10 листопада 2022 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи до забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я

Вже понад тридцять років Україна є країною стабільної демократії, широко представленої в європейських і міжнародних економічних і політичних структурах.

Централізовану систему охорони здоров'я за моделлю Семашко, що фінансується з державного бюджету, у 1999 році було замінено системою обов'язкового медичного страхування, яка додатково фінансується з державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування. Надання медичних послуг та їх фінансування наразі чітко розділені: Національна служба здоров'я (НСЗ) – основний платник у системі – відповідає за фінансування медичних послуг та укладає договори з державними та недержавними надавачами послуг. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) відіграє ключову роль у визначенні політики охорони здоров'я та має регуляторні повноваження. В обох функціях їй допомагають численні дорадчі органи, деякі з яких були створені відносно недавно. Страхові внески, які повністю покриваються працівниками, збираються посередницькими установами, а потім перераховуються до НСЗ та передаються до регіональних відділень НСЗ.

У 2020 році загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становили 7,4% ВВП. Близько 70% цих витрат надійшло з державних коштів, з яких понад 83,5% цих витрат було покрито системою загального медичного страхування. Частка приватних витрат на охорону здоров'я є відносно високою, і більшість із них становлять прямі витрати домогосподарств на придбання ліків та послуг, що надаються приватно. Приватне додаткове медичне страхування не відіграє

значної ролі у фінансуванні охорони здоров'я і обмежується переважно медичними пакетами (так званими ваучерами), які пропонують роботодавці.

Системою обов'язкового медичного страхування охоплено 98% населення. Він гарантує формальний доступ до широкого спектру медичних послуг, однак через обмеженість ресурсів НСЗ численні гарантовані законом послуги не завжди доступні в реальності. Фінансування охорони здоров'я є, загалом, у кращому випадку пропорційним: у той час як, з одного боку, фінансування за рахунок внесків медичного страхування є пропорційним, а бюджетне співфінансування системи є прогресивним, з іншого боку, високі прямі видатки, зокрема Витрати на ліки мають сильно регресивний характер.

Значно покращився стан здоров'я населення; зокрема середня тривалість життя сягнула 80,2 року для жінок і 70,6 року для чоловіків у 2009 році. Однак різниця між цими показниками в Україні та в країнах ЄС все ще є дуже значною, як і у випадку з показником середньої тривалості життя, скоригованої через хворобу чи інвалідність. Проте, беручи до уваги скромні ресурси охорони здоров'я, як фінансові, так і людські, можна зробити висновок, що загальна ефективність української системи є задовільною. Технічна ефективність також характеризується систематичною тенденцією до зростання. Заходи, вжиті в останні роки, такі як встановлення пріоритетів у первинній медичній допомозі (ПМД) і впровадження нових механізмів для врегулювання медичних послуг, таких як однорідні групи пацієнтів (ОГП), все ще розвиваються та поширюються на інші сфери. Крім того, було вжито численні ініціативи для створення бажаної експертної бази та застосування рішень, заснованих на доказах, і посилення контролю якості. Ці дії можуть підвищити рівень задоволеності системою, який наразі невисокий через обмеження доступу.

Щоб досягти кращих результатів, необхідно вирішувати проблему обмежених фінансових ресурсів і нестачу персоналу, а також ширше й системніше розглядати якість послуг і задоволеність пацієнтів, щоб зменшити загальне небажання суспільства робити внески у вартість медичної допомоги. Співпраця між різними секторами охорони здоров'я відповідно до принципу

«здоров'я в усіх секторах» є бажаною, а посилення співпраці між різними установами в рамках секторів охорони здоров'я та соціальної політики є особливо і терміново необхідним.

У 1990-х роках відбулося значне покращення стану здоров'я населення, зокрема середня тривалість життя у 2009 році досягла рівня 80,2 року для жінок та 70,6 року для чоловіків. Проте різниця між цими показниками в Україні та середніми показниками по ЄС все ще дуже значна. Те саме стосується середньої очікуваної тривалості життя з поправкою на хворобу чи інвалідність. Різко знизилася дитяча смертність, досягнувши у 2009 р. рівня 5,6 на 1000 народжених живими. Незважаючи на те, що цей показник нижчий, ніж середній показник для нових держав-членів (ЄС-12), він усе ще вищий, ніж середній показник для всіх країн ЄС (ЄС-27) і значно вищий, ніж для старих держав-членів (ЄС-15).

Серцево-судинні захворювання є основною причиною смерті як у жінок, так і у чоловіків, за ними йдуть рак і зовнішні причини, такі як травми та отруєння. Після періоду сприятливих тенденцій у 1990-х роках смертність від серцево-судинних захворювань за останнє десятиліття суттєво не знизилася. Спостерігається зміщення смертності від серцево-судинних захворювань до старших вікових груп. Водночас зросла смертність від раку. Споживання тютюну та алкоголю – головний фактор ризику – є вищим у України, ніж у Західній Європі. Це пов'язано з високою смертністю від деяких видів раку (рак легенів), ішемічної хвороби серця та цирозу печінки серед людей молодого та середнього віку, рівень смертності яких не покращився за розглянутий період. Інші показники ризику – поширеність надмірної ваги та ожиріння – значно зросли серед підлітків та дітей.

У 2004 році кількість народжених впала нижче кількості смертей, що в поєднанні зі збільшенням середньої тривалості життя призведе до значного зростання старіння населення в найближчі десятиліття. Це матиме значний вплив на систему охорони здоров'я як у фінансовому плані через зростання попиту на медичні послуги, так і структурному у зв'язку зі зміною попиту на окремі види послуг.

Конституція України гарантує всім громадянам право рівного доступу до медичних послуг, що фінансуються з державних джерел, тобто за рахунок внесків на медичне страхування, а також з державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування. Центральний фонд медичного страхування - Національна служба здоров'я (НСЗ) є основним платником у системі, відповідальним за укладення договорів про надання медичних послуг з державними та недержавними постачальниками послуг. Його фінанси контролюються Міністерством фінансів, а його основною діяльністю - Міністерством охорони здоров'я (МОЗ), розробником політики охорони здоров'я та системним регулятором. Міністерство охорони здоров'я підтримується декількома консультативними органами, деякі з яких були створені порівняно недавно, наприклад, Агентство з оцінки технологій охорони здоров'я (АОТОЗ) було створено в 2005 році. Агентство надає Міністерству інформацію про результати аналізу ефективності для здоров'я нових технологій (у тому числі лікарських засобів) та надає рекомендації щодо правомірності включення певних медичних послуг до переліку гарантованих послуг за результатами проведених аналізів. поза.

Окремі регуляторні функції та завдання у сфері охорони здоров'я покладаються на адміністративні структури в державі, відокремлені від МОЗ або децентралізовані. Наприклад, завдання, пов'язані з моніторингом якості та санітарними нормами, виконують Центр моніторингу якості охорони здоров'я (ЦМЯЗ) та Держсанепіднагляд (ДСЕД). У свою чергу, завдання у сфері охорони здоров'я та профілактики передано органам місцевого самоврядування. Органи місцевого самоврядування також виступають установчими органами щодо надавачів публічних послуг. Вони також отримали право – а за особливих обставин – зобов'язання – перетворювати заклади охорони здоров'я на компанії комерційного права. Оскільки автономія кожного рівня місцевого самоврядування перешкоджає координації в системі охорони здоров'я, лунають голоси про посилення ролі обласної адміністрації в координації діяльності нижчих рівнів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Частка приватних витрат на охорону здоров'я відносно висока. В основному це прямі витрати домогосподарств, що спрямовуються переважно на придбання ліків та послуг, що надаються приватно. Приватні фонди відіграють більшу роль у фінансуванні охорони здоров'я в Україні, ніж у більшості інших держав-членів ЄС. Є ще неофіційні витрати, але їх обсяги зменшуються через вжиті антикорупційні заходи; змінюється і їх форма. Приватне медичне страхування відіграє обмежену роль і в більшості випадків це т.зв абонементи, що пропонуються працівникам роботодавцями в рамках діяльності з медицини праці.

Обмежені фінансові ресурси та недостатні механізми розподілу коштів відповідно до потреб охорони здоров'я призвели до відносно високого рівня прямих витрат домогосподарств та регресивності приватного фінансування, зокрема в таких сферах, як ліки.

Системою обов'язкового медичного страхування охоплено 98% населення. Він офіційно гарантує доступ до широкого спектру медичних послуг. Проте обмежені фінансові ресурси НСЗ призводять до того, що гарантовані законом пільги не завжди доступні в реальності. Національна служба здоров'я є єдиним страховиком, і громадяни України зобов'язані застрахуватися в Національному фонді здоров'я. Участь пацієнта в оплаті медичних послуг обмежена. В основному це стосується ліків, лікарських засобів, допоміжних засобів, санаторно-курортного лікування та окремих видів лікування та стоматологічних матеріалів. Позитивні реімбурсаційні списки періодично публікуються МОЗ.

Залежно від типу послуг, що надаються, можна виділити різні механізми оплати. Лікарі загальної практики отримують подушну ставку за кожного пацієнта, якого вони записують, а для вторинної амбулаторної допомоги, стоматологічної допомоги та окремих програм громадського здоров'я застосовується принцип плати за послугу. Громадське здоров'я і т. зв вузькоспеціалізовані послуги фінансуються з державного бюджету. Що стосується лікарняних послуг, то з 2018 року використовується механізм фінансування однорідних груп пацієнтів (ОГП), який у 2021 році було поширено

на окремі амбулаторні спеціалізовані послуги. Більшість послуг, які надає швидка допомога, фінансуються з державного бюджету у вигляді добових тарифів.

Медичний персонал зайнятий у різних формах; все ще найчастіше на підставі трудового договору (контракту на основі положень КЗпП), потім все частіше на основі контракту (цивільно-правового договору на основі положень Цивільного кодексу), а також у формі самозайнятості. Крім того, молоді випускники працевлаштовуються інтернами або ординаторами за державним коштом на навчання та стажування. У системі охорони здоров'я не передбачено мінімальної заробітної плати для окремих груп медичного персоналу.

Більшість приватних лікарень були побудовані після 1999 року, тому їхній технічний стан зазвичай кращий, а витрати на технічне обслуговування нижчі, ніж у державних лікарнях. Зазвичай це менші заклади з однією чи двома палатами, які також конкурують за контракти з НСЗ. Приватизація державних лікарень, запропонована як відповідь на їхні проблеми із зростаючою заборгованістю, яка іноді тлумачиться як наслідок поганого управління, досі була дуже політизованою та продовжує викликати сильну громадську опозицію.

Технічна ефективність лікарень у Україні покращилася, але хоча кількість лікарняних ліжок на 1000 мешканців зменшилася, вона все ще перевищує середній показник для ЄС-15 (6,7 та 5,3 у 2019 р. відповідно). Однак конструкція основи ліжка за останнє десятиліття не зазнала серйозних змін. Досі існує значний надлишок ліжок короточасного лікування (так звані гострі ліжка). Крім того, географічний розподіл лікарень є дуже нерівномірним, історично обумовленим і не обов'язково відображає потреби населення у сфері охорони здоров'я, що призводить до диференційованого доступу до медичної допомоги.

Рівень непотрібних (яких можна уникнути) госпіталізацій особливо високий серед хронічно хворих (і літніх пацієнтів). Середній час очікування як для лікарняних, так і для спеціалізованих амбулаторних послуг є відносно довгим. Протягом останніх років Національна служба здоров'я доклав зусиль для підвищення технічної ефективності шляхом використання певних заходів, головним чином шляхом переміщення коштів на первинну медичну допомогу та

запровадження нових механізмів оплати у стаціонарній допомозі. В результаті відбулося невелике зниження середньої тривалості перебування, але в той же час середня вартість перебування в лікарні зросла.

Заклади первинної медичної допомоги є місцем першого контакту пацієнта з системою охорони здоров'я та відкривають йому шлях до подальших рівнів надання допомоги. На кожному рівні надання медичної допомоги (первинному та вищому) пацієнти мають право вибору серед постачальників послуг, які уклали договір з НСЗ. У більшості випадків для отримання медичної допомоги потрібне направлення лікаря загальної практики. Винятком є деякі спеціальності (наприклад, гінекологія) і певні захворювання (наприклад, туберкульоз). Амбулаторно-поліклінічна допомога (базова та спеціалізована) надається медичними установами (амбулаторно-поліклінічними закладами) та лікарськими практиками.

Спеціалізовані амбулаторні відділення є переважно приватними, але фінансуються переважно державою. Доступ до послуг АОЗ, що фінансуються з державних коштів, оцінюється значно гірше, ніж до первинної медичної допомоги. Щоб отримати швидкий доступ до послуг АОЗ, пацієнти часто вирішують платити, відмовляючись від безкоштовного обслуговування в державному секторі.

У України є давні традиції санаторно-курортного лікування, яке надається в курортних лікарнях або санаторіях. Реабілітація та довгостроковий догляд надаються як у секторах охорони здоров'я, так і в соціальному секторі, але координація між цими секторами недостатня.

Фінансова допомога для членів сім'ї, які доглядають за пацієнтами в довгостроковому режимі, дуже обмежена, і в основному сім'я опікується людьми похилого віку, інвалідами та хронічно хворими людьми в Україні. Мережа стаціонарних відділень довготривалої та паліативної допомоги поступово розвивається, але доступ до них все ще обмежений.

В останні роки багато зусиль було зроблено для підвищення якості медичної допомоги. Незважаючи на те, що не було запроваджено системи обов'язкового

ліцензування надавачів послуг, яка б зобов'язувала їх відповідати відповідним стандартам щодо людських ресурсів, обладнання чи інфраструктури, Національна служба здоров'я в процесі оцінки тендерних пропозицій надає додаткові бали надавачам послуг, які отримано акредитацію та/або сертифікат відповідності стандарту ISO9001. Українські постачальники медичних послуг брали участь у все більшій кількості міжнародних ініціатив і програм покращення якості. Крім того, було вдосконалено інструменти для вимірювання задоволеності бенефіціарів. Незважаючи на те, що було зроблено значні кроки для покращення контролю якості, ініціативи такого роду все ще відсутні в багатьох сферах охорони здоров'я, і їхнє перетворення на загальнообов'язкові нормативні акти відбувається надто повільно. Ці ініціативи не покращили загального рівня задоволеності системою охорони здоров'я, який у України знизився та нижчий, ніж в інших країнах ЄС. Обмеженість фінансових ресурсів НСЗ та дефіцит спеціалізованого медичного персоналу, ймовірно, мають великий вплив на доступ до медичних послуг і, відповідно, на оцінку системи охорони здоров'я пацієнтами. Беручи до уваги скромні фінансові, людські та матеріальні ресурси охорони здоров'я, загальну фінансову ефективність української системи можна оцінити як задовільну. Завдяки своїй моносонічній позиції Національна служба здоров'я має можливість збільшувати та/або змінювати структуру видатків на охорону здоров'я, а також запроваджувати нові механізми оплати, а отже, змінювати ефективність розподілу. Процес прийняття рішень на центральному, регіональному та місцевому рівнях щодо розподілу коштів між регіонами та/або різними типів медичних послуг, однак це не підкріплено формулами, заснованими на фактичних потребах у сфері охорони здоров'я.

Обмежене фінансування є найбільшою перешкодою для покращення якості та доступності медичних послуг і підвищення рівня задоволеності системою пацієнтів. Приватне медичне страхування часто пропонувалося як додаткове джерело фінансування охорони здоров'я. Однак через значну частку приватних витрат у фінансуванні охорони здоров'я будь-які ініціативи в цій сфері з часом зазнали краху. Тим не менш, було зроблено кроки для вдосконалення механізму

розподілу коштів НСЗ між окремими видами допомоги, щоб краще відобразити їх реальну вартість. Крім того, якщо розподіл ресурсів між регіональними відділеннями НСЗ буде покращено, це може призвести до кращого та більш справедливого доступу до медичної допомоги. Розширення співпраці між сектором охорони здоров'я та іншими секторами, особливо секторами соціальної політики та ринку праці, відповідно до принципу «здоров'я в усіх політиках», може значно сприяти досягненню вищої ефективності розподілу української системи охорони здоров'я

Ми узагальнили його підходи та склали їх у вигляді певної схеми компонентів державного управління сферою охорони здоров'я (рис. 1.1)



Рис. 1.1. Схема компонентів державного управління сферою охорони

Примітка. Складено автором.

З рисунка ми бачимо, що «компоненти вимагають вироблення відповідних механізмів управління та критеріїв оцінювання, пошуку сучасних форм

об'єднання медичних організацій і резервів поліпшення цих механізмів та результатів державно-управлінського впливу за одночасним контролем доцільності втручання держави в певні суспільні процеси, з огляду на неприпустимість розвитку державного управління заради нього самого» [18].

«На розвиток цих напрацювань серйозним завданням є виділення і узагальнення стандартних блоків проблемного поля механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я з урахуванням різних методологічних підходів до аналізу і класифікації державно-управлінських проблем» [29] (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Проблемне поле дослідження механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я

Примітка. Складено автором.

«На верхніх рівнях державного управління охороною здоров'я виникнення проблем насамперед пов'язане з незадоволенням поточним станом розвитку галузі та/або основних сфер громадського здоров'я й постановкою нових цілей розвитку (проблеми розвитку), а також внаслідок кризового розвитку подій (проблеми кризи)» [27, с. 13].

«У сучасній Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Про це наголошується в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів, де головною метою є дії та завдання, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, надання населенню доступної і якісної медичної допомоги відповідно до рівня технологічного розвитку медичних закладів, реальних потреб населення та з дотриманням принципів рівності та справедливості» [32, с. 12; 33, с. 61].

1.2. Міжнародний досвід інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я України

«Треба зауважити, що найбільш поширеним є розподіл держав за трьома групами охорони здоров'я, причому переважно в них є: державна (національна) система, страхова медицина; приватна (ринкова) система» [21] (рис. 1.3).

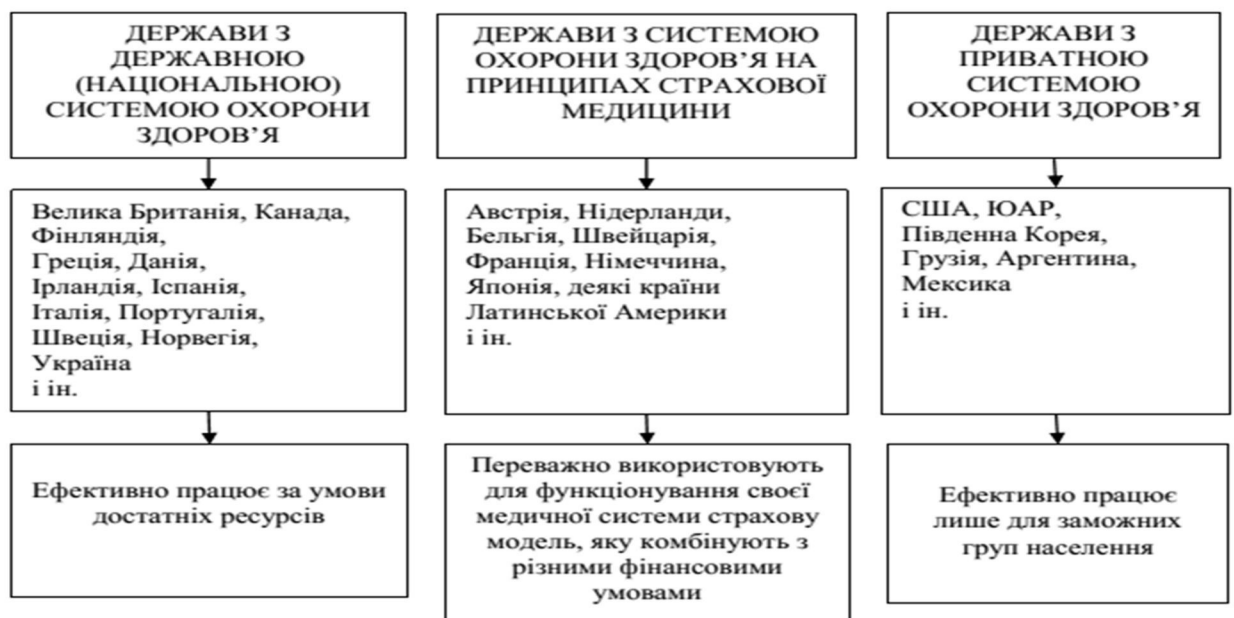


Рис. 1.3. Класифікація держав і їх систем охорони здоров'я

Примітка. Узагальнено автором за [60, с. 184].

Ми вже зазначали, що медична сфера взаємодіє із середовищем, у якому вона існує. Тому в ході аналізу діяльності охорони здоров'я треба одночасно

здійснювати аналіз оточення (рис. 1.4). На рисунку 1.4 наведено загальну схему аналізу системи охорони здоров'я з її оточенням.

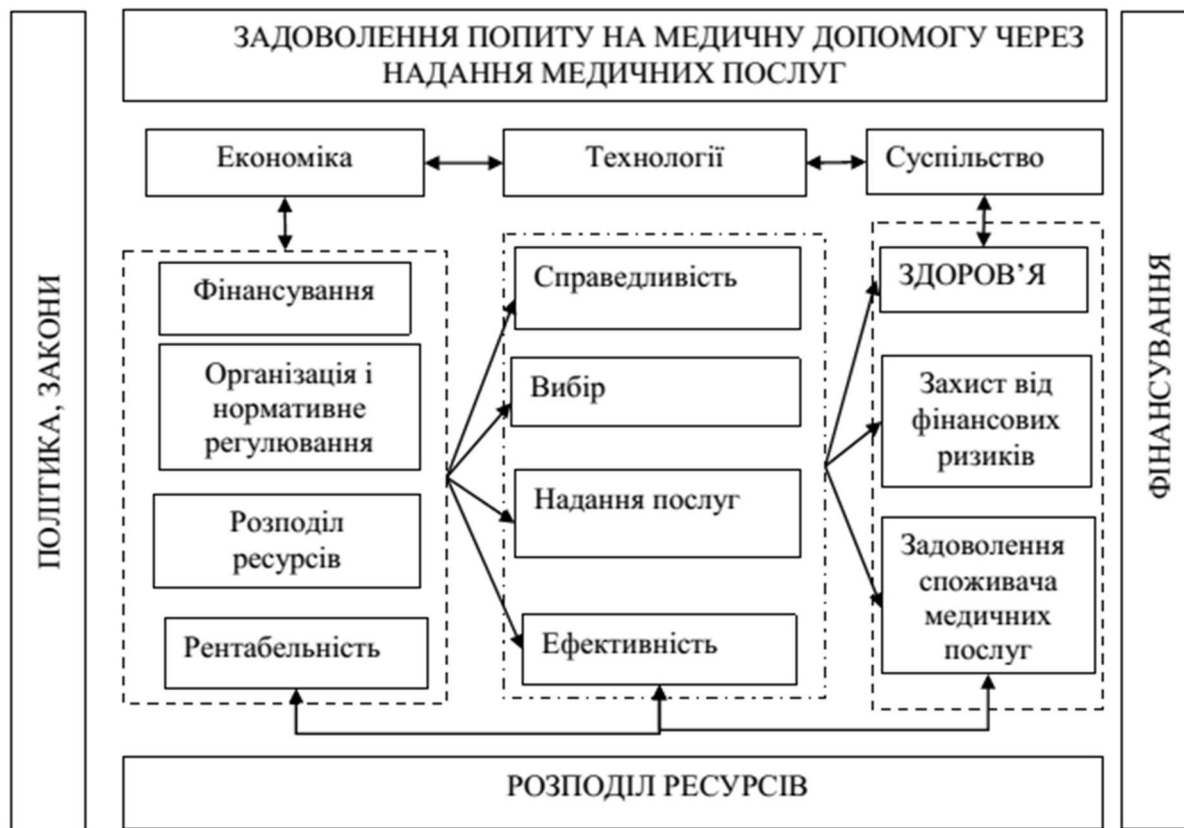


Рис. 1.4. Загальна схема аналізу системи охорони здоров'я з її середовищем

«Незважаючи на різні системні зміни в організації сфери охорони здоров'я населення, виділяємо деякі параметри, що відображають ідентичність розвитку, властиву різним країнам. З-поміж них відокремлюємо: відносини власності; способи отримання ресурсів (фінансування); механізми стимулювання виробників медичних послуг та споживачів (населення); форми й методи контролю обсягу і якості медичної допомоги» [21].

Основою ефективно організації медичної діяльності є використання сучасного менеджменту з урахуванням комплексного аналізу зарубіжного досвіду організації та управління системою охорони здоров'я та її адаптацію специфіки російської промислової медицини.

Проведений аналіз інформаційних джерел, представлених по темі, що розглядається, показав відсутність системи відомчої медицини у складі

промислових корпорацій розвинутих країн. Взаємодія здійснюється або за принципом аутсорсингу або шляхом залучення страхових компаній. Очевидно, враховуючи особливості менталітету західного менеджменту та його орієнтацію на вузьку професійну спеціалізацію, містити «непрофільні» активи у вигляді лікувально -профілактичних структур дуже проблематично. Важливим фактором у зв'язку з цим є та обставина, що якість медичного обслуговування працівників, віддана на аутсорсинг, залишається на належному рівні. Роботодавець, як правило, оплачує медичну страховку співробітника, сума якої та спектр преференцій, що надаються за нею, залежать від рівня корпоративної культури компанії, фінансових можливостей підприємств, ступеня соціальної відповідальності бізнесу, іміджу корпорації та тих стратегічних цілей, які вирішуються на даний час (наприклад , Передвиборна компанія та ін.).

Основну функцію щодо забезпечення медичного контролю працюючого населення здійснюють Служби охорони здоров'я (СО) на підприємстві, діяльність яких регламентується положеннями, національними законодавчими актами та Конвенцією 161 МОП «Про служби гігієни праці» (Occupational Health Services). Відповідно до цього документу та національних законодавчих практик забезпечується діяльність служб гігієни праці, а також, у разі потреби, інших служб, що займаються організацією медичного забезпечення.

Як європейський аналог корпоративної медицини можна розглядати організацію охорони здоров'я персоналу (ВОН profesionales) на будівництві: Олімпійських об'єктів (Лондон, Великобританія, 2008 - 2012 р.). Кроссрейлу : тунельного проекту (Великобританія 2014 - 2018 рр.).

У будівництві олімпійських об'єктів у Лондоні брало участь 4% усіх працівників країни. Представник служби організації охорони здоров'я (ОН) проводив регулярні заняття з підрядниками з питань санітарно-освітньої роботи, здійснював регулярний збір та аналіз даних про стан здоров'я персоналу. Були визначені обов'язкові виконання стандарти всім компаній, що у будівництві. Представники служби охорони здоров'я регулярно зустрічалися з профспілковими лідерами, директорами компаній, які доповідали їм про заходи з охорони здоров'я,

про питання безпеки виробництва та стан здоров'я працівників, а також взаємодіяли з ХІ18 (Національною організацією охорони здоров'я). Максимально наближено до місць роботи було організовано надання швидкої медичної та амбулаторно-поліклінічної допомоги, включаючи фізіотерапевтичне лікування, там знаходилися служби аварійного реагування. До планової діяльності служби входили заходи щодо зміцнення здоров'я (організація харчування, фізичні вправи, боротьба з курінням та вживанням алкоголю). Загалом було збережено 200 000 робочих годин за рахунок підвищення рівня здоров'я працівників. Таким чином, витрати на утримання служби здоров'я (ВІН) виявилися в 2 рази нижчими, ніж ті втрати, які могли б бути у разі непрацездатності працівників Олімпійського парку [1].

Кроссрейл - це найбільший будівельний проект у Європі (тунельний, довжиною 100 км), що розпочався у 2014 р. і закінчується у 2018 р. Загальна вартість проекту становить £15 млрд. Планований пасажиропотік - близько 200 млн пасажирів на рік. Службою охорони здоров'я було розроблено ефективну програму охорони здоров'я працівників, що включає ранню діагностику захворювань та нівелювання впливу виробничих шкідливостей.

Основним завданням багатьох систем охорони здоров'я є зниження неухильно зростаючих витрат на медичне забезпечення за допомогою ефективного контролю за організаційними ресурсами охорони здоров'я за збереження високих стандартів надання медичної допомоги. Незважаючи на те, що системи охорони здоров'я різних країн у багатьох аспектах відрізняються одна від одної, багато проблем зарубіжних та російських медичних організацій мають спільні риси.

Вивчення зарубіжного досвіду організації функціонування медичних установ дозволяє виділити основні тенденції та найефективніші зарубіжні практики, з яких можна забезпечити необхідний рівень стійкості лікувально-профілактичним організаціям (ЛПО) промислових підприємств у період фінансово-економічної кризи й у середньостроковій перспективі.

На сьогоднішній день досить актуальним для корпоративної медицини є розгляд механізмів державно-приватного партнерства (ДПП) у сфері охорони здоров'я, що застосовуються у зарубіжній практиці, що дозволить обґрунтувати можливості їх використання в РФ.

ДПП є ефективним інструментом вирішення низки важливих соціально-економічних завдань, у тому числі сприяння підвищенню якості обслуговування пацієнтів та доступності дорогих видів медичної допомоги, а також модернізації системи управління. Як показує світова практика, спільна робота держави та бізнесу в системі обов'язкового медичного страхування, а також у проектах з модернізації системи охорони здоров'я на основі ДПП більш ефективна, ніж у тих випадках, коли система охорони здоров'я перебуває виключно у віданні держави.

Закордонний досвід використання механізмів ДПП у охороні здоров'я показує, що таке партнерство лідирує в країнах «Великої сімки» (США, Великобританія, Німеччина, Італія, Канада, Франція, Японія), далі йдуть проекти в галузі освіти та автодорожнього будівництва. В Австрії, Бельгії, Данії, Австралії, Ізраїлі, Ірландії, Фінляндії, Іспанії, Португалії, Греції, Південній Кореї, Сінгапурі проекти у сфері охорони здоров'я посідають друге місце, поступаючись лише проектам у будівельній сфері. У країнах із високим ВВП на душу населення та високим рівнем тривалості життя, де державою гарантується належний рівень та якість соціального захисту, ДПП частіше використовується у галузях охорони здоров'я та освіти. У країнах з перехідною економікою та таких тенденцій не відзначається.

У Німеччині державні медичні організації продаються інвесторам за символічну суму в обмін на інвестиції та зобов'язання щодо виконання державного замовлення. Частка приватних організацій останні 10 років збільшилася з 4% до 22%. Основна причина – низька ефективність діяльності державних клінік у порівнянні з приватними та некомерційними, де широко застосовуються різні моделі ЧПП . Кількість приватних і некомерційних клінік зростає високими темпами, тоді як у державному секторі відкриваються лише 2 - 3 нові клініки на рік. У структурі великих лікарняно-поліклінічних об'єднань

можуть бути як державні, так і приватні підрозділи. Досвід Німеччини є одним із найуспішніших прикладів реорганізації охорони здоров'я. З огляду на зниження державних витрат рівень системи охорони здоров'я залишився високим [2].

У 1991 році у Швеції було запущено процес ринкових трансформацій у галузі охорони здоров'я. Приватний сектор був допущений до володіння та управління шпиталями, службою швидкої допомоги та лабораторіями. В результаті: вартість рентгенівських послуг зменшилася на 50%; вартість лабораторних послуг зменшилася на 40%; вартість послуг швидкої допомоги знизилася на 10%; час очікування діагностичного обстеження та лікування скоротився на 30%.

Здача у 1999 році в оренду найбільшого державного шпиталю 3 ст. Йорана у Стокгольмі (100 тис. амбулаторних пацієнтів на рік) дозволила скоротити витрати на 30%. До 2004 р. госпіталь обслуговував вже 200 тис. пацієнтів на рік і відзначалося підвищення задоволеності пацієнтів послугами, що їм надаються. Досвід Швеції доводить підвищення ефективності за участю приватного сектору у управлінні державними лікувально-профілактичними установами.

У 2003 р. у Румунії були приватизовані амбулаторні центри гемодіалізу у восьми державних шпиталях у різних частинах країни. Це рішення було зумовлено зростанням попиту на діаліз та відсутністю державного сектора можливостей негайного задоволення цього попиту. В результаті: протягом 90 днів у всіх центрах було проведено заміну обладнання; протягом 18 місяців було здійснено повний ремонт та оснащення всіх будівель та приміщень; паралельно з навчанням (відповідно до міжнародних протоколів) персоналу центрів, без додаткових витрат для держави був навчений також медичний персонал державних ЛПО ; за збереження фіксованої ціни процедуру, оплачувану державою, якість надання послуг піднялося до і стандартів розвинених країн Європи; щорічна економія державних коштів становила 4 млн євро.

Досвід Румунії доводить, що залучення приватних партнерів забезпечує ефективну організацію та високу якість надання медичних послуг, а також сприяє економії та раціональнішому витрачання державних коштів, що звільняються.

Закордонний досвід показує, що в умовах ринкової економіки можлива взаємовигідна співпраця держави та бізнесу в плані медичного забезпечення та страхування, у тому числі й у рамках державно-приватного партнерства чи інших форм взаємовигідного співробітництва. Різні форми взаємодії корпоративних лікувально-профілактичних організацій з державними структурами у сфері управління охороною здоров'я об'єктивно доцільні, оскільки існує, з одного боку, нагальна потреба у дотриманні загальнонаціональних пріоритетів у сфері охорони здоров'я працівників підприємств, а з іншого - необхідність поєднання реальних можливостей держави та приватного бізнесу, обумовлена фінансово-економічною кризою в РФ 3].

Представляє певний інтерес аналіз міжнародної медичної статистики щодо діагностики професійної захворюваності у працюючого населення. Питома вага професійних захворювань на 10000 тис. осіб економічно активного населення складає: Бельгія – 164,2, Фінляндія – 52,2, США – 23,2, Німеччина – 18,2, Великобританія – 6,7, Китай – 8,4, Японія – 2,6. Лідером з діагностики професійною патологією є Бельгія, далі йде Фінляндія та інші, Росія в цьому списку знаходиться далеко не в перших числах. Цей факт пояснюється, мабуть, декількома обставинами. По-перше, система штрафних санкцій, що існує в ряді розвинених країн, робить «невигідною» відсутність реєстрації професійної захворюваності. Так, у США при встановленні приховування професійних захворювань передбачено систему штрафів, розмір яких становить 0,5 — 1,5 млн доларів, що стимулює більш повну їх реєстрацію. По-друге, рівнем медичної діагностики професійної патології та якістю проведення періодичних медичних оглядів у розвинених країнах.

Взаємодія держави та бізнесу в плані забезпечення медичною допомогою доцільно та об'єктивно необхідна у будь-якій країні з ринковою економікою внаслідок того, що принцип соціальної відповідальності бізнесу за збереження здоров'я працюючого населення є необхідною умовою існування медицини у цивілізованому суспільстві. Можливості роботодавців вирішувати проблеми медичного забезпечення простим збільшенням масштабів коштів, що виділяються

в умовах наслідків фінансово -економічної кризи, досить обмежені. У зв'язку з цим необхідна така організація медичного обслуговування, за якої існування «непрофільних» активів стане не лише не витратним, а й рентабельним бізнесом, здатним виконувати свою основну місію щодо надання якісної та доступної медичної допомоги працівникам, членам їхніх сімей та пенсіонерам.

Враховуючи відсутність даних про організацію роботи промислової медицини в теорії та практиці міжнародної охорони здоров'я, є логічним критично осмислити досвід впровадження інноваційних управлінських технологій, які використовуються за кордоном з метою оптимізації витрат промислових підприємств на медичне обслуговування працівників. Необхідно відзначити, що найефективніші управлінські рішення могли б бути екстраповані на лікувально-профілактичні організації промислових корпорацій.

Для вирішення питань підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання обмежених ресурсів охорони здоров'я, у США було прийнято програму, зазначену в доповіді Інституту медицини США як «усунення тріщини як медичних послуг» (Institute of Medicine , 2001). Інститут опублікував матеріали, в яких констатовалося зростання кількості летальних випадків у країні через лікарські помилки під час проведення лікувальнодіагностичних заходів та пропонувалися методи корекції ситуації [6].

У процесі діяльності робочих груп Американського товариства з якості та групи експертів автомобільної промисловості було встановлено, що впровадження міжнародних стандартів ISO серії 9001 на підприємствах цієї галузі призвело до поліпшення якості продукції та економії ресурсів. Враховуючи неухильно зростаючі витрати на медичне страхування, що найбільш гостро відчувалася саме провідними автомобільними корпораціями (тільки компанія «Дженерал Моторс» перераховувала 1 млн дол. на рік на медичне страхування), експерти дійшли висновку про доцільність перенесення успішного досвіду впровадження стандартів у промисловості на систему охорони здоров'я.

В результаті було сформовано низку документів, в основі яких були стандарти ISO, що стосуються бізнес-процесів постійного покращення якості

закладів охорони здоров'я. У зв'язку з цим медичні установи автомобільних компаній мали перебудувати роботу згідно з новими принципами керівництва, що й було з успіхом реалізовано на практиці. Фундаментальною метою керівних документів було надання науково-практичної допомоги всім учасникам системи охорони здоров'я США, незалежно від форми власності, масштабності, спеціалізації та відомчої належності. Побудова системи менеджменту якості (СМЯ) на основі міжнародних стандартів ІСО сприяли підвищенню конкурентоспроможності в основному за рахунок збільшення кількості пацієнтів, що обслуговуються. Значні преференції отримали медичні організації у контексті вирішення питань, пов'язаних з їх фінансуванням, забезпеченням лікарськими засобами, акредитацією, що визначало успішність функціонування установи на ринку медичних послуг.

Впровадження стандартизації системи управління (2007 р.) сприяло значному зниженню витрат провідних автомобільних корпорацій. Економія фінансових ресурсів тільки за страховими виплатами «Форда», «Дженерал Моторс» та «Даймлер Крайслер» склала 300 млн дол. (приблизно 2% від їх сумарних річних витрат), а впровадження стандартів ІСО у технологічні процеси представлених компаній сприяло зниженню річних витрат на 7 – 8%.

Введення стандартів дозволило значно підвищити ефективність роботи клініки в Манчестері (Великобританія), яка мала 2100 ліжко-місць на момент початку реалізації проекту. Протягом наступних семи років кількість ліжок зменшилася до 1400, при цьому кількість пацієнтів, що обслуговуються, збільшилася на 25%, а час їх перебування в стаціонарі значно скоротилося. Цього вдалося досягти за рахунок запровадження чітких стандартів, що регламентують час перебування хворих у стаціонарі, у зв'язку з чим потреба у ліжко-місцях значно знизилася, а якість медичної допомоги покращала.

Цінність проведеного аналізу зарубіжного досвіду полягає у наданні інформації про використання ефективних управлінських практик, запроваджених у міжнародних корпораціях з метою мінімізації витрат на медичне забезпечення

працівників підприємств, а також програм взаємодії корпоративних організацій з органами державної влади та страховими компаніями.

Висновки до розділу 1

В результаті можна зробити такі висновки та сформулювати конкретні рекомендації щодо використання міжнародного досвіду організації охорони здоров'я в умовах російських медичних організацій промислових підприємств:

Аналіз показав відсутність системи відомчої медицини у складі промислових корпорацій розвинутих країн. У зв'язку з цим взаємодія найчастіше здійснюється за принципом аутсорсингу або за допомогою страхових компаній.

В умовах ринкової економіки можлива взаємовигідна співпраця держави та бізнесу в плані медичного забезпечення та страхування, в тому числі і в рамках державно-приватного партнерства або інших форм взаємовигідного співробітництва. Принцип соціальної відповідальності бізнесу за збереження здоров'я працюючого населення є необхідною умовою існування у цивілізованому суспільстві. Соціально-орієнтований бізнес – це майбутнє промислової медицини.

Слід наголосити, що корпоративна охорона здоров'я – досить складна система, тому всі процеси оптимізації діяльності мають проводитися поетапно. Технології, взяті на озброєння з міжнародної практики, інструменти управління якістю, розроблені для різних галузей промисловості, моделі оптимізації витрат промислових підприємств на медичне обслуговування працівників у сфері охорони здоров'я слід застосовувати обережно, ретельно адаптуючи їх під корпоративну специфіку.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Розвиток конкуренції на ринку медичних послуг України

Система охорони здоров'я в післявоєнний період будувалася за зразком радянської моделі охорони здоров'я (так звана модель Семашко). Її головними рисами були сильна централізація та ієрархічна організаційна структура, а також бюджетне фінансування (переважно з центрального бюджету). В період незалежності було запроваджено систему обов'язкового медичного страхування, а фінансування з державного бюджету відійшло на другий план. У результаті децентралізації адміністративної влади більшість функцій управління та власності більшості державних закладів охорони здоров'я було передано з рук уряду (Міністерства охорони здоров'я) до органів місцевого самоврядування.

Відповідно до Конституції Україна усі громадяни, незалежно від матеріального становища, мають право на рівний доступ до послуг охорони здоров'я, що фінансуються з державних коштів. Системою загальнообов'язкового медичного страхування охоплено близько 98% населення, включаючи членів сімей платників страхових внесків та окремі соціальні верстви, чії внески покриваються з державного бюджету.

Функції управління, фінансування, нагляду та контролю розподілені між Міністерством охорони здоров'я, НСЗ (НСЗ) та органами місцевого самоврядування. Національна служба здоров'я фінансує медичні послуги та укладає договори з державними та недержавними постачальниками послуг. Нагляд за діяльністю НСЗ здійснює Міністерство охорони здоров'я (тобто міністр, уповноважений з питань охорони здоров'я), а нагляд у сфері управління фінансами НСЗ – Міністерство фінансів (тобто міністр, уповноважений з питань державних фінансів). Міністерство охорони здоров'я також відповідає за розробку політики охорони здоров'я, фінансування та реалізацію програм охорони здоров'я,

фінансування окремих вузькоспеціалізованих послуг і більших інвестицій, наукових досліджень і навчання медичного персоналу. Він також виконує численні наглядові функції та (стосовно деяких суб'єктів господарювання) функції безпосереднього управління. На кожному рівні управління органи територіального самоврядування несуть відповідальність за визначення потреб у здоров'ї своїх жителів, планування надання медичних послуг, зміцнення здоров'я, а щодо закладів охорони здоров'я, засновниками яких вони є, виконують окремі функції, пов'язані з управлінням персоналом об'єктів, фінансуванням інвестицій, наглядово-контрольні функції у зв'язку з цим.

У період трансформації істотно змінилася роль МОЗ. Міністерство, яке колись відповідало як за фінансування, так і за організацію служб охорони здоров'я, тепер виконує головним чином стратегічні, політичні (включаючи формування та визначення напрямків політики охорони здоров'я за допомогою таких інструментів, як Національна програма охорони здоров'я) та контрольні функції. Він впливає на інституційну та функціональну форму всієї системи охорони здоров'я, має законодавчу ініціативу, виконує координаційні функції щодо програм охорони здоров'я та розробляє керівні принципи щодо програм профілактики захворювань та зміцнення здоров'я, а також разом з головами ОДА відповідає за оцінку доступу до медичної допомоги. Він також відповідає за великі внутрішні інвестиції, наприклад, фінансування особливо дорогого медичного обладнання (міністерство поділяє відповідальність у цій сфері з місцевими органами влади), за наукові дослідження та навчання медичного персоналу, а також за встановлення та моніторинг стандартів охорони здоров'я. У випадку медичних досліджень Міністерство відповідає (в адміністративному сенсі) лише за установи, які воно фінансує безпосередньо з бюджету, включаючи Центр післядипломної освіти, Інститут матері та дитини та Інститут кардіології. Міністерство фінансує (через центральний бюджет) окремі послуги у сфері екстреної медичної допомоги та затверджує регіональні плани екстреної медичної допомоги, які готують голови ОДА. Він також здійснює нагляд за санаторно-

курортним лікуванням і регулює (за погодженням з професійними палатами) виконання медичних професій.

Основним завданням НСЗ – основного платника – є фінансування медичних послуг (за рахунок зібраних страхових внесків) особам, які мають на них право. Національна служба здоров'я веде переговори та підписує договори про надання послуг з надавачами послуг (визначає їх вартість, кількість та структуру), контролює виконання умов цих договорів та несе відповідальність за їх врегулювання. Якість і доступність медичних послуг певною мірою залежать від умов договорів з Національним фондом здоров'я.

Національна служба здоров'я не може здійснювати комерційну діяльність, а також (прямо чи опосередковано) керувати, бути власником чи співвласником суб'єктів господарювання, які управляють медичними закладами. Діяльність НСЗ контролює Рада НСЗ, яка складається з членів, яких призначає Прем'єр-міністр на п'ятирічний термін. Президент НСЗ керує діяльністю НСЗ та представляє його за межами. Його призначає Прем'єр-міністр за поданням Міністра охорони здоров'я після консультації з Радою НСЗ з числа осіб, відібраних шляхом відкритого конкурсного процесу найму. Віце-президенти з військової служби, медичних питань і фінансових питань призначаються міністром охорони здоров'я після консультації з Радою НСЗ. Річний фінансовий план НСЗ складається головою НСЗ після отримання висновку Ради НСЗ та двох парламентських комітетів: комітету, відповідального за державні фінанси, та комітету, відповідального за питання охорони здоров'я. Фінансовий план НСЗ затверджується міністром охорони здоров'я за погодженням з міністром фінансів.

Національна служба здоров'я має обмежені регуляторні повноваження через те, що вони, як правило, зосереджені в руках Міністерства охорони здоров'я (деякі експерти стверджують, що Національна служба здоров'я є «фасадом Міністерства охорони здоров'я»). У 2019 році із запровадженням т. зв регулюючих повноважень НСЗ було скорочено. Тим не менш, Національна служба здоров'я має вплив на ціни контрактних послуг. Крім того, він готує, реалізує та фінансує програми охорони здоров'я (включаючи програми охорони здоров'я, які

замовляються та фінансуються міністром охорони здоров'я). Завданням НСЗУ є також зміцнення здоров'я (зокрема проведення рекламно-інформаційних заходів у сфері охорони здоров'я), контроль за призначенням лікарів та ведення Центрального списку застрахованих. Монополістичне становище НСЗ неодноразово піддавалося критиці з боку постачальників послуг, а в останні роки з'явилися пропозиції розділити Національну службу здоров'я на кілька конкуруючих фондів.

Конституція України децентралізувала публічну владу, дозволяючи органам місцевого самоврядування виконувати державні завдання, не зарезервовані за органами державної влади на вищих рівнях. У сфері охорони здоров'я органи місцевого самоврядування несуть відповідальність за визначення потреб у сфері охорони здоров'я, піклування про інфраструктуру охорони здоров'я, зміцнення здоров'я та профілактику (особливо у сфері медицини праці, охорони психічного здоров'я, проблем алкоголю та споживання тютюнові вироби). Обласні органи самоврядування несуть відповідальність за стратегічне планування охорони здоров'я на основі визнання потреб здоров'я своїх жителів.

Органи місцевого самоврядування на всіх рівнях також є засновниками більшості амбулаторій, районних і обласних лікарень, а тому несуть відповідальність за інвестиції та виконують низку наглядових і контрольних функцій щодо них. Органи місцевого самоврядування мають право перетворювати державні установи на недержавні.

Децентралізація місцевого самоврядування призвела до певної дезінтеграції системи охорони здоров'я. Бо кожен рівень місцевого самоврядування є незалежним, має свої організаційні одиниці та свої обов'язки - координація діяльності в рамках галузі охорони здоров'я є складною. Запропоновані наразі зміни вимагають покращення координації охорони здоров'я та підвищення ролі областей у координації діяльності нижчих рівнів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я.

Медичні послуги надають державні та приватні медичні установи, а також індивідуальні та групові медичні практики. У первинній та спеціалізованій

амбулаторній допомозі (ПМД та амбулаторна допомога) домінують недержавні постачальники послуг (раніше недержавні заклади охорони здоров'я) та індивідуальні практики. Громадські заклади охорони здоров'я можуть засновувати органи влади на регіональному або центрального (міністерства) рівнях, а також державні медичні університети, які проводять викладацьку та дослідницьку діяльність у галузі медичних наук. Вони можуть функціонувати як самостійні установи, бюджетні установи або науково-дослідні установи (раніше функціонували у формі так званих науково-дослідних підрозділів - R&D підрозділів).

2.2. Трансформація інституційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я в Україні

Планування політики охорони здоров'я в Україні відповідає низка установ, як центральних, так і місцевих . Основну відповідальність у цьому відношенні, однак, покладено на державну адміністрацію, яка користується експертною підтримкою дослідницьких інститутів та національних консультантів у різних галузях медицини. Охорона здоров'я також є предметом стратегічного планування, представленого в документах середньо- та довгострокового розвитку країни, які готує Мінрегіон.

На урядовому рівні основну роботу з планування охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я (політика охорони здоров'я) та Міністерство фінансів (рівень фінансування). Міністр охорони здоров'я за погодженням з Міністром фінансів щорічно затверджує пропозицію фінансового плану НСЗ. Крім того, в МОЗ розробляються програми охорони здоров'я, такі як: «Національна програма боротьби з онкологічними захворюваннями», «Національна програма забезпечення рівного доступу до профілактики та лікування серцево-судинних захворювань» або «Національна програма з Розвиток трансплантаційної медицини». Програми охорони здоров'я також плануються, а потім фінансуються НСЗ. Фонд проводить, зокрема, «Програму профілактики

серцево-судинних захворювань» або «Програму раннього виявлення раку шийки матки та молочної залози у жінок».

Сучасні положення політики охорони здоров'я сформульовано в Національній програмі здоров'я (НПЗ). Перші три стратегічні цілі НПЗ мають окремі джерела фінансування. Інші цілі покриваються або покривалися бюджетними субсидіями на різні програми охорони здоров'я, наприклад, Програма охорони психічного здоров'я на 2006-2008 роки. Обсяг фінансування НПЗ значною мірою залежить від рівня визначення потреб населення у здоров'ї суб'єктами, відповідальними за реалізацію цих цілей, та від наявних коштів.

Заходи охорони здоров'я плануються на державному рівні, що потребує міжрегіональної координації та/або значних фінансових ресурсів. Наприклад, питання щодо допомоги постраждалим від стихійних лих чи транспортних аварій, які потребують значних матеріально-технічних зусиль та використання ресурсів центрального рівня, готуються головами ОДА, а потім затверджуються на рівні уряду.

Інвестиційне планування в секторі охорони здоров'я є розпорошеним. Повноваження в цьому відношенні наділені переважно органами місцевого самоврядування, які виконують функції власності щодо закладів охорони здоров'я та несуть відповідальність за забезпечення потреб населення в охороні здоров'я. Міністр охорони здоров'я в обмеженому обсязі координує процес інвестиційного планування та створення нових суб'єктів медичної діяльності. Попит на нові інвестиції опосередковано визначається НСЗ у Плані закупівлі пільг (де-факто так званих розрахункових одиницях), який визначає не лише кадрові потреби, а й вимоги до закладів охорони здоров'я та їх оснащення.

Відсутнє стратегічне планування кадрових ресурсів охорони здоров'я на державному рівні. З іншого боку, здійснюється короткострокове (поточне) планування. Завдання міністра охорони здоров'я, пов'язані з цим плануванням, виконуються у співпраці з міністром науки та вищої освіти (див. наступний пункт другого розділу). Інформація про кадрові потреби в секторі охорони здоров'я збирається та аналізується національними та провінційними консультантами з

різних галузей медицини у співпраці з Департаментом науки та вищої освіти Міністерства охорони здоров'я. Роль консультантів полягає головним чином у видачі висновків з питань, що стосуються певної спеціальності чи галузі медицини, включаючи висновки щодо освіти та професійної підготовки. Щороку у співпраці з консультантами міністр охорони здоров'я визначає межі прийому на медичні студії, які остаточно визначаються за погодженням з міністром науки та вищої освіти, беручи до уваги дидактичні можливості, про які повідомляють медичні університети, та попит на випускники медичних факультетів.

2.3. Оцінка конкурентних переваг КНП ШМР «Шумська міська лікарня» на ринку медичних послуг

«Під конкурентоспроможністю підприємства розуміється наявність індивідуальних особливостей, конкурентних переваг підприємства та можливостей їх використання в боротьбі за найбільш вигідні умови виробництва та збуту продукції з метою досягнення поставлених цілей. Тобто, поняття конкурентоспроможність включає в себе всі особливості економічних, організаційних, правових характеристик, що визначають місце закладу охорони здоров'я на відповідному ринку медичних послуг. Рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я завжди залежить від впливу різних факторів. Під факторами розуміють умови, обставини, рушійні сили виникнення індивідуальних особливостей, конкурентних переваг закладу охорони здоров'я та можливостей їх використання в боротьбі на конкурентному ринку медичних послуг» [29].

«Загалом, в процесі загострення конкурентної боротьби, нематеріальні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я постійно підвищують своє значення. Таким чином, комерційні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я включають в себе: кон'юнктуру ринку медичних послуг; вартість послуг закладу охорони здоров'я; імідж закладу охорони здоров'я» [14] (рис. 2.1).

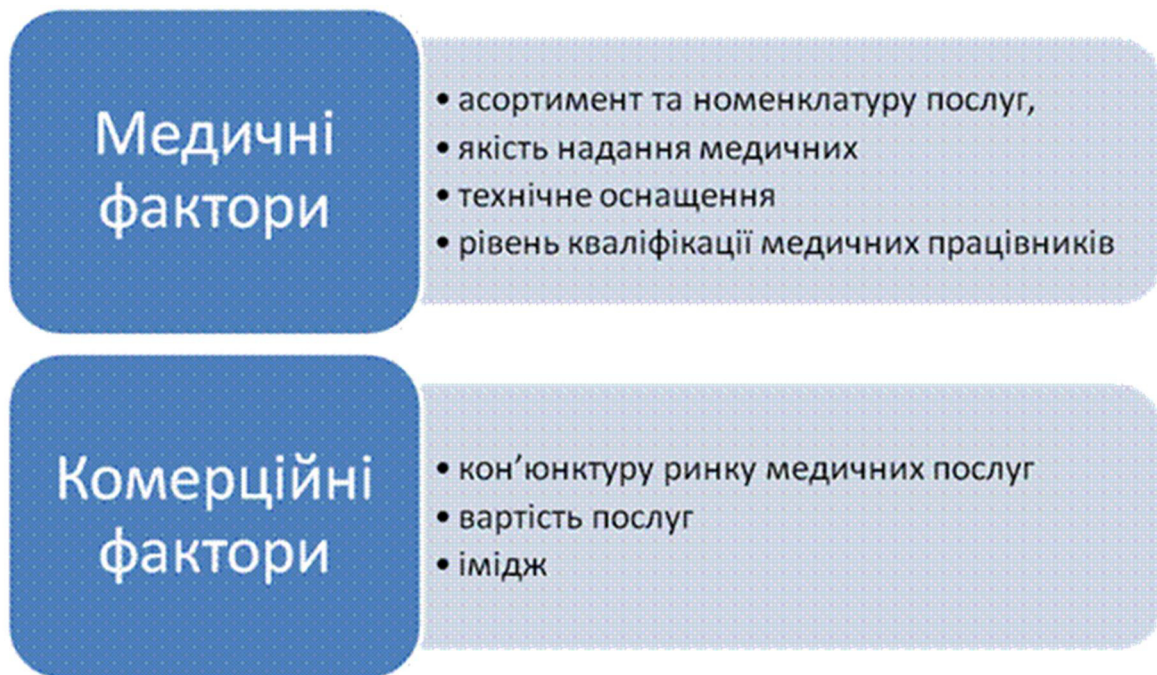


Рис. 2.1. Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за сутністю

Примітка. Складено автором.

«Ще однією класифікаційною ознакою є розподіл факторів конкурентоспроможності закладу охорони на зовнішні та внутрішні. Так, М.В.Шеремет до зовнішніх факторів відносить: фактори виробництва, що впливають на формування конкурентної переваги підприємства впродовж всього його виробничого процесу (наявність інвестиційних можливостей, інноваційної технології виробництва, сильної науково-дослідної бази, висококваліфікованих кадрів); активність конкурентів; фактори попиту, наприклад, еластичність попиту, вимоги споживачів до якості продукції, наявність споріднених та підтримуючих галузей в економіці України; дії Уряду; ступінь приватизації підприємств даної галузі; випадкові події» [35]. При визначенні «внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я необхідно виділити: медичну ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів за допомогою надання повного спектру високоякісних медичних послуг; витратну ефективність, тобто здатність персоналу закладу охорони здоров'я забезпечувати медичну ефективність із найменшим обсягом витрат; ефективність менеджменту – те наскільки управлінський персонал закладу охорони здоров'я здатен

виконувати функції менеджменту (організація, планування, контроль, мотивація, аналіз). Таким чином, склад факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за ознакою походження наведено на рис.2.2» [19].



Рис. 2.2. Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за ознакою походження

Примітка. Складено автором.

«Маркетинг медичних послуг належить до найскладніших видів маркетингу. Це можна аргументувати тим, що насамперед медичні послуги пов'язані з охороною і підтриманням найважливіших цінностей людини – життя та здоров'я. Інша причина полягає в обмеженості бюджетних коштів, що спонукає до пошуку позабюджетних джерел фінансування. Водночас активно розвиваються приватні медичні центри, які використовують інтенсивну рекламу, нові технології (біотехнології) та якісний сервіс. Специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг. Сама по собі послуга являє специфічну форму виробничої діяльності, результат якої спрямований не на створення матеріального блага, а на отримання певного (конкретного) корисного ефекту, що стосується безпосередньо людини. Отже, медична діяльність передбачає послугу, в основу якої покладено ефект

збереження та зміцнення здоров'я. Такий різновид послуг обмежений у транспортуванні, оскільки, наприклад, хірургічні операції практично не виконуються вдома, а інші (ін'єкції, маніпуляції, консультування тощо) можуть бути виконані й на виїзді. Тому специфіка ринку надання медичних послуг накладає відбиток на цей різновид бізнесу» [40].

Проаналізуємо медичні фактори конкурентоспроможності КНП ШМР «Шумська міська лікарня» на ринку медичних послуг. В структурі закладу наявні всі необхідні стаціонарні відділення, діагностичні кабінети, параклінічні служби для надання невідкладної медичної допомоги в цілодобовому режимі. По своїй структурі, матеріально-технічному забезпеченні та укомплектованості лікарським та середнім медичним персоналом КНП ШМР «Шумська міська лікарня» відповідає рамковим вимогам багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування першого рівня.

Однією з конкурентних переваг медсанчастини є офтальмологічна служба. КНП ШМР «Шумська міська лікарня» єдиний заклад серед районних лікарень області де проводяться високотехнологічні офтальмологічні оперативні втручання, в тому числі і при катаракті. Єдиним методом лікування катаракти є її видалення і імплантація штучного кришталіка. До сучасних методів хірургії катаракти відносять тільки факоемульсифікацію катаракти з імплантацією штучного кришталіка. Такі Слід зазначити що популярність нашого лікаря широко відома в сусідніх районах. За рік лікар проводить близько 200 операцій тільки факоемульсифікацій катаракти з імплантацією штучного кришталіка, більша половина пацієнтів з сусідніх районів.

Одна із сильних сторін КНП ШМР «Шумська міська лікарня» є акушерсько-гінекологічне відділення. Акушерсько-гінекологічне відділення розміщене в окремому новому сучасному 2 поверховому корпусі який був побудований в 2019 році по прибалтійському типовому проекту. Відділення розраховане на 50 ліжок (на даний час – 25 ліжок). У відділенні облаштовані сімейні пологові зали для проведення партнерських пологів, окремі затишні палати для спільного перебування породіллі з партнерами, облаштовані платні 2-кімнатні палати

поліпшеного сервісу з усіма зручностями. У всіх палатах відділення окремі санвузли, душові кабінки з цілодобовим гарячим водопостачанням. В акушерському відділенні наявна неонатологічна служба з необхідним обладнанням та палатами для реанімаційних заходів новонародженим.

Хірурги та гінекологи закладу активно набувають знання та практичний досвід на курсах підвищення кваліфікації, тематичних удосконаленнях, тренінгах в закладах охорони здоров'я третинного рівня де надається сучасна високоспеціалізована медична допомога з використанням високотехнологічних методик. За два останніх роки курси по лапароскопічній хірургії пройшли 9 лікарів, із них 5 акушерів-гінекологів та 4 хірурги.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається в консультативно-діагностичній поліклініці проектною потужністю на 520 відвідувань в зміну та в денному стаціонарі на 30 ліжок. В поліклініці функціонує електронна реєстратура, запис на прийом до лікаря здійснюється через інтернет, та по телефонах, значно зменшились черги. В рамках трансформації закладів охорони здоров'я на вторинному рівні в поліклініці створена інтернет мережа та комп'ютеризовані автоматизовані робочі місця лікарів та діагностичних кабінетів. Підприємство зареєстровано в системі eHealth.

У поліклініці організовано відділення профілактики для проведення профілактичних медичних оглядів населення. Це дало змогу розподілити потоки здорових та хворих пацієнтів: профогляди складають до 45% роботи поліклініки. Біля 5 тис. працівників Хмельницької атомної електростанції щороку проходять профілактичні медичні огляди, більша половина з них пов'язана з роботою в шкідливих умовах. Порівнюючи показники КНП ШМР «Шумська міська лікарня» з районними лікарнями області у нас кількість спеціальностей за якими ведеться амбулаторний прийом одна з найвищих в області становить – 33.

Основні конкурентні переваги амбулаторно-поліклінічної служби:

- поліклініка укомплектована на 100% досвідченим висококваліфікованим лікарським та середнім медичним персоналом та сучасним діагностичним обладнанням з великим досвідом проведення профілактичних оглядів;

- за кількістю відвідувань до лікарів на 1 жителя в м.Нетішині найкращий показник в області, за рахунок медичних оглядів працівників ХАЕС;
- проліковано хворих в денних стаціонарах, показник наш вищий за середній по районах;
- виконано амбулаторних хірургічних операцій 40,83 на 1 тисячу населення, це четвертий результат серед медичних закладів області.

Фахівці клініко-діагностичної лабораторії висококваліфіковані спеціалісти виконують широкий спектр лабораторних досліджень: загально-клінічних, біохімічних, імунноферментних, користуються високим авторитетом серед лікарів за якісні і достовірні лабораторні дослідження. Кількість амбулаторних та стаціонарних лабораторних досліджень перевищує показник всього по районах.

В таблиці 2.1 наведено технічне оснащення досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Таблиця 2.1

Технічне оснащення закладу охорони здоров'я

Показник	2019р.	2020р.	2021р.
Рентгендіагностика: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	9 12391-0,33	10 12267-0,33	10 11886-0,32
Комп'ютерна томографія досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	-	-	1 приватний КТ
Маммографія: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	-	-	1 приватний цифровий мамограф
УЗД: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	3 22273-0,60	4 22125-0,60	4 23717-0,64
Ендоскопічна діагностика: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	3 510-0,01	3 624-0,02	3 668-0,02

Продовження таблиці 2.7

Функціональна діагностика: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	13 27801-0,75	13 24668-0,67	13 22726-0,62
Холтер: апаратів – досліджень всього (абс. число – на 1 мешканця)	0	1 64-0,001	1 100-0,002

Примітка. Складено за матеріалами діяльності досліджуваного медичного підприємства.

До конкурентних переваг КНП ШМР «Шумська міська лікарня» слід віднести рівень кваліфікації медичних працівників закладу охорони здоров'я. В лікарні працюють 88 лікарів та 200 медичних сестер. Із них: кандидат медичних наук – 1; лікарів з вищою кваліфікаційною категорією – 35; лікарів з першою кваліфікаційною категорією – 25; лікарів з другою кваліфікаційною категорією – 12; лікарів без кваліфікаційної категорії – 15. Із них: медичних сестер з вищою кваліфікаційною категорією – 130; медичних сестер з першою кваліфікаційною категорією – 42; медичних сестер з другою кваліфікаційною категорією – 28. Медичні працівники закладу постійно підвищують свій кваліфікаційний рівень шляхом тематичних удосконалень, робочих прикомандирувань, тренінгів, семінарів, конференцій.

В КНП ШМР «Шумська міська лікарня» достатньо конкурентних переваг, проте необхідно впроваджувати сучасні, високотехнологічні методи лікування та діагностики та постійно підвищувати рівень кваліфікації лікарів. «Значно поживити ринок медичних послуг може успішне завершення розпочатої в Україні медичної реформи. В результаті її проведення зросте бюджетне фінансування популярних у пацієнтів установ, що входять до державної системи, а значить у них з'являться кошти для оновлення обладнання і залучення кращих фахівців. Може розширитися клієнтська база і у приватних клінік, в які будуть звертатися більше людей за послугами, що не входять в безкоштовний державний пакет. Зростання обсягу медичного ринку України буде багато в чому залежати від динаміки підвищення доходів населення нашої країни» [21].

Формування позитивного іміджу КНП ШМР «Шумська міська лікарня» відбувалося роками. Негативний імідж створювався окремими медичними

працівниками, в тому числі і керівництвом лікарні. Імідж медичного персоналу формується перш за все на основі прямого контакту з працівниками медичної установи. При цьому кожен медичний працівник може розглядатися як «обличчя» медичної установи, за яким судять про персонал у цілому. Не всі компоненти структури іміджу нашої лікарні мають позитивний імідж і зараз. Проте, за останніх три роки, значно підвищився імідж нашого закладу в цілому, але попереду ще дуже багато роботи щоби помінати думку людей. Соціальний імідж медичної установи – це уявлення широкої громадськості про соціальні цілі і ролі закладів охорони здоров'я в економічному, соціальному і культурному житті суспільства. Під бізнес-іміджем медичної установи слід розуміти уявлення про медичний заклад як суб'єкт певної діяльності.

Висновки до розділу 2

Планування політики охорони здоров'я в Україні відповідає низка установ, як центральних, так і місцевих. Основну відповідальність у цьому відношенні, однак, покладено на державну адміністрацію, яка користується експертною підтримкою дослідницьких інститутів та національних консультантів у різних галузях медицини. Охорона здоров'я також є предметом стратегічного планування, представленого в документах середньо- та довгострокового розвитку країни, які готує Мінрегіон.

На урядовому рівні основну роботу з планування охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я (політика охорони здоров'я) та Міністерство фінансів (рівень фінансування). Міністр охорони здоров'я за погодженням з Міністром фінансів щорічно затверджує пропозицію фінансового плану НСЗ. Крім того, в МОЗ розробляються програми охорони здоров'я, такі як: «Національна програма боротьби з онкологічними захворюваннями», «Національна програма забезпечення рівного доступу до профілактики та лікування серцево-судинних захворювань» або «Національна програма з Розвиток трансплантаційної медицини».

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Удосконалення державного регулювання сфери послуг охорони здоров'я

Сфера охорони здоров'я регламентована детально. Положення, що стосуються встановлення та впровадження стандартів, стосуються переважно медичних професій, підготовки медичного персоналу, умов надання медичних послуг, діяльності надавачів послуг, фінансування охорони здоров'я, забезпечення доступності медичних послуг та лікарських засобів (включаючи рівень напівфінансування) та забезпечення дотримання прав пацієнта. Пропозиції щодо нових нормативно-правових актів та змін до чинних нормативно-правових актів (у вигляді законопроектів) подає МОЗ. Законопроекти підлягають громадським та експертним консультаціям (наприклад, з медичними палатами, фахівцями та медичними університетами), а потім парламентській роботі. Деякі нормативні акти, особливо ті, що стосуються чутливих питань, таких як фінансування засобів контрацепції, також можуть бути результатом ініціативи знизу вгору (наприклад, організацій громадянського суспільства). Після прийняття закону парламентом МОЗ готує нормативно-правові акти, що забезпечують реалізацію закону. У цих актах вказуються установи, відповідальні за виконання акта, та визначаються їхні повноваження. У процесі децентралізації частина регуляторних функцій була передана органам місцевого самоврядування.

Функції моніторингу та оцінки недостатньо розвинені та інституційно скоординовані. Вони виконуються різними контролюючими органами, серед яких найсильнішу позицію займає Головна санітарна інспекція. Недоліки у сфері моніторингу стосуються переважно приватних структур сфери охорони здоров'я.

Переліки послуг, що фінансуються з державних джерел (Національна служба здоров'я та інші), включаючи рівні співфінансування пацієнтів, ліміти цін та

умови, за яких ці послуги мають надаватися (наприклад, вимоги до медичного персоналу та обладнання), є визначені в тринадцяти підзаконних актах Міністра охорони здоров'я 2019 року. Контракти на надання медичних послуг між НСЗ та постачальниками послуг укладаються на основі Плану закупівлі пільг, як правило, у формі тендеру.

Національна служба здоров'я як єдиний державний платник не може здійснювати господарську діяльність. Його річний план фінансування мають затвердити МОЗ та Мінфін. Національна служба здоров'я має забезпечити прозорість державних фінансів шляхом надання вільного доступу до обраної (ключової) інформації про свій річний фінансовий план та його виконання, а також про договори, укладені з надавачами медичних послуг. Національна служба здоров'я не може займатися наданням медичних послуг через чітке відокремлення функції державного фінансування від надання медичних послуг.

Ринок добровільного приватного медичного страхування в Україні недостатньо розвинений, а добровільне медичне страхування не було законодавчо визначено. Приватне медичне страхування (головним чином страхування від хвороби або від нещасних випадків) зазвичай пропонується на додаток до страхування життя або як квазі-страховий продукт (тобто медична підписка, що пропонується приватними та державними закладами охорони здоров'я).

Нагляд за наданням медичних послуг здійснюється міністром охорони здоров'я (загальна діяльність), професійними палатами (процес реєстрації), як частина системи Державної санітарної інспекції (санітарні вимоги до закладів охорони здоров'я; див. розділ п'ятий), НСЗ (договори про надання медичних послуг).

Основні питання, пов'язані з якістю медичної допомоги, такі як основні технічні та санітарні вимоги до закладів охорони здоров'я та їх обладнання, регулюються Законом. Більш детальні вимоги викладені в окремих постановках Міністерства охорони здоров'я (наприклад, щодо анестезіології та інтенсивної терапії, а також перинатальної допомоги) та окремих актах.

Надання послуг має бути організоване таким чином, щоб забезпечити належну доступність і якість догляду. Ці параметри контролюються установчими органами. Національна служба здоров'я також має певні зобов'язання щодо забезпечення якості медичних послуг: якість медичної допомоги (підтверджена внутрішньою чи зовнішньою оцінкою, наприклад, у формі сертифікатів акредитації) враховується в процесі укладання контрактів (конкурс тендерів). Крім того, договори між НСЗУ та надавачами медичних послуг містять положення про принципи контролю якості, достатньої кількості та доступності послуг, а НСЗУ відповідає за моніторинг доступності та якості надання послуг. На сьогоднішній день у України не встановлено шляхів клінічного лікування, і весь курс лікування залежить від лікаря первинної ланки або чергового спеціаліста.

Крім того, Україна бере активну участь у проектах ЄС, пов'язаних із забезпеченням якості, таких як PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), Handover (Improving the Continuity of Patient Care Through Identification and Implementation of Novel Patient Handover Processes in Europe – Standardization of комунікація та інформація під час переведення пацієнта з первинної медичної допомоги до лікарні та навпаки) та MARQulS (Методи оцінки відповідей на стратегії покращення якості), зосереджені на транскордонній допомозі.

Основні медичні професії в Україні регулюються окремими законодавчими актами, які визначають, серед іншого, вимоги, необхідні для отримання професійної кваліфікації, а також специфікації для підготовки фахівців і підвищення кваліфікації. Інші медичні професії не регулюються окремо, і наразі ними можуть займатися люди, які не мають формальної кваліфікації, але отримали практичний досвід або пройшли відповідну освіту чи програми підготовки. Останнім часом були спроби формалізувати вимоги до цих професій. Наприклад, уряд представив законопроект, що регулює окремі медичні професії (і запроваджує відповідний реєстр).

Чотири організації, створені відповідно до Закону, відповідають за реєстрацію та ліцензування кваліфікованого медичного персоналу: медичне самоврядування, самоврядування медичних сестер і акушерок, самоврядування фармацевтів і самоврядування лабораторних діагностів. Організаційними одиницями професійного самоврядування є професійні палати (головні та регіональні). Членство в професійному самоврядуванні є обов'язковим для осіб, які бажають займатися даною професією. І регіональні палати, і головні палати ведуть реєстри всіх осіб, які мають право займатися професією (також із зазначенням галузі та ступеня спеціалізації). Реєстри лікарів і стоматологів, які беруть участь у спеціалізованій підготовці, ведуть центри підготовки медичного персоналу при обласних медичних закладах. Оскільки реєстрів інших медичних професій (окрім тих, що об'єднані в профсамоврядування) немає, важко оцінити кількість людей, які працюють у медичних сферах, крім перерахованих вище.

Усі лікарі, стоматологи, фармацевти та лабораторні діагностичні зобов'язані брати участь у безперервній освіті, збираючи кредити за проходження кожного курсу безперервної освіти. Ця діяльність контролюється відповідними палатами. Лікарі, стоматологи, медичні сестри, акушерки, фармацевти та лаборанти, які не займалися своєю професією більше п'яти років, повинні повідомити про це відповідну палату та пройти перепідготовку – за власний рахунок. Невиконання цих зобов'язань може призвести до призупинення права займатися професією.

Медичні професії, регульовані в Україні, можна розділити на ті, що охоплені галузевою системою визнання професійних кваліфікацій ЄС, і ті, що охоплені загальною системою визнання професійних кваліфікацій. До першої категорії належать лікарі, стоматологи, медичні сестри, акушерки та фармацевти. За цими професіями визнання професійної кваліфікації відбувається автоматично за умови наявності в претендента необхідних документів, що підтверджують її професійну кваліфікацію.

Професійні палати надають лікарям, ЛОРах, фельдшерам, медсестрам, акушеркам, лабораторним діагностам і фармацевтам, які пройшли навчання в ЄС, право на практику, якщо вони мають кваліфікацію, відповідну цим професіям,

дійсну в іншій державі-члені (хоча в деяких державах-членах можуть бути обмеження). Крім того, особи, які претендують на право займатися професійною діяльністю в Україні, повинні подати такі документи: сертифікат, виданий компетентними органами держави-члена ЄС, який засвідчує, що особа має право займатися професією на території цієї держави, письмову заяву про знання української мови в усному та письмовому обсязі, необхідному для виконання цієї професії.

«Систематизуючи підходи до модернізації ми сформували певну схему підходів до важелів державно-управлінського впливу на систему механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, розглядаючи їх як певні складові системних змін» [11] (рис.3.1).

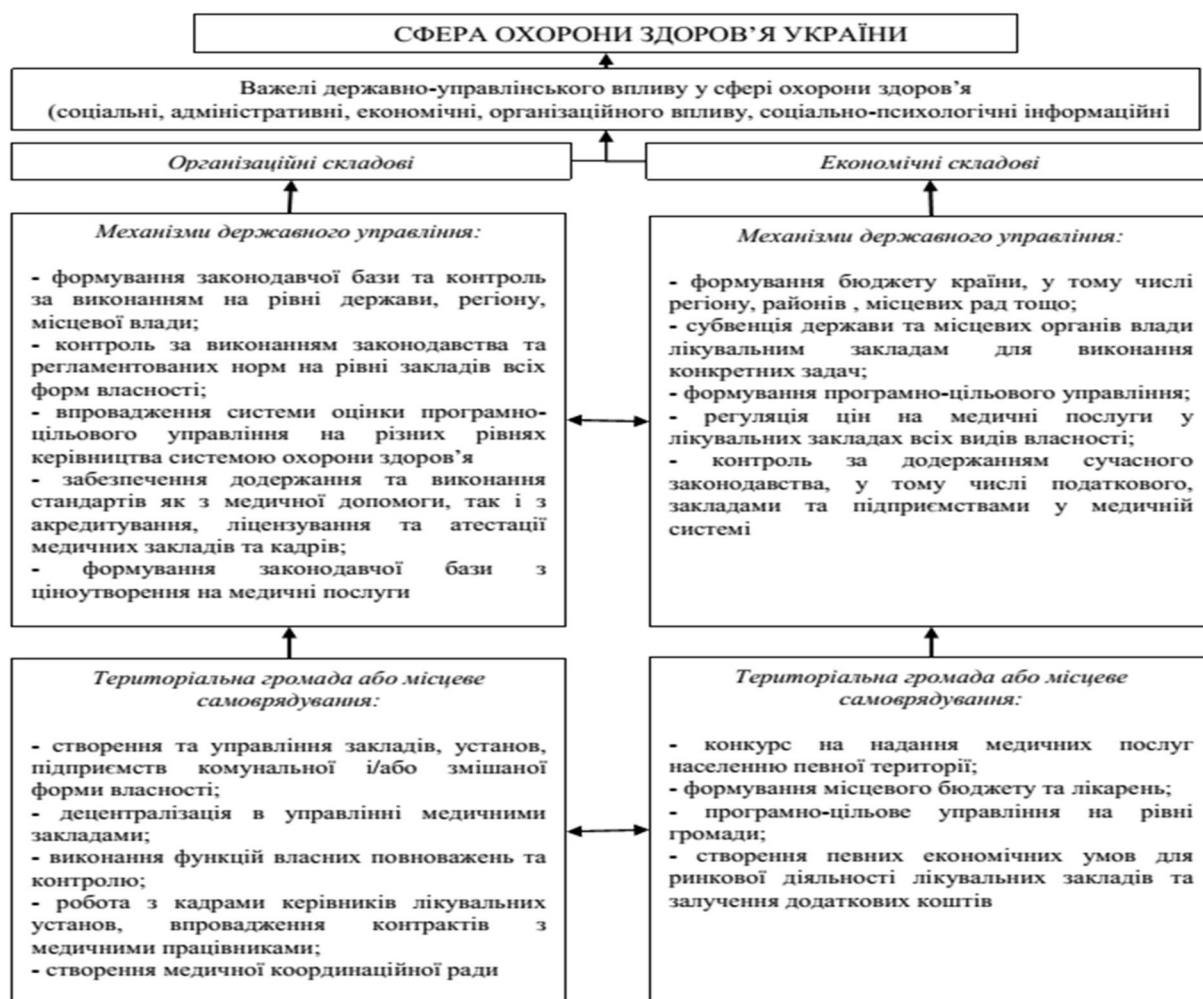


Рис. 3.1. Схема важелів державно-управлінського впливу механізмів управління сферою охорони здоров'я України

3.2. Система державної підтримки як форма державного регулювання розвитку публічного сектору послуг охорони здоров'я

Дані про функціонування системи охорони здоров'я та здоров'я населення збираються різними суб'єктами за допомогою різних інформаційних систем. Дані державної статистики можна збирати, публікувати та використовувати лише в агрегованій формі, оскільки Закон забороняє публічний доступ до персональних даних та їх публікацію (в іншій, ніж агрегованій формі). За несвоєчасне подання статистичних даних накладається штраф за невиконання статистичних зобов'язань. Оскільки не завжди можна гарантувати точність зібраних даних, необхідно навчити медичний персонал правильному заповненню статистичних форм. Завдяки навчанню та співпраці між українськими та міжнародними організаціями, які займаються збором та аналізом статистичних даних (ОЕСР, Євростат, ВООЗ), ступінь відповідності української статистичної класифікації постачальників медичних послуг (класифікація постачальників товарів і послуг у Міжнародній класифікації) рахунків охорони здоров'я, ІСНА-НР) з новою методологією OECD та вимогами ЄС до статистичної звітності.

Інформаційна система, яку використовує Національна служба здоров'я, в основному використовується для розрахунків за договорами. Дані про надання медичних послуг в електронному вигляді надаються платнику, який на цій підставі складає (для МОЗ) звітність про надання послуг, що фінансуються за рахунок державних коштів. Обсяг даних, які надають постачальники послуг, визначено в Законі, що фінансуються з державних коштів, і включає: кількість наданих медичних послуг, кількість пацієнтів у списках очікування, медичні рецепти, споживання ліків, вартість яких оплачується, та сплата застрахованими внесків на медичне страхування.

Різноманітні реєстри, які ведуть професійні палати, науково-дослідні інститути та медичні університети, збирають (серед іншого) дані про спеціалістів охорони здоров'я та виникнення окремих захворювань.

Інформаційні системи охорони здоров'я наразі не є повністю інтегрованими, однак Реєстр закладів охорони здоров'я (РЗОЗ) підтримує платформу електронного обміну інформацією.

Контроль за здоров'ям особи здійснюють лікарі первинної ланки (включаючи лікарів загальної практики), медсестри, акушерки, шкільні гігієністи та інші медичні працівники. На провінційному та центральному рівні консультанти з усіх галузей медицини стежать за змінами здоров'я населення. Дані про охорону здоров'я, зібрані системою державної статистики, повідомляються обласним центрам громадського здоров'я.

Незважаючи на незаперечний прогрес в інформаційній сфері, сфера охорони здоров'я все ще потребує доповнення. Нова інформація включатиме повні реєстри захворювань (у тому числі онкологічних), структурні дані про смертність, а у сфері управління охороною здоров'я дані про витрати на надання медичних послуг.

Агентство з оцінки технологій охорони здоров'я (АОТОЗ) є консультативним органом при міністрі охорони здоров'я, головним чином у сфері рішень щодо державного фінансування технологій охорони здоров'я (особливо тих, що включені до базового пакету пільг). Діяльність Агентства фінансується за рахунок державних коштів. До її створення у 2018 році в системі охорони здоров'я не було закладу з подібними завданнями.

Основним видом діяльності Агентства є надання висновків на лікарські засоби. Для того, щоб препарат потрапив до переліку ліків, вартість яких відшкодовується, фармкомпанія має подати заявку до МОЗ і (одночасно) до АОТОЗ. Ця заявка має містити повний звіт про оцінку технологій охорони здоров'я (НТА), який включає аналіз клінічної ефективності, ефективності витрат і впливу на бюджет.

Міжнародна співпраця завжди мала особливе значення для Агентства. Спочатку метою цієї співпраці було створення команди спеціалістів з НТА та розробка процедур для аналізу та оцінки нових медичних технологій у Україні. Однак наразі Агентство зосереджено на обміні досвідом та консультуванні країн,

які не мають інституціоналізованої оцінки медичних технологій. Наприклад, наразі АОТОЗ бере участь у проекті Європейської мережі з оцінки технологій охорони здоров'я (EUnetHTA) «Спільні дії 2010-2012».

Висновки до розділу 3

Сфера охорони здоров'я регламентована детально. Положення, що стосуються встановлення та впровадження стандартів, стосуються переважно медичних професій, підготовки медичного персоналу, умов надання медичних послуг, діяльності надавачів послуг, фінансування охорони здоров'я, забезпечення доступності медичних послуг та лікарських засобів (включаючи рівень напівфінансування) та забезпечення дотримання прав пацієнта. Пропозиції щодо нових нормативно-правових актів та змін до чинних нормативно-правових актів (у вигляді законопроектів) подає МОЗ. Законопроекти підлягають громадським та експертним консультаціям (наприклад, з медичними палатами, фахівцями та медичними університетами), а потім парламентській роботі. Деякі нормативні акти, особливо ті, що стосуються чутливих питань, таких як фінансування засобів контрацепції, також можуть бути результатом ініціативи знизу вгору (наприклад, організацій громадянського суспільства). Після прийняття закону парламентом МОЗ готує нормативно-правові акти, що забезпечують реалізацію закону. У цих актах вказуються установи, відповідальні за виконання акта, та визначаються їхні повноваження. У процесі децентралізації частина регуляторних функцій була передана органам місцевого самоврядування.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження дало можливість дійти таких висновків:

Політична та економічна трансформація, що відбулася в Україні протягом останніх двох десятиліть, рясніла впровадженням численних інституційних та економічних реформ, які радикально змінили систему функціонування держави та економіки. У сфері охорони здоров'я перші системні зміни не були настільки радикальними. Початкові зміни пристосували сектор охорони здоров'я до мінливого середовища (наприклад, ринкові ціни на ліки та медичне обладнання) та запровадили елементи свободи дій. Разом із запровадженням інших соціальних реформ відбулася фундаментальна реформа галузі охорони здоров'я, яка полягала у зміні принципів і механізмів її фінансування та організації в децентралізованій адміністративній структурі держави. Ця реформа характеризувалася певним браком послідовності та послідовності (наприклад, запровадження лікарняних кас із подальшою заміною їх центральною установою – НСЗ), але основний напрямок змін було збережено, незважаючи на зміни керівних команд. З метою покращення розподілу коштів НСЗ між окремими видами медичної допомоги було впроваджено механізми, які більшою мірою (хоча все ще недостатньо) відображають фактичні витрати на медичну допомогу (у стаціонарній допомозі, а наразі також у амбулаторній спеціалізованій допомозі). Поліпшилися зарплати лікарів і технічна ефективність лікарень.

Основним предметом критики став надто повільний темп перетворень, що завершують базову реформу. Водночас не вистачало експертної підтримки та можливості попередніх змін із детальним аналізом та симуляційними розрахунками. Поступово ситуація виправлялася. Значно зміцнено експертну базу в процесах прийняття рішень, в основному шляхом запровадження Агентства з оцінки технологій охорони здоров'я та розширення повноважень колишнього Національного інституту гігієни та перейменування його в Національний інститут громадського здоров'я.

Обмежене фінансування, яке посилюється під час світової фінансової кризи, є, ймовірно, найбільшою перешкодою для досягнення доступної та якісної медичної допомоги та підвищення рівня задоволеності пацієнтів функціонуванням системи. Добровільне медичне страхування та/або співплата як запропоновані додаткові джерела фінансування є політично та соціально неприйнятними, незважаючи на збільшення частки приватних витрат на охорону здоров'я.

Зміни в інститутах та механізмах функціонування системи охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів не дають очікуваних ефектів щодо доступності. Навпаки, внаслідок посилення впливу факторів попиту (збільшення потреб у здоров'ї) відчуття зниження доступності посилюється. Доступність можна покращити шляхом посилення координаційних функцій у секторі, який наразі суттєво розділений за багатьма параметрами: фінансування, розташування в адміністративній структурі, організація та відповідальність.

Важливою проблемою функціонування галузі охорони здоров'я є фінансова незбалансованість. Багато державних лікарень борються з проблемами зростаючої заборгованості. Пропозиції вирішити цю проблему шляхом перетворення незалежних державних лікарень у комерційні юридичні компанії, що призвело до комерціалізації та приватизації закладів, зустріли сильний спротив і стали дуже політизованими через побоювання щодо платної медичної допомоги та ризику погіршення доступу до медичної допомоги найбільш вразливим. Тим не менш, законодавство, ймовірно, вплине на збільшення готовності органів місцевого самоврядування трансформувати лікарні в компанії. Чи вплине комерціалізація та приватизація лікарень на доступність, доступність (ціни) та якість медичної допомоги в Україні, покаже час.

У сфері забезпечення відповідної якості медичних послуг вживаються певні дії для підтримки покращення, наприклад, розроблено стандарти акредитації для лікарень та первинної медичної допомоги, які все більше впроваджуються. Тим не менш, стандарти поведінки в багатьох сферах медичної допомоги (наприклад, у

реабілітації) досі відсутні, що ускладнює комплексний моніторинг якості медичної допомоги.

Суттєвою загрозою функціонуванню системи охорони здоров'я є дефіцит медичних кадрів, що постійно зростає. Поліпшення ситуації, на додаток до втручань, вжитих досі, потребує більш стратегічного підходу.

Певні дії також було здійснено у сфері вдосконалення інформаційної системи охорони здоров'я, але поставлені цілі та прийняті нормативно-правові акти ще далекі від досягнення суттєвих ефектів, а інноваційні пілотні рішення проводились у невеликому масштабі. Повна та сучасна система інформації, необхідної для охорони здоров'я, сприятиме покращенню управління трудовими ресурсами та інфраструктурою, а також дозволить використовувати інструменти планування та прогнозування, надаючи підтримку особам, які формують політику у сфері охорони здоров'я. Крім того, це сприятиме більш ефективному використанню фінансових ресурсів і, зрештою, покращенню якості обслуговування пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астапова Г. В., Астапова Е. А., Лойко Д. П. Организационно - экономический механизм корпоративного управления в современных условиях реформирования экономики Украины : монография. Донецк: ДонГУЭТ им. М. Туган-Барановского, 2001. 526 с.
2. Атаманчук Г.В. Государственное управление: проблемы методологии правового исследования. Москва: ПРа, 1975. 153с.
3. Бакуменко В. Д., Безносенко Д. О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами: науково-дослідна робота. Київ : НАДУ при Президентові України; Центр навчання і досліджень з європейської та євроатлантичної інтеграції України. URL: <http://www.nara-eurostudies.org.ua/2-2.rtf>. (дата звернення: 02.02.2021).
4. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О.Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб. Київ : ВПЦ АМУ, 2011. 116 с.
5. Борисова Т., Монастирський Г. Ко-мобільність як сучасний вектор розвитку громадського транспорту. Конкурентоспроможність вітчизняних підприємств-надавачів послуг громадського транспорту: актуальні проблеми та європейський досвід їх вирішення : збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених з міжнародною участю (Тернопіль, 19-20 травня 2020 р.). Тернопіль : ТНЕУ, 2020. С. 48-49.
6. Борисова Т., Монастирський Г., Крулевський А. Інтернет-дослідження комунікаційної активності надавачів послуг міського громадського транспорту України. Економічний аналіз. Тернопіль. 2019. Том 29. № 1. С. 7-12.
7. Вашев О. Є., Мазурок О. В. Розвиток муніципальної медицини як складова реформування системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного

- управління: зб. наук. праць. Харків: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2015. Вип. 1 (48). С. 101-106.
8. Вовк С. М. Механізми реконструкції соборності лікувальних закладів України. Сучасні проблеми державного управління в умовах системних змін. Серія “Державне управління” : зб. наук. праць. Маріуполь : ДонДУУ, 2015. т. XVI, вип. 297. С. 194-200.
 9. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров’я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
 10. Вовк С. М., Лобас В. М., Черныш Е. И. Преобразование собственности лечебных учреждений Украины. International Scientific Conference Formation of Modern Economic Area: Benefits, Risks, Implementation Mechanisms: Conference Proceedings: Tbilisi: SSOTU. 2016. Р. III. Р.61-64.
 11. Вовк С.М. Процесс системной трансформации здравоохранения в переходный период. Економіка і право охорони здоров’я. 2015. № 1 (1). С.1114.
 12. Войцехович Б., Редько А., Козиева И. Предпринимательская деятельность в здравоохранении. Минск : Высшее образование, 2008. 208 с.
 13. Волос Б. Е., Мавров И.И. Проблемы качества и эффективности медицинской помощи. Международный медицинский журнал. 2006. Т. 12, №1. С. 128-132.
 14. Вотова Н., Глушинский И. Психологическое обеспечение работы государственных учреждений: анализ опыта США. Москва : Прогресс. 1995. 455 с.
 15. Державна політика у сфері охорони здоров’я : кол. моногр. : у 2 ч. / заг.ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
 16. Державна служба статистики України: веб-сайт. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua> (дата звернення: 14.02.2021).
 17. Державне управління охороною здоров’я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф.

- Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтєєвої. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
18. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / за заг. ред. М. М. Білинської. Київ - Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
19. Державне управління та державна служба: словник-довідник / уклад. О. Ю. Оболенський. Київ : КНЕУ, 2005. 480 с.
20. Державне управління: Словник-довідник / В. Д. Бакуменко та ін. ; за заг. ред. В. М. Князева. Київ : Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
21. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України №411 від 25.04.2018 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 15.02.2021).
22. Думанский Ю. В., Шутов М. М., Лобас В. М., Вовк С. М. Современное состояние систем здравоохранения мира: монография. Донецк : ВИК, 2013. 367 с.
23. Дупак Н. В. Особливості реалізації системного підходу до стандартизації професійної освіти : Професійна педагогічна освіта: системні дослідження: монографія / за ред. О. А. Дубасенюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. С. 109-124.
24. Енциклопедія державного управління : у 8 т. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішній та ін. Київ : НАДУ, 2011. 692 с.
25. Енциклопедія державного управління : у 8 т. Т. 7 : Державне управління в умовах глобальної та європейської інтеграції / І. А. Грицяк, Ю. П. Сурмін та ін. Київ : НАДУ, 2011. 764 с.
26. Здоров'є-2020: основи європейської політики и стратегия для XXI века. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. иРЕ: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/ (дата звернення: 15.11.2017).

27. Інституційні засади і маркетингові імперативи сталого розвитку: колективна монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г.Л. Монастирський]. Тернопіль: «Економічна думка ЗУНУ», 2020. 340 с.
28. Караваев А.П. Модели и методы управления составом активных систем. Москва: ИПУ РАН, 2003. 151 с.
29. Карамишев Д. В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно- управлінські аспекти): монографія. Харків : Вид-во ХарPI НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.
30. Карамишев Д. В., Удовиченко Н. М. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. Конф. 17-18.04. 2008 р. Львів, 2008. С.129-136.
31. Куриляк В.Є., Монастирський Г.Л., Живко М.А. Нова економіка в європейських цивілізаційно-інтеграційних процесах. Сталий розвиток України в контексті формування нового світового економічного і фінансового порядку: моногр. / за наук. ред. проф. А. І. Крисоватого та проф. Є. В. Савельєва. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2019. С. 75-121.
32. Лендшел М. Досвід та перспективи впровадження державно-приватних партнерств за кордоном та в Україні. URL: <http://www.rgd.org.ua/project> (дата звернення: 16.09.2017).
33. Лист про наміри до Міжнародного валютного НСЗ. Меморандум про економічну і фінансову політику / Національний банк України : Офіційне інтернет-представництво. URL: <https://bank.gov.ua/doccatalog/document?id=46564506> (дата звернення: 05.03.2021).
34. Луговий В. І. Десять років становлення (досвід досліджень, розробок і впроваджень у сфері державного управління). Зб. наук. матер. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : Вид-во НАДУ, 2005. 356 с.

- 35.Малиновський В. Я. Словник термінів і понять з державного управління. Київ : Центр сприяння інституційному розвитку державної служби, 2005. 254 с.
- 36.Малиновський В. Я. Територіальна організація влади України: європейські орієнтири реформування. Зб. наук. пр. НАДУ. 2007. Вип 1. С.156-167.
- 37.Маркетингове забезпечення сталого розвитку міського громадського транспорту: Монографія. / [Ред. Т.М. Борисова, Г. Л. Монастирський]. Тернопіль: Економічна думка, 2019. 220 с.
- 38.Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати змін . URL: https://espresso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovidi (дата звернення: 07.02.2021).
- 39.Медична реформа: відповіді на всі питання. Коли чекати. URL: https://espresso.tv/.../2017/.../medychna_reforma_vidpovidi_ (дата звернення: 07.02.2021).
- 40.Мельник А.Ф., Монастирський Г.Л., Дудкіна О.П. Муніципальний менеджмент: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ТНЕУ, 2019.
- 41.Монастирський Г. Л., Турчин Л.Я., Островерхов В.М., Луців Р.С. Проблеми та перспективи транспортного забезпечення: вітчизняний та закордонний досвід. Український журнал прикладної економіки. 2018. Том 3. № 2. С. 47-61.
- 42.Монастирський Г. Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. 328 с. http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41366/1/TO_pidruchnyk_2020.pdf
- 43.Монастирський Г. Л., Чайковський Я. І., Чайковська І. Я., Чайковський Є. Я. Напрями використання платіжних карток як інновації оплати послуг транспортних організацій. Економічний аналіз. Тернопіль, 2018. Том 28. No 4. С. 143-154.
- 44.Монастирський Г., Борисяк О. Екологічні та енергоефективні підходи до забезпечення інноваційного розвитку муніципальної транспортної

- логістики. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. Вип. 4. С. 7–18. <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.04.007>
45. Монастирський Г., Борисяк О., Коцур А. Політика екологічної диверсифікованості у системі управління муніципальним транспортом. Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. 2019. Вип. 24. С. 4-14. <http://rarrpsu.tneu.edu.ua/index.php/rarrpsu/article/view/348>
46. Монастирський Г.Л. Екологічна парадигма розвитку громади. Перспективи розвитку науки і бізнесу в глобальному середовищі: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Тернопіль, 20 травня 2020 р.). С. 42-43.
47. Монастирський Г.Л. Адміністративно-територіальна основа економічного та соціального розвитку регіону. Географія Тернопільської області: монографія. В 2-х т. Т.2. Населення. Господарство. / за ред. проф. Л.Б.Заставецької. Тернопіль, 2020. С. 229-255.
48. Монастирський Г.Л. Виклики публічного управління в умовах пандемії COVID-19 на муніципальному рівні. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки: матеріали доповідей II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, ЗУНУ, 28 травня 2021 р.). Т. 1. Тернопіль, ЗУНУ, 2021. С. 130-133.
49. Монастирський Г.Л. Використання системи інструментарію муніципального менеджменту в процесі постконфліктного відновлення міста. Сфера життєдіяльності міста: економіко-правові проблеми постконфліктного відновлення: матеріали круглого столу (Київ, 29 вересня 2020 р.). К.: ІЕПД ім. В.К.Мамутова НАН України, 2020. С. 107-113.
50. Монастирський Г.Л. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. С. 235-247.

51. Монастирський Г.Л. Інституціоналізація публічної служби в органах місцевого самоврядування. Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні : Матеріали VIII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції за міжнародною участю, 29 квітня 2021 р. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2021. С. 108-111.
52. Монастирський Г.Л. Координація управлінської діяльності органів представницької та виконавчої влади в процесі забезпечення сталого розвитку громади. Перспективи розвитку освіти, науки і бізнесу в глобальному середовищі: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції (Тернопіль, 23 жовтня 2020 р.). Тернопіль: ФОП Осадца Ю. В., 2020. С. 64-65.
53. Монастирський Г.Л. Соціально-економічний розвиток регіону: сучасні реалії та перспективи: монографія / За ред. Н.І. Пилипів, В.В. Стефініна. – Івано-Франківськ: Видавець МПП «ТАЛЯ», 2017. С. 300-370.
54. Монастирський Г.Л. Стратегії розвитку територій: ієрархічний підхід. Вектори інноваційного розвитку освіти, науки і бізнесу в умовах глобальних змін: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції [Тернопіль, 25 травня 2021 р.]. Тернопіль: ФОП Осадца Ю. В., 2021. С. 59-60.
55. Монастирський Г.Л. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: “Крок”, 2019. 368 с.
<http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/37776/1/Teoriia%20orhanizatsii%202019.pdf>
56. Монастирський Г.Л. Трансформація системи менеджменту органів місцевого самоврядування в умовах децентралізації: функціонально-адміністративний зріз. Сучасний менеджмент: тенденції, проблеми та перспективи розвитку: VII Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених і студентів: тези доповідей, Дніпро, 14 квітня 2021 р. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля. С. 279-281.

57. Монастирський Г.Л., Борисова Т.М. Соціально-економічні передумови та перспективи розвитку ринку послуг міського громадського транспорту Тернополя. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. Том 28. № 1. С. 23-29.
58. Монастирський Г.Л., Римар Г.А. Співробітництво територіальних громад в умовах децентралізації. Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ: збірник тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції з дистанційною участю, Том I, 11 листопада 2020 р. Херсон: ДВНЗ «ХДАУ», 2020. С. 114-117.
59. Монастирський Г.Л., Савчук Д.М. Модернізаційний підхід до управління економічним розвитком громад. Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. Серія «Економіка та менеджмент». 2018. № 15. С. 38-46.
60. Монастирський Г.Л., Турчин Л.Я. Media Marketing як інструмент просування підприємств-надавачів транспортних послуг. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр ТНЕУ «Економічна думка», 2018. – Том 28. – № 1.. – С. 258-264.
61. Музиченко А. С., Бержанір А. Л. Державно-приватне партнерство як інститут взаємодії влади та бізнесу. Економічний простір: зб. наук. праць. Дніпро: Вид-во ПДАБА, 2013. №. 75. С. 100-116
62. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація» : Указ Президента України станом на 09.02.2016. № 42/2016 / Офіц. інтернет-представництво. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/> (дата звернення: 14.02.2021).
63. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки / Міністерство охорони здоров'я України. URL: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення: 13.02.2021).

64. Немченко А. С., Косяченко К. Л., Немченко О. А. Ціноутворення на лікарські засоби: монографія. Харків : Вид-во «ФОП Вировець АП», 2012. 230 с.
65. Нижник Н. Р., Машков О. А. Системний підхід в організації державного управління. Київ: Вид-во УАДУ, 1998. 160 с.
66. Оболенський О. Ю., Королюк Ю. Г. Механізми державного управління. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 10. С. 79-84.
67. Павлюк А. П., Ляпін Д. В. Державно-приватне партнерство як механізм активізації інвестиційної діяльності в Україні. Стратегічні пріоритети. 2012. №3 (24). С. 38-45.
68. Павлюк К. С. Сутність і роль державно-приватного партнерства в соціально-економічному розвитку держави: наук. праця. Київ : КНТУ, 2010. С. 71-80.
69. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. ... канд. екон. наук: 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.
70. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017. № 2168-19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 03.03.2021).
71. Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020» : Указ Президента України №5/2015. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/18688.html> (дата звернення: 15.01.2021).
72. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249618799/> (дата звернення: 02.03.2021).
73. Саати Т., Керне. М. Аналитическое планирование. Организация систем: пер. с англ. Москва: Радио и связь, 1991. 224 с.
74. Спільний зі Світовим Банком проект МОЗ України : Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей. URL: <http://wb.moz.gov.ua> (дата звернення: 23.02.2021).

75. Статистичний бюлетень «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України». URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_nroz_bl.htm (дата звернення: 17.02.2021).
76. Сурмін Ю. П. Методологія галузі науки: Державне управління: монографія. Київ : НАДУ, 2012. С. 301-320.
77. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. Правовий вісник Української академії банківської справи. 2012. № 1 (6). С.59-63.
78. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони № 984_011 від 30.11.2015. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 19.02.2021).
79. Фещенко Н. М. Галузь охорони здоров'я: проблеми та перспективи фінансового забезпечення. Держава та регіони. 2010. № 3. URL: http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2559/1/Derzhava%20ta%20regioni_2010_6_155-161.pdf (дата звернення: 12.02.2021).
80. Цветков В. В. Державне управління: основні фактори ефективності (політико-правовий аспект). Харків: Право, 1996. 164 с.
81. Шкільняк М., Васіна А., Монастирський Г., Августин Р., Дудкіна О. Управління комунальною власністю об'єднаних територіальних громад в умовах нових викликів реформування місцевого самоврядування. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. № 4. С. 210-215.
<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/41037/1/%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B5%20%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf>
82. Шкільняк М., Мельник А., Монастирський Г., Васіна А., Дудкіна О. Удосконалення механізмів публічного управління та адміністрування в

контексті реалізації потенціалу децентралізації. Вісник економіки. 2021. № 2. С. 193-199. URL:

<http://visnykj.wunu.edu.ua/index.php/visnykj/article/download/1249/1352>

83. Шутов М. М., Вовк С. М. Место маркетинговых исследований в управлении системой здравоохранения Украина. Здоров'я нації. 2012. № 3 (23). С. 229-232.
84. Borysova T.M., Monastyrskyi G.L. Classification of social effects of sustainable development of public transport entities. Heritage of European science: engineering and technology, informatics, security, transport, architecture. Monographic series «European Science». Book 2. Part 3. Karlsruhe: SWorld-NetAkhatAV 2020. Pp. 137-143.
85. Borysova, T., Monastyrskyi, G. (2018). Marketing innovation activity of urban public transport: results of the empirical study. Marketing and Management of Innovations, 3, 229-240. <http://doi.org/10.21272/mmi.2018.3-20>
86. Borysova, T., Monastyrskyi, G., Borysiak, O., & Protsyshyn, Yu. (2021). Priorities of Marketing, Competitiveness, and Innovative Development of Transport Service Providers under Sustainable Urban Development. Marketing and Management of Innovations, 3, 78-89. <http://doi.org/10.21272/mmi.2021.3-07>
87. Borysova, T., Monastyrskyi, G., Zielinska, A. & Barczak, M. (2019). Innovation Activity Development of Urban Public Transport Service Providers: Multifactor Economic and Mathematical Model. Marketing and Management of Innovations, 4, 98-109. <http://doi.org/10.21272/mmi.2019.4-08>
88. Briner M. et al. Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. BMC health services research. 2010. V.10, № 1. P. 337-345.
89. Forming of the marketing mechanism of sustainable urban transport development on the principles of ecological logistics: Monograph. / [Sc. ed. by T.M. Borisova, G. L. Monastyrskiy]; lit. ed. by Lutsiv R.S.- Ternopil: Aston, 2018. - 139 p.

90. GfK Ukraine: Home: веб-сайт. URL: <https://www.google.com.ua/url?sa=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCzYWI9ObYAhVIb1AKH> (дата звернення: 17.02. 2021).
91. Health Action International : Statement to 109th WHO Executive Board meeting, 2002. URL: <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/EB109statement.html> (дата звернення: 17.02.2021).
92. Ivanechko N., Borysova T., Monastyrskyi G. Research of customer buying behavior on the Ukrainian electromobile market. Financial and credit activity: problems of theory and practice. Vol. 4 No. 35 (2020). 507-513. <https://doi.org/10.18371/fcaptp.v4i35.222527>
93. Ksonzhyk, I., Taran, Y., Monastyrskyi, G., Vasina, A., Sytnytska, O., & Belei, S. (2021). Implementation of the principles of sustainable development of territorial communities: Decision making. Journal of management Information and Decision Sciences. 24(3), 1-12. <https://www.abacademies.org/abstract/implementation-of-the-principles-of-sustainable-development-of-territorial-communities-decision-making-10271.html>
94. Monastyrskyi G., Borysova T., Barczak M. Organizational aspects of sustainable development in urban public transport enterprises. Public administration in the digital economy: monograph. Tallinn: Scientific Center of Innovative Researches OÜ, 2020. Pp. 49-61.
95. Monastyrskyi G., Shishko Z. The Municipal Dimension of Public Governance During the COVID-19 Pandemic: Challenges and Mechanisms to Overcome It. 8th International scientific-practical conference on public administration changes public sector activities in the context of the pandemic: challenges and trends: Abstracts (Vilnius, Lithuania, 26 of May, 2021). Vilnius, 2021. P 29-30.
96. Novikova, M., Kozyrieva, O., Novikov, D., Monastyrskyi, G., Mazur, A. Innovative Approaches to Economic Development of the Regions of Ukraine. Vision 2025: Education Excellence and Management of Innovations through Sustainable Economic Competitive Advantage. 2019. 9791-9803. publons.com/p/35502729/

97. Perlin G. International Assistance to Democratic Development: Some Considerations for Canadian Policy Makers. Background Paper for research meeting on “Good governance and aid effectiveness”. Ottawa, 2005. URL: www.globaleconomicgovernance.org/docs/Perlin%20Implications%20for%20Canada.pdf (дата звернення: 12.02.2021).
98. Protsyshyn Y., Monastyrskyi G. Ecologies in the transport industry of Ukraine. Theoretical and practical foundations of social process management. Abstracts of XXIII International Scientific and Practical Conference (June 28-29, 2020). San Francisco, USA 2020. P. 88-89.
99. Public Administration in Transition: Theory - Practice - Methodology / Gunnar Gjelstrup, editor; Eva Sorenson, author. NY: Djoef Publishing, 2007. 366 p.
100. Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: Health system review. Health Systems in Transition, 2011. 13 (5):1. 266 p.
101. The world bank. URL: <http://www.worldbank.org/uk/country/ukraine> (дата звернення: 17.02. 2021).
102. Trubavina, I., Petryshyn, L., Cwer, A.M., Polacko, J., Monastyrskyi, G., Kultchycky, V., Mirshuk, O., & Medvid, Y. Content Substantiation Of The Regional Advanced Training Educational Program “Kaizen Technology”. Second International Conference on History, Theory and Methodology of Learning (ICHTML 2021). <https://doi.org/10.1051/shsconf/202110401006>