ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД»
МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ
Навчально-науковий інститут управління, економіки та бізнесу
Кафедра публічного адміністрування

«Допущено до захисту»
Завідувач кафедри
_____
І.А. Семенець-Орлова
«____»_____2025 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«ВПЛИВ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ НА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ»

Виконав: студент групи
Е-9-23-М1ПУА(1.6ддс)
спеціальності 281 "Публічне управління та адміністрування"
Данилюк Володимир Володимирович
Керівник: к.держ.упр. доцент, Капеліста І.М.

Київ 2025

АНОТАЦІЯ

Данилюк Володимир Володимирович. “Вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України”.

Дипломна робота на здобуття рівня вищої освіти “*магістр*” *із спеціальності* “*Публічне управління та адміністрування*” - *Міжрегіональна Академія управління персоналом – Київ. 2025*

У дипломній роботі визначено теоретичні та законодавчі основи децентралізації системи охорони здоров’я. Проаналізовано вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України. Розкрито проблеми та перспективи розвитку системи охорони здоров’я в умовах децентралізації.

Ключові слова: публічне управління, система охорони здоров’я, медичні послуги, місцевий рівень, децентралізація.

SUMMARY

Danylyuk Volodymyr. "The Impact of Decentralization on the Development of the Healthcare System in the Regions of Ukraine".

Thesis for obtaining the level of higher education "Master" in "Public Administration" - Interregional Academy of Personnel Management - Kyiv. 2025

The thesis defines the theoretical and legislative foundations for the decentralization of the healthcare system. It analyzes the impact of decentralization on the development of the healthcare system in the regions of Ukraine. Furthermore, it outlines the problems and prospects for the development of the healthcare system under decentralization.

Key words: public management, healthcare system, medical services, local level, decentralization.

ЗМІСТ

ВСТУП 4

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ЗАКОНОДАВЧІ ОСНОВИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 8

1.1. Теоретичні та законодавчі аспекти системи охорони здоров'я в Україні 8

1.2. Міжнароднийі досвід публічногоі управління наданняі медичних послугі. 14

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ НА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ 18

2.1. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні 18

2.2. Децентралізаціяі управління системоюі охорони здоров'яі на місцевомуі рівні 25

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ 36

3.1. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я умовах децентралізації 36

3.i2. Впливі воєнного стануі на системуі охорони здоров'яі в умовахі децентралізації 47

ВИСНОВКИ 51

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 58

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Система охорони здоров'я є одним із ключових елементів соціально-економічного розвитку будь-якої держави. Вона безпосередньо впливає на якість життя населення, рівень його здоров'я та продуктивність. У сучасних умовах, коли Україна реалізує масштабні реформи децентралізації, питання ефективного управління медичною галуззю на регіональному рівні набуває особливої ваги. Децентралізація, яка передбачає передачу повноважень і ресурсів на місцевий рівень, має потенціал для покращення доступності та якості медичних послуг, але водночас створює нові виклики, пов'язані з управлінням, фінансуванням та координацією.

Необхідність аналізу впливу децентралізаційних процесів на розвиток системи охорони здоров'я в регіонах України піднімає актуальність теми дослідження. З 2014 року в країні активно впроваджуються реформи, спрямовані на підвищення ефективності місцевого самоврядування, зокрема в медичній галузі. Однак наслідки цих змін потребують наукового осмислення, оскільки вони мають як позитивні, так і негативні аспекти. Крім того, у умовах повномасштабної війни, яка почалася в 2022 році, система охорони здоров'я зіткнулася з новими викликами, такими як масові переміщення населення, руйнування інфраструктури та зростання потреб у медичних послугах. Це робить дослідження впливу децентралізації ще більш актуальним.

Ступінь висвітлення у літературі. Сучасна система публічного управління в Україна впродовж останніх п'яти-шести років перебуває у фазі активного реформування. Біль-шість галузей державного управління супроводжуються додатковими внутрішніми реформами. Такий стан постійних змін, нововведень вимагає від керівництва в публічній службі та в органах місцевого самоврядування чималої уваги та здібностей. Сьогодні, крім складностей реформувань, українське суспільство перебуває в умовах повномасштабної війни, а це важ-чий виклик для управлінців на різних рівнях публічного управління. Сучасні умови вимагають від управлінців не

просто м’яких нави-чок з розв’язання проблем, а з пошуку виходу з майже безвихідних ситуацій та подолання кризових ситуацій. Реформаційні впровадження в контексті децентралізації, які реалізовано останнім часом в Україні мають певні позитивні та негативні наслідки. Галузь охорони здоров’я на даний час перебуває у складніших умовах ніж багато інших галу-зей, оскільки по-перше, на неї впливає реформа адміністративно-територіального устрою, по-друге, пандемія COVID-19 мала негатив-ний вплив на функціонування галузі, по-третє, медична реформа різних ланок медично допомоги передбачає значні зміни в організації роботи. Тому актуальним завданням для науковців є постійний систематичний моніторинг змін у процесі здійснення реформувань та аналізу проміжних результатів реформи.

Теоретичні та практичні аспекти фінансового забезпечення охорони здоров’я висвітлені у наукових працях вітчизняних і зарубіжних учених: Р. Бачо, Я. Буздуган, С. Гончарука, В. Дем’янишина, Д. Долбнєвої, Н. Карпишин, М. Литвиненко, Є. Малік, А. Мокрицької, С. Онишко, Г. Рожкова, М. Савельєвої, Ю. Шевчук та інших.

Теоретичні проблеми дослідження засобів регулюючого впливу держави на діяльність у сфері охорони здоров’я привертають увагу багатьох науковців. Їх досліджували, зокрема А.О. Гаркуша, З.С. Гладун, Е.А. Греков, Р.А. Майданик, А.О. Олефір, І.Я. Сенюта, С.Г. Стеценко.

У наукові літературі здебільшого науковці акцентують увагу на теоретичних засадах, мето-дах, механізмах реалізації медичної реформи, зокрема у наукових працях: М. Дмитришина, Р. Дмитришина, В. Якубів, А.Загороднюка, З. Гладуна , В. Ровенської, Є. Саржевської, Л. Потравки Водночас питання, що пов’язані з дослідженням проміж-них результатів реформаційних змін висвітлені не достатньо

Незважаючи на велику кількість наукових напрацювань в даній царині, низка питань теоретичного плану щодо вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України потребує подальшого дослідження.

Це актуалізує тему дипломної роботи “Вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України”.

Метою роботи є дослідження впливу децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України, визначення ключових механізмів, переваг та викликів, пов’язаних із передачею повноважень на місцевий рівень.

Досягнення визначеної мети зумовило необхідність вирішення наступних задач, як:

1. Проаналізувати теоретичні засади децентралізації в системі охорони здоров’я.

2. Дослідити вплив децентралізації на управління, фінансування та надання медичних послуг у регіонах України.

3. Виявити основні проблеми та виклики, пов’язані з децентралізацією в охороні здоров’я.

4. Запропонувати рекомендації щодо вдосконалення системи охорони здоров’я в умовах децентралізації.

Об’єктом дослідження є процес децентралізації в системі охорони здоров’я України.

Предмет дослідження — вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров’я в регіонах України.

Інформаційну основу дослідження складають як наукові праці у галузях публічного управління, охорони здоров’я , такі як: збірки наукових праць, підручники, монографії, тощо, так і законодавча база, зокрема: Конституція України, Закон України Про страхування, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я, Розпорядженням Кабінету Міністрів України , аціональна стратегія реформування сисеми охорони здоров’я в Україні на період 2015–2020 років:, тощо.

Автором під час виконання роботи використані такі методи наукового дослідження: аналітичні технологічного і логічного підходу, гіпотетикодедуктивного підходу, гносеологічного, індуктивного способу дослідження, використовуватиметься системний багато інституціональний

підхід до опрацювання наукового і практичного матеріалу. Інформаційну основу дослідження складають пережавжно наукові праці, такі як збірки наукових праць, підручники, монографії, тощо, так і законодавча база.

Практичне значення отриманих результатів. Матеріали дипломної роботи сприятимуть подальшим дослідженням впливу децентралізації на розвиток системи охорони здоров'я в регіонах України. Практична значимість роботи полягає в тому, що її результати можуть бути використані органами влади для вдосконалення механізмів управління та фінансування медичної галузі на місцевому рівні. Рекомендації, запропоновані в роботі, спрямовані на підвищення ефективності системи охорони здоров'я в регіонах України і у навчальному процесі здобувачів вищої освіти ї.

Структура роботи складається зі вступу, тьорох самостійних розділів, які в свою чергу поділяються на підрозділи, одного узагальнюючого висновку, переліку інформаційних джерел.

Структура роботи включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел. У першому розділі розглядаються теоретичні засади децентралізації в системі охорони здоров'я. Другий розділ присвячений аналізу впливу децентралізації на розвиток медичної галузі в регіонах України. У третьому розділі визначаються основні проблеми та пропонуються рекомендації щодо вдосконалення системи охорони здоров'я в умовах децентралізації.

Загальний обсяг роботи становить 64 сторінок комп`ютерного тексту, включаючи текст роботи, перелік інформаційних джерел..

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ЗАКОНОДАВЧІ ОСНОВИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні та законодавчі аспекти системи охорони здоров'я в Україні

Система охорони здоров'я – одна із важливих соціальних систем, яка потребує державного регулювання. [34, с. 18]. Як й будь-яка соціальна система, що регулюється державою, вона має основний механізм цього регулювання: державну політику.

Система державного управління, яка сформована у сфері охорони здоров'я, має риси як універсальної системи державного управління, так і характеризується специфічними рисами публічного управління об'єктами медичної інфраструктури [31].

Об'єктами державного управління у цій сфері є різноманітні види і типи закладів охорони здоров'я: лікарні, поліклініки, диспансери, аптеки, санаторії та ін. Суб'єктами державного управління є Президент України, центральні і місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я обласних, Київської міської державної адміністрації, головні лікарі центральних районних лікарень, управління охорони здоров'я міських рад, адміністрація закладів охорони здоров'я.

Суб'єкти публічного управління використовують різноманітні методи в залежності від форми власності медичних закладів: акредитація медичних закладів, оперативне управління, ліцензування медичної діяльності та контроль за дотриманням ліцензійних умов і чинного законодавства в медичній галузі [31].

Медичною галуззю визначають усю сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони

здоров'я України та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони, Міністерства внутрішніх справ, Міністерства транспорту, Служби безпеки України та ін.) До системи охорони здоров'я входять медичні заклади державної форми власності, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України, медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, медичні заклади приватної і колективної форм власності. Таким чином, говорячи про «медичну галузь», розуміють певну сукупність закладів охорони здоров'я конкретної країни

Органи державної влади й органи місцевого самоврядування, що здійснюють реалізують державної політики щодо розвитку сфери охорони здоров'я, можна поділити на органи загальної компетенції й органи спеціальної компетенції:

– органи загальної компетенції: Верховна Рада України (його профільний комітет та Уповноважений Верховної Ради України з прав людини), Президент України, Кабінет Міністрів України, районні та обласні ради, Київська міські ради, місцеві державні адміністрації, сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, судові органи тощо, професійні самоврядні організації, Рада громадського контролю, орган контролю якості надання медичної допомоги, орган медичного самоврядування [31];

– органи спеціальної (галузевої) господарської компетенції: МОЗ, НСЗУ, інші ЦОВВ, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я (МЗС, МВС, СБУ, Міністерство оборони України, Державна прикордонна служба України, Міністерство транспорту України), Держлікінспекція, департаменти (управління, відділи) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міської державної адміністрації Києва, управління (відділи) охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад.

Класифікація суб'єктів публічного управління охороною здоров'я на регіональному рівні:

1. *суб'єкти публічного управління обласного рівня:*

– суб'єкти міжгалузевої компетенції (обласна рада, обласна державна

адміністрація);

– суб'єкти галузевої компетенції (департамент, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласна лікарня);

2. *суб'єкти публічного управління районного рівня:*

– суб'єкти міжгалузевої компетенції (районна рада, районна державна адміністрація, сільські, селищні, міські ради на території району);

– суб'єкти галузевої компетенції (управління, відділи, сектори охорони здоров'я районної державної адміністрації, районна лікарня, центр первинної медико-санітарної допомоги).

Пріоритетними функціями Верховної Ради України парламенту в сфері охорони здоров'я є законотворча та установча, оскільки цей державний орган займається розробкою нормативних актів у сфері охорони здоров'я, визначенням стандартів і регуляторів у сфері охорони здоров'я, формуванням державних органів, необхідних для підтримання охорони здоров'я у державі, їх фінансуванням, цим самим формуючи державну політику в сфері охорони здоров'я та забезпечуючи її реалізацію через надані контрольні функції. Протягом останніх років в Україні прийнято понад 1200 чинних нормативно-правових актів різного правового статусу, які як додатки включають більше 1000 інструкцій, положень, методичних документів тощо, які регламентують всі види професійної діяльності галузі. В Україні на один законодавчий акт (закон) у сфері охорони здоров'я в середньому припадає приблизно 200 підзаконних галузевих нормативно-правових актів. У зв'язку із цим кількість законів прямої дії, тобто таких, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я є замалою. Звідси випливає, що законодавство в медичній галузі наразі розпорошене і не містить чіткої цілісної структури, а важливі й значущі питання галузі досить часто врегульовані тільки підзаконними нормативно-правовими актами. Це свідчить про те, що законопроектам з питань охорони здоров'я не приділяється належна увага, відсутня чітка позиція реформування галузі та наявні векторно протилежні погляди законодавців на проблеми у сфері охорони

здоров'я. Особливе ключове значення у виробленні політики в медичній галузі належить Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування, що діє в структурі Верховної Ради України.

Повноваження Кабінету Міністрів України у сфері охорони здоров'я: розробка проектів законів і державних програм в цій сфері; забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; забезпечення матеріально-технічним ресурсами діяльності у цій сфері [13]. Кабінет Міністрів України організовує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди й координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [19].

1. МОЗ є головним органом у системі ЦОВВ, що забезпечує формування та реалізує державну політику щодо розвитку сфери охорони здоров'я, а також захисту населення від соціально небезпечних захворювань, попередження та профілактики неінфекційних захворювань [27]. У складі МОЗ діє Департамент кадрової політики і запобігання корупції МОЗ. Основні завдання департаменту: організація та реалізація державної політики в галузі вищої освіти і контроль за її втіленням, дотриманням нормативно-правових актів у сфері державної служби, вищої освіти, з питань якості підготовки, розстановки та використання медичних кадрів, добору і просування по службі за діловими якостями й професійною компетенцією керівних кадрів, підготовки, перепідготовки та післядипломної освіти медичних і фармацевтичних працівників сфери охорони здоров'я, планування, проведення НДР, і впровадження в практику їх результатів, забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері підготовки дійового кадрового резерву й боротьби з корупцією та організованою злочинністю в сфері охорони здоров'я [23].

На НСЗУ покладені такі завдання: реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг і лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд МОЗ пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [6].

Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками (далі – Держлікслужба) як ЦОВВ реалізує державну політику у сферах контролю якості і безпеки лікарських засобів, у т.ч. медичних імунобіологічних препаратів, медичної техніки і виробів медичного призначення, та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Основними завданнями Держлікслужби є: реалізація державної політики у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичних виробів та обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також внесення МОЗ пропозицій щодо формування державної політики у зазначених сферах; ліцензування господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів), оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; технічне регулювання у визначених сферах; здійснення державного регулювання і контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і протидії їх незаконному обігу [36].

Органи місцевого самоврядування відіграють особливу роль в забезпеченні реалізації права на охорону здоров'я на місцевому рівні, оскільки є найбільш наближеними до населення, що проживає на певній території – області, району, міста, селища, села, і, відповідно, повинні бути найбільш відповідальними за здоров'я територіальної громади і якісне надання медичних послуг. Місцеве самоврядування здійснюється

територіальними громадами сіл, селищ, міст як безпосередньо, так і через сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи, а також через районні та обласні ради, які представляють спільні інтереси територіальних громад сіл, селищ, міст.

Власні повноваження в сфері охорони здоров'я є наступними: організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту,

оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі асоціацій, інших громадських і неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення Під делегованими повноваженнями слід розуміти повноваження органів виконавчої влади, надані органам місцевого самоврядування законом, а також повноваження органів місцевого самоврядування, які передаються відповідним місцевим державним адміністраціям за рішенням районних, обласних рад. До них законодавчо віднесені: забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я. Відповідно до Бюджетного Кодексу, делегування повноважень повинно відбуватись разом з фінансовими надходженнями від податків, зборів й інших обов'язкових платежів до відповідних бюджетів. Причиною

впровадження механізму делегування повноважень є те, що воно має наслідком реалізацію повноважень більш обізнаними та компетентними суб'єктами, які здатні використовувати ширші інформаційні, людські та часові ресурси.

Підсумовуючи, слід зазначити, наразі чинне законодавство нашої держави у сфері охорони здоров'я базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів, що регулюють важливі суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я характеризується: розрізненістю, суперечністю (наявність значної кількості колізійних норм права), дублюванням, нечіткістю нормативних положень, що допускає можливість їх подвійного та неоднорідного тлумачення та ін. При цьому деякі відносини у сфері охорони здоров'я (наприклад, медичний туризм, окремі аспекти використання репродуктивних технологій тощо) досі неврегульовані на законодавчому рівні, що негативно позначається на повноцінній реалізації прав населення країни на охорону і збереження здоров'я.

1. 2. Міжнародний досвід публічного управління надання медичних послуг

На шляху до євроінтеграції Україна прагне переймати позитивний досвід розвинених країн. Це стосується усіх сфер функціонування народногосподарського комплексу, в тому числі і медичної галузі. Запозичення кращих надбань щодо надання якісних медичних послуг дасть можливість покращити обслуговування пацієнтів, що є особливо актуальним в умовах дії воєнного стану в Україні. З цією метою необхідно на рівні держави спрямувати зусилля на застосування інструментів, методів та підходів публічного управління, покликаних скерувати медичну галузь на якісно новий шлях її розвитку. І саме впровадження кращих надбань

наукового, технологічного та прикладного харак-теру, які практикуються на міжнародному рівні, сприятиме адаптації вітчизняної медичної галузі та процесів надання медичних послуг до реалій сьогодення та допоможе вийти з кризи, зумовленої повномасштабним вторгненням росії на територію України. Тому вивчення кращих надбань медичної сфери та особливостей надання медичних послуг у напрямі задоволення основних потреб населення є ключовим завданням публічного управління. Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Проблематика функціонування медичної сфери та надання медичних послуг, зокрема, в розвинених країнах піднімається у працях багатьох науков-ців. Варто згадати таких вчених як Бойко О. [31], Криничко Л. [45], Музика-Стефанчук О. [53], Філіпова Н. [75], Хижинська Г. [1], Шелєміна Н. [78] та багато інших. У своїх публікаціях дослідники вивчають загальні характеристики публічних адміністра-тивних послуг у сфері охорони здоров'я, роз-глядають зарубіжний досвід державного регу-лювання ринку приватних медичних закладів та досвід європейських країн у фінансуванні охо-рони здоров'я, досліджують можливості апро-бації зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні.

Разом з тим, сучасні реалії ставлять щораз нові виклики перед вітчизняною галуззю охорони здоров'я та сферою надання медичних послуг населенню, що потребує постій-них глибоких наукових досліджень, спрямованих на пошук шляхів покращення публічного управління у зазначеній сфері та обґрунтування можливостей запозичення кращих здобутків розвинених країн у медицині.

Міжнарод-ний досвід свідчить про наявність значної різноманітності у підходах до організації надання медичних послуг у тій чи іншій країні та до їх фінансування. Так, у Європі в середньому частка державних видатків на охорону здоров'я складає 72, 9%. Найвища питома вага державних витрат на охорону здоров'я спостерігається в

таких країнах як Монако, Норвегія, Велика Британія, Люксембург, Швеція, Чехія, Румунія, Хорватія та Естонія (88, 5%; 85 %; 84%; 83, 5%; 81, 3%; 84 %; 80,3 %; 80,1 % та 78, 7% відповідно). Такий підхід дає можливість стимулювати зростання медичних послуг для населення. Разом з тим, часто пацієнт не має можливості сам вибирати медичний заклад чи лікаря, тому що все вирішується в централізо-ваному порядку, а також сама медична система має схильність до монополізму стосовно надання медичних послуг [49].

Загалом, у світі функціонує три основні моделі системи охорони здоров'я:

−приватна модель (найбільш повно представлена у США);

−страхова модель (здебільшого представлена у європейських країнах, зокрема, у Швейцарії, Бельгії, Австрії та Франції, а також у Японії та у деяких країнах Латинської Америки);

−державна модель (найповніше представлена у Великобританії).

Приватна модель охорони здоров'я характеризується наданням медичних послуг за рахунок власних коштів громадян та приватного страхування, при цьому ринок відіграє ключову роль у задоволенні попиту на медичні послуги, а єдина національна система медичного страхування від-сутня. У цій моделі фінанси зосереджені у приват-них комерційних страхових компаніях (страхових фондах) і при потребі використовуються медичними установами.

Загалом, за рахунок приватних коштів фінансується більш ніж 50% видатків на медичну сферу. Публічне управління надання медичних послуг здійснюється в децентралізованому порядку, а дер-жава задовольняє ринок і надає медичні послуги лише соціально незахищеним верствам населення (пенсіонерам, малозабезпеченим, безробітним). Усі інші категорії населення отримують медичні послуги відповідно до процедур приватного стра-хування. Держава захищає діяльність страхових компаній та контролює допуск та

доступ медичних технологій на ринок [1].Страхова модель, яку ще називають моделлю Бісмарка, спрямована на регулювання страху-вання здоров’я і поєднує в собі систему держав

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВПЛИВУ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ НА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

2.1. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні

Велике значення такого блага, як здоров'я, зумовлює необхідність його охорони. Забезпечення громадян держави високоякісною медичною допомогою достатнього обсягу залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму й кваліфікації медичних працівників.

До обов'язкових умов медичного обслуговування відповідної якості належить фінансове забезпечення – пріоритетний чинник, що впливає на розвиток охорони здоров'я й соціальноекономічну результативність сфери.

Складна економічна й політична ситуація в Україні зумовила недостатнє бюджетне фінансування охорони здоров'я останніми роками.

Причинами низького рівня фінансового забезпечення медичної сфери є недостатність бюджетних коштів, нераціональне їх використання, недосконаліть наявних бюджетних і небюджетних механізмів управління.

Проаналізуємо стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні в 2013-2017 р..

Вроках видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я збільшилися на 66, 30%, що має більше номінальний характер, який пояснюється темпами інфляції, а не реальним зростанням видатків, оскільки у відсотковому відношенні до ВВП та загальних видатків зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я не демонстрували зростаючої тенденції (рис. 1). Навпаки, спостерігалося скорочення частки видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я щодо як обсягу ВВП (з 4, 20% у 2013 році до 3, 43% у 2017 році), так і обсягу загальних видатків зведеного бюджету (з 12,17 % у 2013 році до 9,69 % у 2017 році). Водночас Всесвітньою організацією

охорони здоров'я та Європейським союзом рекомендовано бюджетне забезпечення охорони здоров'я на рівні не менше 7% ВВП.

У 2013 –2017 роках видатки державного бюджету на охорону здоров'я збільшилися у 9,61 раза, тоді як видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я зросли тільки у 1,76 раза. Так, значне збільшення видатків державного бюджету на охорону здоров'я у 2017 році зумовлено спрямуванням значного обсягу бюджетних коштів на централізовані закупівлі ліків і медичних виробів через міжнародні організації. Незважаючи на відсутність стрімкої спрямованості до збільшення, у 2013 –2017 роках частка видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 82,32 % і мала тенденцію до зростання пов'язана із тим, що Бюджетним кодексом України за місцевими бюджетами закріплено проведення видатків, що забезпечують населення життєво необхідними суспільними благами та послугами, серед яких чільне місце посідає охорона здоров'я.

Найбільше зростання спостерігалося за видатками на охорону здоров'я, що здійснюються із бюджетів об'єднаних територіальних громад, що зумовлено проведенням реформи фінансової децентралізації в Україні .

Найбільші видатки на охорону здоров'я здійснювалися за рахунок загального фонду зведеного бюджету України Видатки загального фонду зведеногобюджету на охорону здоров'я збільшилися на 57, 09%, тоді як видатки спеціального фонду зведеного бюджету на охорону здоров'я зросли на 158, 01%. Причому частка видатків спеціального фонду у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 13, 06% і мала тенденцію доскорочення, хоча саме видатки спеціального фонду бюджету мають найбільші резерви до зростання. Певна законодавча неврегульованість, а саме відсутність єдиної методики розрахунку вартості медичних послуг, обмежує можливості більш широкого застосування переліку платних послуг, а тому потенційного збільшення обсягу

надходжень спеціального фонду. У зв'язку з чисельними зверненнями місцевих органів виконавчої влади Міністерством охорони здоров'я України розроблено та оприлюднено проект такої методики, проте нині вона ще не затверджена.

Найбільшими темпами зростали капітальні видатки зведеного бюджету України на охорону здоров'я . Так, капітальні видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я збільшилися на 43,46 %. Серед них найбільшими темпами зросли у 2017 році порівняно з 2013 і 2016 роками на 673, 63% і 877,78 % відповідно капітальні трансферти, що пов'язано із тим, що за цим кодом економічної класифікації видатків відображається передача капітальних трансфертів з державного бюджету місцевим бюджетам, з місцевих бюджетів до державного бюджету та міжбюджетних трансфертів між місцевими бюджетами. Зокрема, на охорону здоров'я використано сім субвенцій з державного бюджету, серед яких на капітальні видатки передано субвенцію на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості (4,0 млрд грн), субвенцію на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (1, 5 млрд грн) і субвенцію на придбання ангіографічного обладнання (134, 5 млн грн).

Поточні видатки зведеного бюджету на охорону здоров'я збільшилися на 34,89 %, що зумовлено зростанням мінімальної заробітної плати та посадових окладів медичних працівників, а також подорожчанням товарів і послуг у зв'язку з розгортанням інфляційних процесів у державі.

Частка поточних видатків у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 92, 55% і мала тенденцію до скорочення. Відбувалося поступове зростання питомої ваги капітальних видатків у структурі видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я з 6,30 % у 2013 році до 9,00 % у 2017 році, що вказує на покращення

технічного оснащення медичних закладів у результаті реалізації різних інвестиційних проектів.

У структурі видатків зведеного бюджету України на охорону здоров'я значно переважали видатки налікарні та санаторно-курортні заклади. Зокрема, частка видатків на лікарні та санаторно-курортні заклади у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 63,45 %. Питома вага видатків на поліклініки та амбулаторії, швидку та невідкладну допомогу у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому дорівнювала 21,24 %. Значною була і частка видатків на іншу діяльність у сфері охорони здоров'я, яка у загальних видатках зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому становила 13,14 %. Частка інших видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я в середньому варіювала в межах 2 %.

Незважаючи на зростання видатків державного та місцевих бюджетів на охорону здоров'я, бюджетне фінансування медичної сфери не задовольняє реальні потреби населення. В умовах гострої нестачі бюджетних коштів дедалі більша частка амбулаторної та стаціонарної допомоги стає платною. Практика засвідчує, що найбільших успіхів у вирішенні проблеми зміцнення здоров'я громадян дося гли ті країни, які запровадили в системі охорони здоров'я механізм медичного страхування.

Вітчизняна система охорони здоров'я нині знаходиться на стадії реформування: добровільне медичне страхування поступово набирає популярності, а обов'язкове – незважаючи на численні законопроекти – дотепер відсутнє.

Мета добровільного медичного страхування (ДМС) полягає в організації й фінансовому забезпеченні наданих застрахованим особам медичних послуг (допомоги) відповідного обсягу та якості, зумовлених програмами такого страхування. Виконання головної функції ДМС (охорона здоров'я населення) передбачає матеріальне відшкодування вартості

лікування, профілактики, розвитку інфраструктури галузі відповідно до світових стандартів. В Україні ДМС здійснюється згідно із Законом України «Про страхування» у вигляді безперервного страхування здоров'я, страхування здоров'я на випадок хвороби та страхування медичних витрат [6].

У 2013 –2017 роках кількість страхових компаній в Україні, що займаються добровільним медичним страхуванням, зменшилася з 60 до 33, або на 46, 77%. Така ситуація зумовлена тим, що населення не має можливості приймати участь у ДМС, оскільки рівень життя наших громадян є досить низьким, що не дозволяє сплачувати страхові премії в необхідному розмірі. Скоротилася також і частка страхових компаній, що займаються ДМС, у загальній кількості страхових компаній: з 15,23 % у 2013 році до 11,22 % у 2017 році. Кількість укладених договорів ДМС в Україні не мала стійкої тенденції до збільшення/зменшення. Позитивна тенденція до збільшення кількості укладених договорів ДМС у 2015 –2017 роках свідчить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування в умовах недостатнього бюджетного фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Частка укладених договорів з безперервного страхування здоров'я у загальній кількості укладених договорів ДМС скоротилася з 22, 57% у 2013 році до 14, 87% у 2017 році та в середньому дорівнювала 21,38 %. Такий вид ДМС передбачає обов'язок страховика за встановлену договором страхування плату здійснити страхову виплату в розмірі страхової суми або її частини шляхом: оплати вартості медичної допомоги, яка була надана застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких вона звернулася під час дії договору; відшкодування понесених застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медичної допомоги.У 2013–2017 роках діяльність страхових компаній України у сфері ДМС була низькоприбутковою, адже рівень страхових виплат за ДМС, що характеризує

суму страхових виплат, що припадає на одиницю отриманих страхових премій, зменшився з 56,34 % у 2013 році до 50,37 % у 2017 році та в середньому становив 54, 07% .

Значення показника вийшло за межі оптимальності (5 –50%) і характеризує низьку прибутковість добровільного медичного страхування. Рівень страхових виплат за безперервним страхуванням здоров'я зменшився з 72, 38% у 2013 році до 62, 52% у 2017 році та в середньому становив 66,31 %. Рівень страхових виплат зі страхування медичних витрат зріс з 31, 34% у 2013 році до 31, 37% у 2017 році та в середньому становив 33,10 %. Рівень страхових виплат зі страхування здоров'я на випадок хвороби зменшився з 17, 90% у 2013 році до 8, 25% у 2017 році та в середньому становив 14,97 %.

Серед причин невисокої прибутковості добровільного медичного страхування можна назвати зростання кількості звернень клієнтів за медичною допомогою як наслідок погіршення якості здоров'я та старіння населення, вибагливість клієнтів, недосконаліть служб андерайтингу, використання економічно необґрунтованих тарифів, незадовільну організацію роботи з урегулювання збитків, низьку клієнтоорієнтованість державних лікувальнопрофілактичних установ, завищені витрати на ведення справ, зокрема комісійні винагороди страхових посередників – продавців послуг з ДМС [43, с. 219–220].

Таким чином, в умовах трансформації соціально-економічних і політичних відносин в Україні спостерігається загострення цілої низки проблем в охороні здоров'я, які потребують нових наукових підходів до розв'язання та прийняття принципових рішень на рівні як держави, так і її регіонів. Найважливішими з них є організаційно-економічні проблеми, зокрема [37, с. 47 –48; 8, с. 159]:

1) низька ефективність фінансового забезпечення охорони здоров'я, пов'язана з невідповідністю обсягів коштів, що спрямовуються на фінансове

забезпечення цієї сфери з офіційних джерел, наявним потребам;

2) слабкість організаційно-фінансової підтримки з боку держави, що проявляється в суперечливому податковому законодавстві, значному податковому навантаженні і зарегульованій діяльності страховиків, застарілій системі фінансування лікувальних установ, відсталості їх технологічної та матеріальної бази, відсутності преференцій і податкових пільг для впровадження медичного страхування на підприємствах;

3) нераціональне використання наявних ресурсів і низька доступність населення до якісних медичних послуг;

4) недосконаліть і неузгодженість чинного законодавства (Бюджетний кодекс України, Основи законодавства про охорону здоров'я України, закони про місцеві державні адміністрації, про місцеве самоврядування в частині повноважень органів охорони здоров'я, мережі закладів охорони здоров'я);

5) нестабільність і невідпрацьованість методів фінансового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги;

6) відсутність чіткого розподілу на служби первинної та вторинної медичної допомоги;

7) недосконаліть структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я: існування паралельно з системою охорони здоров'я, що знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я України, низки служб систем міністерств і відомств;

8) відсутність фінансових можливостей і небажання роботодавців страхувати своїх співробітників;

9) низька якість медичних кадрів і неналежна економічна мотивація працівників закладів охорони здоров'я, що зумовлює відсутність зацікавленості у пацієнтах тощо.

Для успішного вирішення вищезазначених проблем в Україні важливо реалізувати низку заходів щодо підвищення ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я:

– вдосконалення законодавства щодо фінансового забезпечення охорони здоров'я;

– посилення ресурсного забезпечення охорони здоров'я;

– заохочення розвитку медичного страхування на добровільних засадах;

– запровадження обов'язкового медичного страхування;

– досягнення прозорого використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;

– встановлення в закладах охорони здоров'я новітнього медичного обладнання та забезпечення їх передовими лікарськими засобами;

– підвищення якості медичних послуг й усунення асиметрії інформації;

– удосконалення оплати праці медичних працівників;

– впровадження інформаційних технологій у медичну практику;

– посилення ролі територіальних громад і трансформація ролі органів державної та місцевої влади у фінансуванні охорони здоров'я.

2. 2. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні

Слід зазначити, що останніми роками було проведено ряд досліджень з питань регіональних проблем охорони здоров'я. Однак більшість досліджень присвячено або вдосконаленню організації охорони здоров'я в Україні, або проблемам розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості. Дослідженням системи організації охорони здоров'я займалися автори Слабкий Г. О., Миронюк В.І., Качала Л. О. , Крівенко Н., Крівентцова Л., Епанешнікова Д. [44], Голден К.Б., Хопкинс Дж., Бел тон А., Батті К., Табор Д.С., Сатчер Д. [73]. В роботах визначені керівні принципи організації охорони здоро в'я, завдання та основні напрямки впровадження.

З метою більш ефективного проведення реформ слід детально

аналізувати успішний досвід реформуван ня системи охорони здоров'я в інших країнах. Дані дос лідження проводили автори Рудий С.А., Гук А. П. [53], Коста К., Фрейтас А., Стефаник І., Крафт Т., Пілот Е., Морісон Дж., Сантана П. [29], Бєлих А., Пилипчук А., Моісеєва А. [47], Марусин О. В., Марків М.М. [63].

Водночас не тільки в мегаполісах, але і в деяких містах з відносно невеликим населенням, історично приміські райони з низькою щільністю населення були створені заклади охорони здоров'я, далеко від центру міста на великі відстані, з власною регіональною мережею. Взагалі, через малу кількість населення перед містя, заклади охорони здоров'я в цих районах мають мало потужностей. Крім того, у приміських лікарнях немає всіх ліжкових профілів, а персонал амбулаторій не включає лікарів за певними спеціальностями. І якщо у сільській системі охорони здоров'я через принцип поетапності відсутність певних видів спеціалізованої допомоги на районному рівні компенсується можливістю отримання такого виду допомоги в регіональних закладах охорони здоров'я, тому в міських системах охорони здоров'я такі можливості взагалі відсутні. У зв'язку з цим наявність медичної допомоги для жителів центральних та приміських мегаполісів значно від різняється. Для вирішення цієї проблеми потрібні нові рішення, засновані на принципах системного та ситуаційного підходу. Існують також проблеми у фінансуванні охорони здоров'я на місцевому рівні. Так, Глухова В. І.та Булах М. О. дослідили джерела фінансової підтримки системи охорони здоров'я України.

Проаналізувавши склад і структуру бюджетних коштів на витрати на охорону здоров'я, можна зробити висновок, що витрати населення визначаються як фінансування системи охорони здоров'я [4]. Подібні дослідження зробили автори Обуховська Л.І. [54],Скрипник Л.І. , Віттер С., Гавендер В., Равіндран Т.С., Ятес Р. [15].

Слід зазначити, що за останнє десятиліття від сутність систематичної

регіональної політики в Україні призвела до стихійного формування моделей організації та управління охороною здоров'я в регіонах, надалі розширилися розбіжності в галузі. Вплив такого фактору, як характер закладу (низька щільність, кількість закладів та їх відстань один від одно го), що суттєво впливає на доступність медичної до помоги, не враховується. При цьому регіональна сис тема охорони здоров'я має свої особливості на різних територіях.Одним з найважливіших напрямків реформи охорони здоров'я є передача влади між державою та регіонами і всередині регіонів — між регіонами і місцевим рівнем. Держава бере участь у моніторингу охорони здоров'я і бере участь у фінансуванні. Це відбувається через недосконаліть системи організації охорони здоров'я — асиметрична інформація, зовнішні впливи тощо.

Водночас повинен забезпечуватися принцип соціальної справедливості, за яким кожна людина гарантовано по винна отримати мінімальний обсяг медичної допомоги.

Медичне фінансування в системі охорони здоров'я за безпечується місцевими бюджетами, які можуть іноді суперечити політиці оподаткування в частині системи бюджетного фінансування, або через обов'язкове медичне страхування, яке включає роботодавців, внески співробітників і державні внески. Багато країн також передбачають участь споживачів в медичній і фармакологічній допомозі, але приватні витрати складають дуже невелику частку фінансування охорони здоров'я, а плата за користування обмежує попит.

На Маршаллових островах, Сполучених Штатах Америки, Швейцарії та інших країнах національний бюджет витрачає найбільше на охорону здоров'я, тоді як Китай, Румунія і Монако витрачають найменше. Витрати на охорону здоров'я в Україні складають 6, 7% ВВП, займаючи 81 місце з 187 країн. Однак вартість медичного обслуговування — не єдиний комплексний показник ефективності функціонування системи. Зростання

витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП може викликати дефіцит національного бюджету і поставити під загрозу загальний соціально економічний розвиток країни. Збільшення витрат на охорону здоров'я також може бути результатом збільшення податкового тягаря. Тому цей показник повинен не тільки відображати збільшення обсягу, а й покращувати якість і ефективність використання обмежених ресурсів.

На початку реформи раціоналізація витрат на охорону здоров'я була головним завданням постсоціалістичних країн. Як і інші постсоціалістичні країни, українська держава успадкувала варіант державної моделівитрат на фінансування охорони здоров'я Сімашко. Водночас ця модель давно вийшла з ладу. У багатьох країнах результатом є скорочення тривалості життя, скорочення капіталовкладень в галузь і, як наслідок, застаріле обладнання, неефективна заробітна плата і зниження якості послуг. Все це призвело до гострої необхідності в медичній реформі. Аналіз досвіду постсоціалістичних країн показує, що рівень розвитку в країнах з розвиненою ринковою економікою обмежений багатьма факторами. Основними з них є: нестача лікарів і відтік кадрів, великі необхідні ресурси, нерозвинена система соціального забезпечення і нездатність забезпечити безпеку галузі, створення координаційних центрів на державному рівні призводить до появи черг на обслуговування, і неможливо підвищити ефективність галузі за рахунок конку ренції, зміни витрат і ціноутворення.

Отже, головною метою реформування повинно бути здійснення переходу до системної координації на державному рівні. Водночас необхідно забезпечити і централізований рівень — від Міністерства охорони здоров'я до Національної системи здоров'я України, і місцевий рівень — від Національної системи здоров'я України до місцевих органів влади. Перший полягає в пере ході від історичного фінансування лікарень (на основі доступної потужності кожної лікарні) до бюджету лікарні, який в основному заснований на доходах від лікування і інших платежах за послуги, які

акумулюють ся Національною системою здоров'я України. Реалізація цього підходу призведе до необхідності оптимізації витрат лікарнями з метою уникнення дефіциту бюджету. Та, з іншого боку, у разі формування достатнього фонду, можливе розширення послуг для споживачів.

Умовами запровадження такого підходу є узгодження дій між Національною службою здоров'я України та власників лікарень в частині політики фінансування.

Інший напрям — узгодження дій на місцевому рівні —оптимізація лікарняної мережі, зосередивши увагу на більш професійних послугах і закриття, скорочення або зміну неефективних медичних установ. Цей процес вимагатиме тісної участі керівництва Міністерства охорони здоров'я і місцевої влади, а також участі Національної системи здоров'я України і координації змін у послугах, що надаються нею від різних постачальників. Якщо управлінський потенціал держави як іраніше слабкий, незалежність платежів та інститутів від Національної системи здоров'я України буде невеликою. Незалежність постачальника збільшує фінансовий ризик через перевитрати бюджету і вимагає від місце вого уряду як власника посилення на гляду і підтримки.

Основними задачами для Україниу частині реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі можуть бути наступні:

— збільшення витрат на охорону здоров'я в структурі ВВП;

— здійснення переходу на вдосконалений розподіл ресурсів через загальну медичну систему;

— посилення ролі страхових компаній у фінансуванні галузі;

— завершення реалізації принципу "гроші ходять за пацієнтом ";

— пошук додаткових джерел фінансування галузі;

— аналіз та оптимізація механізму використання коштів на лікування та функціонування закладів охорони здоров'я;

— визначення першочергових пріоритетних напрямів оптимізації.

Особливостями фінансування системи охорони здоров'я України є:

1. Основним джерелом фінансування є бюджети, які складаються з прямих та непрямих податків, і в цьому сенсі система фінансування охорони здоров'я в принципі може розглядатися як прогресивна. Таким чином, державний бюджет підживлюється за рахунок податкових надходжень платників податків та приватного сектору, місцевий бюджет — за рахунок податкових надходжень платників податків, грантів з державного бюджету та приватного сектору. Фонд соціального страхування фінансується за рахунок обов'язкових внесків платників податків та платників податків. страхування, обласний бюджет доповнюється субсидіями з місцевого бюджету тощо.

2. Проблема вертикальної нерівності ускладнюється прямими платами населення за медичні послуги. Пацієнти оплачують більшість власних послуг. Значна частина населення повністю оплачує амбулаторні та лікарняні препарати. Відбувається хаотичне та неконтрольоване збільшення особистих витрат громадян на медичну допомогу.

3. Державні гарантії безоплатної медичної допомоги для громадян країни носять декларативний характер і не отримують належної фінансової підтримки. 4. Медичні заклади та медичний персонал не бажають покращувати якість послуг, раціональніше використовують кошти та беруть на себе відповідальність за охорону здоров'я. Оскільки конкуренція між постачальниками медичних послуг практично не існує, керівництво також не зацікавлене в організації ефективної якості система контролю та пошуку шляхів зниження витрат на медичну допомогу та послуги.

Питання пошуку моделі фінансової безпеки, яка гарантує економічну стабільність галузі охорони здоров'я, залишається актуальною. Бюджети кожної країни різні, і порівняно низькі доходи країни витрачають наохорону здоров'я від 10% до 25% ВВП.

Реалізація реформи на місцевому рівні в 2017—2020 роках забезпечувалася удосконаленням законодавчих та нормативних актів [1 —

13]:

— Закон України "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я " No2002 VIII від 6 квітня 2017 року, який врегульовував питання надання автономії закладам охорони здоров'я України шляхом їх перетворення з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства.

— Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" No 2168 VIII у поточній редакції від 3 липня 2020 року, який визначає фінансові зобов'язання з надання пацієнтам необхідних медичних послуг і ліків належної якості, але за рахунок державного бюджету України.

— Наказ Міністерства охорони здоров'я України z1292 18 "Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги" від 19 жовтня 2018 року, в якому визначені вимоги до людських ресурсів, структури та обладнання, до транспорту і зв'язку, вимоги до навантаження.

— Постанова Кабінету Міністрів України No 1101 від 27.12. 2017 р. "Про утворення Національної служби здоров'я України ", в якій визначені чіткі вимоги до фахівців у галузі охорони здоров'я та порядок укладення медичних договорів.

— Постанова Кабінету Міністрів України No 285 від 02. 03.2016 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики ", в якій визначені організаційні вимоги ліцензування провадження господарської діяльності з медичної практики та механізми її фінансування.

— Постанова Кабінету Міністрів України No 1077 від 27. 12.2017 р.

"Про спостережну раду закладу охорони здоров'я та внесення змін до Типової форми контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я", яка виконуватиме функції наглядового органу державного або громадського закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги на другому або третьому рівні з метою реалізації права громадян на участь в управління охороною здоров'я.

Додатково формування та функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні регламентується такими документами: Законом України "Про добровільне об'єднання територіальних громад ", Законом України "Про місцеве самоврядування в Україні", наказом Міністерства охорони здоров'я від 29.07. 2016 р. No801 "Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико санітарної) допомоги та положень про його підрозділи ", наказом Міністерства охорони здоров'я від 19. 03.2018 р. No504 "Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги", наказом Міністерства охорони здоров'я від 11.09. 2000 р. No214 "Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико санітарної допомоги на засадах сімейної медицини " (зі змінами, внесеними згідно наказів Міністерства охорони здоров'я від 06. 02.2003 р. No48 та від 04.11. 2003 р. No511), наказом Міністерства охорони здоров'я від 21.08. 2014 р. No585 "Про затвердження примірних штатних нормативів центрів первинної медичної (медико санітарної) допомоги ", наказом Міністерства охорони здоров'я від 20. 05.2011 р. No301 "Про внесення зміни до переліку закладів охорони здоров'я ", наказом Міністерства охорони здоров'я від 11. 09.2012 р. No713 "Про затвердження методичних рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу", наказом Міністерства охорони здоров'я від 02.11. 2012 р. No866 "Про оцінку оснащеності лікувально профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико

санітарну) допомогу та моніторинг модернізації первинної медичної допомоги", методичними рекомендаціями "Модернізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу".

Так, радикальні соціально економічні зміни, які відбулися в останні роки в Україні, справили вирішальний вплив на стан та функціонування охорони здоров'я у країні. Нині основним напрямком реформи охорони здоров'я є покращення фінансових та економічних відносин у галузі. Але саме тут реформи є найскладнішими. Фінансова система охорони здоров'я є невід'ємною частиною єдиної фінансової системи держави країни і підпорядковується законам її розвитку.

Ситуація зі здоров'ям у сільській місцевості характеризується складністю та неузгодженістю, пов'язаними із впровадженням системи загальнообов'язкового медичного страхування, яка повинна була покращити постачання медичних установ ресурсами середнього рівня та сприяти впровадженню елементів та методів управління економікою. Незадовільні умови праці та побуту, складна економічна ситуація в сільській місцевості та ряд інших причин спричиняють зростання смертності серед сільського населення. Середня тривалість життя в сільській місцевості також нижча за середню по країні.

Руйнування вертикальних зв'язків, зростаючий дефіцит бюджету та зростаюча територіальна та соціальна нерівність поставили сільські медичні заклади у більш складну ситуацію, головним чином фінансову, ніж міські установи. Сільські заклади охорони здоров'я, як на початку реформ, так і сьогодні, характеризуються мораль но застарілою матеріальною базою, нестачею персоналу і, отже, недостатнім діагностичним та терапевтичним потенціалом.

Процес реорганізації охорони здоров'я із впровадженням нової системи загальмувався і до цих пір не дав відчутних результатів. Недосконала нормативно право ва база для формування дорогих та неефективних фондів

фінансової охорони праці при підтримці погано контрольованої установи посередників — обов'язкового медичного страхування відігравала позитивну роль протягом даного періоду.

Одним з головних недоліків існуючої фінансової системи охорони здоров'я є, майже повна фінансова залежність охорони здоров'я від зовнішніх факторів: стану економіки, фінансів та соціально політичної ситуації. За цих умов інтерес керівних органів та закладів охорони здоров'я до структурної реорганізації зменшується.

Соціально економічні перетворення в Україні повністю вплинули на процес реформи охорони здоров'я у сільській місцевості, що пов'язано з багатьма факторами, основними з яких є:

— останніми роками накопичилися негативні тенденції в охороні здоров'я та організації медичної допомоги, головним чином, завдяки принципу залишкового фінансування, неефективному використанню виділених ресурсів та адміністративно управлінським методам;

— виникнення нових проблем, пов'язаних з переходом від моделі державного фінансування до бюджетного страхування, які призвели до якісно нових економічних відносин;

— ідеологи недооцінюють соціально економічні реформи на законодавчому та виконавчому рівнях важливості реформ охорони здоров'я як важливого сектора економіки країни.

Ці проблеми потребують вирішення та пошуку більше ефективних соціально економічних механізмів управління охороною здоров'я в сільській місцевості та вдосконалення системи обов'язкового медичного страхування з використанням науково обґрунтованих методів планування на основі аналізу. поглиблення існуючих форм організації охорони здоров'я для сільського населення та його структури. та показники медичної ефективності — профілактичні заходи.

РОЗДІЛ 3. ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

3.1. Тенденції розвитку системи охорони здоров'я умовах децентралізації

Охорона здоров'я є однією із фундаментальних галузей суспільного розвитку та наріжним каменем становлення генофонду нації. Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) критично важливий для збереження здоров'я громадян України в умовах воєнного стану.

Зокрема, державна політика щодо охорони здоров'я повинна бути зорієнтована на: збереження та зміцнення здоров'я громадян країни, збільшення тривалості та поліпшення якості життя, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку; гарантування універсального доступу населення до якісних медичних послуг та інструментів реалізації права на здоров'я, створення умов для розвитку й реалізації потенціалу складників національної системи охорони здоров'я, забезпечення професійної автономії, сталості, розвитку та ефективності інституцій у сфері охорони здоров'я; надання належного фінансування СОЗ та гарантування ефективності використання коштів; сприяння міжсекторальній співпраці для впровадження загальнодержавного підходу у вирішенні питань охорони здоров'я.

Сучасна галузь охорони здоров'я України перебуває у фазі активного реформування.

У 2014 року в Україні розпочались процеси децентралізації з прийняттям Концепції реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні (Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, 2016). У Концепції декларувалось, що основна мета реформування полягала у вирішенні основних проблем функціонування органів місцевого самоврядування. Серед таки визначених основних

проблем, що стосуються досліджуваної галузі було віднесено:

1) низька якість надання послуг через фінансову, ресурсну та іншу неспроможність багатьох органів місцевого самоврядування;

2) відсутність позитивних тенденцій у розвитку матеріально-технічної бази та соціально-культурного розвитку територій;

3) низький рівень управлінської спроможності органів місцевої влади, зокрема через зниження рівня професіоналізму працівників з огляду на непрестижність професії та низьку заробітну плату;

4) високий рівень концентрації повноважень органів виконавчої влади;

5) погіршення демографічної ситуації у регіонах через поширення урбанізаційних та міграційних процесів.

Водночас відповідні зміни щодо фінансування розвитку територій були прийняті змінами до Бюджетного та Податкового кодексів.

Вплив результатів адміністративно-територіальної та медичної реформи на галузь охорони здоров'я в Україні Результати впливу адміністративно-територіальної реформи на систему охорони здоров'я стосуються того, що в результаті реформування лікарні змінюють підпорядкування з бюджетного централізованого утримання, районів до територіальних громад. Водночас слід зазначити, що зі змінами до Бюджетного кодексу щодо фінансування медичних закладів через ОТГ, а не райони, не передбачено закриття районних лікарень, а лише зміна їх підпорядкування.

У цьому аспекті позитивним є те, що біль шість свого бюджету лікарня отримує не з ОТГ, а від Національної служби здоров'я України. Так, відповідно до концепції реформи та чинного законодавства гроші повинні спрямовуватись не на утримання «ліжко-місць", і «йти за пацієнтом". Тому якщо лікарня відповідає усім необхідним вимогам, то вона укладає договір на надання медичних послуг з Національною службою здоров'я України та отримує плату за свої послуги. Таким чином за рахунок договорів з НСЗУ покриваються витрати лікарні на заробітну плату персоналу. Інші витрати –

комунальні платежі, витрати на ремонт, на придбання обладнання, на розвиток – мають покриватись за рахунок коштів самої лікарні чи територіальної громади. І цілком очевидно, що невдовзі ті громади, які не мають коштів на утримання лікарень, на інвестиції в нове обладнання будуть поступово втрачати пацієнтів, оскільки пацієнт шукатиме краще обладнане та інноваційніше місце для лікування. Оскільки відповідно до медичної реформи пацієнт може вільно обирати лікаря та медичний заклад, то у галузі охорони здоров'я поступово зростатиме конкуренція між медичними закладами та лікарями.

Це, в свою чергу, означає, що керівництво лікарні задля виживання у конкурентних умовах та розвитку старатиметься залучати додаткові кошти на оновлення обладнання, раціонально використовувати наявні надходження та наймати найкращих лікарів за якими будуть «іти пацієнти". Таким чином опосередковано підвищується актуальність питання ефективного функціонування та управління персоналом у медичних закладах.

Кількісна характеристика функціонування медичних закладів в Україні Станом на 01. 01.2022 р. в Україні функціонувало всього 1135 лікарняних закладів різного рівня. Мережа медичних закладів розміщена відносно рівномірно по областях України. Так, щодо обласних лікарень та дитячих обласних лікарень, то вони розміщені в середньому по 1 на область. Найбільша кількість серед усіх медичних закладів в Україні є міських лікарень, загалом їх кількість становить 417, з яких найбільше зосереджено в Дніпропетровській та Харківській областях, відповідно 36 та 31 заклад, а найменша кількість в Чернівецькій області – 4 заклади.

Кількість дитячих міських лікарень в Україні становить 43, але не в кожній області вони працюють. Так, наприклад у Вінницькій, Волинській, Київській, Луганській та Херсонській областях немає міських дитячих лікарень.

Подібна ситуація спостерігається щодо міських лікарень швидкої

допомоги, їх в Україні є тільки 13, тобто розміщені тільки в половині областей країни.

Особливого аналізу потребує питання розосередженості районних лікарень, оскільки саме їх статус у процесі реформування є найскладнішим, оскільки райони як такі не є суб'єктами утримання і фінансування районних лікарень, а підпорядкування районних лікарень змінюється на підпорядкування ОТГ. Так, загальна кількість районних лікарень в Україні становить 65, проте вони розміщені не в усіх областях, а лише у 15. Найбільше районних лікарень розміщено у Дніпропетровські області – 13 закладів, Львівській області – 8 закладів та Херсонській області – 8 закладів. Очевидно, що не усі з них зможуть ефективно функціонувати на утриманні об'єднаних територіальних громад.

Аналізуючи тенденції змін кількості медичних закладів впродовж останніх 5 р., то приходимо до висновку, що реформа вплинула їх діяльність. Узагальнені показники щодо тенденцій змін кількості медичних закладів в Україні на дореформенному етапі (у 2014 р.) та пореформенному періоді впродовж 2017-2021 рр. свідчать про наявність певних змін впродовж цього періоду. Так, кількість обласних лікарень та міських лікарень швидкої допомоги залишилась без змін впродовж аналізованого періоду.

Незначні зміни відбулись у кількості міських та обласних дитячих лікарень. Стосовно кількості міських та районних лікарень, то їх кількість значно змінилась. Так, кількість міських лікарень збільшилась, а кількість районних лікарень незначно зменшилась. Це пов'язано з тим, що внаслідок об'єднання територіальних громад територіально зросли міські громади, шляхом приєднання до них приналежних сільських територій. Частина районних лікарень внаслідок реформування змінили статус підпорядкування міські територіальній громаді

В Україні триває реформа СОЗ з метою досягнення відповідності

стандартам ЄС та розширення універсального доступу населення до медичної допомоги.

Попри численні виклики, які постають перед країною, сфера охорони здоров'я активно поповнюється новими цифровими інструментами та сервісами. За період трансформації СОЗ принципово важливими досягненнями є побудовані інформаційні системи: електронна система охорони здоров'я, електронні системи епіднагляду та безперервного професійного розвитку, системи «e-Stock» та «MedData», Єдиний вебпортал вакансій у закладах охорони здоров'я; цифрові інструменти – електронні направлення та рецепти, медичні висновки для елікарняних, медичні висновки про народження, COVID-сертифікати; системи та реєстри даних в охороні здоров'я, засновані на платформі «Дія Engine».

Цифрові сервіси в СОЗ продовжують розвиватися. Так, на першому eHealth Summit 2024 зокрема, що стосуються обліку обігу медичного канабісу в Україні, електронних призначень допоміжних засобів реабілітації, електронних медичних висновків для процесів усиновлення, отримання водійського посвідчення, нових модулів системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «eStock», електронної черги на ендопротезування, передбачено також уведення в дію нових систем і реєстрів.

Важливою подією у сфері цифрового здоров'я, яка очікується, стане запуск особистого кабінету пацієнта, де всі користувачі кабінету зможуть переглянути декларацію про вибір лікаря, за потреби перепідписати декларацію та знайти нового спеціаліста. Крім того, у разі потреби, можна змінити свої персональні дані.

Також черговий крок зроблено в реалізації Концепції розвитку електронного здоров'я. Уряд схвалив законопроєкт щодо створення інформаційної платформи громадського здоров'я. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я від 09 серпня 2024 р. № 1409 організовано

робочу групу з питань створення відповідної інформаційної платформи в Україні. Така платформа має стати зручним та ефективним інструментом для обробки, зберігання та відтворення результатів аналізу даних.

Водночас проблемними аспектами у сфері електронної охорони здоров'я залишаються скасування паперових амбулаторних карток пацієнтів і забезпечення доступу до медичних призначень лікаря в електронній системі. Наразі в багатьох закладах охорони здоров'я або відсутня альтернативна паперовій повна електронна амбулаторна картка пацієнта, яка містить призначення лікаря і повний діагноз, та існує доступ тільки до лабораторних досліджень, або така електронна картка локалізована в межах закладу. Водночас важливим кроком розвитку СОЗ має стати інтеграція до єдиної електронної системи охорони здоров'я інформації всіх закладів охорони здоров'я, а також установ, що надають супутні соціальні послуги.

Належному гарантуванню здоров'я населення сприяло набуття чинності Закону України «Про систему громадського здоров'я». Документ зміщує акцент від боротьби з хворобами до формування здорового способу життя та профілактики захворювань, а вакцинація та виявлення захворювання на ранніх стадіях визнані найефективнішими методами профілактики хвороб. Таким чином, провідну роль у формуванні громадського здоров'я офіційно відведено його детермінантам, тобто комплексу індивідуальних, соціальних, економічних та екологічних факторів, що визначають стан і рівень здоров'я окремих людей, груп населення та нації загалом анонсовано низку проєктів у сфері електронної охорони здоров'я, Посилюються й важелі впливу на громадське здоров'я. Так, з 01 жовтня 2024 р. набрав чинності наказ МОЗ від 24 листопада 2023 р. № 2002 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 листопада 2023 року № 1925". Найбільших змін зазнав перелік необхідних обстежень у проведенні обов'язкових медичних оглядів. Його доповнено обов'язковими лабораторними, інструментальними й фізикальними обстеженнями, а до переліку необхідних

лікарів-спеціалістів додано лікаря-психіатра, що є важливим у контексті поширення психічних травм, зумовлених війною.

Обов'язковою стала вакцинація. Якщо працівник ризикує інфікуватися при виконанні професійних обов'язків та/або може інфікувати інших, і проти зазначених у відповідному переліку інфекційних хвороб є специфічна профілактика, то з жовтня 2024 р. працівник допускатиметься до роботи лише маючи відповідний захист.

Натомість флюорографія або рентгенологічне обстеження органів грудної клітини МОЗ визнало не обов'язковим. Таке обстеження тепер проводитиметься виключно за наявності факторів ризику або виявленні у працівника туберкульозної інфекції – тобто після проходження анкетування. Зазначене суперечить Закону України «Про систему громадського здоров'я» і може призвести до несвоєчасного виявлення хвороб органів дихання, зокрема активного туберкульозу і його залишкових змін, злоякісних новоутворень, неспецифічних захворювань легенів тощо.

Подальша політика цифровізації також має впроваджувати комплексний підхід до надання не тільки медичних, а й соціальних послуг загалом. Саме за такого підходу можна поліпшити доступність медичної допомоги та її якість. У цьому зв'язку потрібно розробити та впровадити електронну картку пацієнта.

Доступ до такої картки повинні мати пацієнт та сімейний лікар, а також лікарі вузьких спеціальностей, до яких звертатиметься пацієнт, інші державні органи та установи, залучені до надання соціальних послуг (наприклад, котрі надають послуги фізичної реабілітації чи психологічної допомоги) Особливо це необхідно для ефективної фізичної та психологічної реабілітації ветеранів війни. Разом з тим, попри численні позитивні зрушення в реалізації медичної реформи, спостерігається й формування механізмів державної політики, які можуть гальмувати процес подальшого реформування галузі. Зокрема, вирішення системних проблем охорони

здоров'я та ефективність подальших її змін потребує децентралізації – насамперед фінансової та адміністративної. Для стійкої самодостатності закладів охорони здоров'я доцільно розширити їхні повноваження щодо самофінансування і самостійного розпорядження коштами на рахунках, дати закладам більше управлінської, фінансової та адміністративної автономії.

Натомість проєкт Закону України «Про Державний бюджет України на 2025 рік" передбачає здійснення з 01 березня 2025 р. оплати за договорами про медичне обслуговування населення, укладеними надавачами медичних послуг, виключно на рахунки в Державній казначейській службі України (ДКСУ), а також перерахування залишків грошових коштів, отриманих за програмою медичних гарантій, з рахунків, відкритих у банківських установах, на небюджетні рахунки в ДКСУ. Така норма закону, у разі її схвалення, нівелюватиме досягнення медичної реформи щодо розширення автономності закладів охорони здоров'я і не сприятиме вирішенню системних проблем СОЗ (недостатні якість і доступність медичних послуг, значна частка особистих витрат пацієнтів у фінансуванні СОЗ, неналежний розвиток матеріально-технічної бази закладів тощо).

Серед імовірних негативних наслідків переходу на обслуговування до Держказначейства експерти називають:

- можливість затримки виплат і закупівель необхідних матеріалів, оскільки обробка платежів у ДКСУ зазвичай триваліша, ніж у банках, і нерідко відбувається в ручному режимі; все це в кінцевому підсумку змусить пацієнтів компенсувати касові розриви з власної кишені;

- заклади охорони здоров'я залишаться без резервів та, у разі перебоїв з державним фінансуванням, не зможуть належним чином функціонувати;

- буде втрачено можливість планувати розвиток закладів охорони здоров'я, що призведе до розпорошення витрат та невідповідності державних інвестицій потребам пацієнтів;

- місцеві органи влади не зможуть здійснювати стратегічне керівництво

закладами СОЗ.

Разом з тим, державна політика в системі охорони здоров'я повинна бути спрямована на розширення доступності медичних послуг, продовження медичної реформи, важливим елементом якої є збільшення автономності медичних закладів (зокрема енергетичної та фінансової) і зменшення фінансових витрат пацієнтів.

Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони передбачає посилення співпраці у сфері охорони здоров'я між Україною та ЄС. Метою співпраці є підвищення рівня безпеки й захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання (гл. 22 «Громадське здоров'я»). Таке співробітництво повинно зміцнювати систему охорони здоров'я України та її потенціал, у тому числі шляхом реформування [15].

Євроінтеграційна перспектива сталого розвитку покликана забезпечити здійснення системних реформ у медичній сфері України. Бюджетні видатки на охорону здоров'я в Україні постійно зростають: зі 128 млрд грн у 2019 р. до 198 млрд грн у 2021 р., на 2022 р. заплановано збільшення видатків до 224 млрд грн. Зростає частка видатків у рамках програми медичних гарантій, які є пріоритетним напрямом розвитку системи охорони здоров'я: з 58 % у 2019 р. до понад 70 % у 2022 р. [46].

Оплата послуг за програмою медичних гарантій є основним джерелом коштів для медичного закладу. В умовах реформи децентралізації владних повноважень в Україні зміна системи охорони здоров'я та підходів щодо фінансування цієї сфери передбачають наближення якісних медичних послуг до кінцевого споживача –мешканця територіальної громади (ТГ). Органам місцевого самоврядування (ОМС) відповідно до Бюджетного кодексу України (ст.89) [4] надано повноваження у сфері

охорони здоров'я .З метою фінансового забезпечення реалізації делегованих повноважень ОМС у галузі охорони здоров'я від 2015 р. місцевим бюджетам надається медична субвенціяр державного бюджету на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я. Протягом 2020 –2021 рр. обсяги її зросли на 93,2 % (з 1523, 4 млн грн до 2942,9 млн грн) [8].

Із прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (2017 р.) [64] розпочався процес реформування системи охорони здоров'я. Здійснюється перехід до нового механізму фінансування сфери охорони здоров'я за принципом «гроші ходять за пацієнтом", створюються рівні можливості для доступу ТГ до підтримки, передбаченої загальнодержавними, регіональними та місцевими програмами розвитку охорони здоров'я.

На сьогодні громади залучаються до процесів розвитку первинного рівня медицини: відкривають власні центри ПМД, некомерційні комунальні медичні заклади, амбулаторії. Як розпорядник бюджетних коштів місцева влада несе відповідальність за утримання та оснащення медичних закладів. Відповідно до Закону (п. 5 ст. 3) ОМС у межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів"), місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я [3].

Органам місцевої влади надано право визначати пріоритетні напрями розвитку закладів, підпорядкованих їхній території. Від 01січня2021р. внесено зміни в с истему фінансування охорони здоров'я : усі видатки плануються та здійснюються з бюджетів територіальних громад за місцезнаходженням закладів та відповідно до розподілу повноважень [10].За

таких умов виникає необхідність муніципального співробітництва громад у сфері реформування рівня первинної медичної допомоги.

Територіальні громади мають можливість збільшувати надходження до місцевого бюджету з метою покращення фінансової спроможності, зокрема шляхом: -залучення коштів міжнародних фондів на розвиток стратегічних напрямів; -розробки проєктів на отримання грантів; -здачі вільних приміщень в оренду; -розміщення вільних коштів на депозитарних рахунках тощо.Однак наявна низка фінансово-організаційних проблем реформування системи охорони здоров'я на локальному рівні, серед яких:

-утримання мережі медичних закладів;-вирішення питання оптимізації медзакладів;

-недостатній рівень фінансового забезпечення розвитку медичної галузі, обмеженість власних ресурсів;

-брак управлінських компетенцій з боку нових власників–ОМС та менеджерів охорони здоров'я –у частині оцінки ефективності наданих послуг.

Крім зазначеного, для прийняття управлінських рішень щодо додаткового фінансування потрібні вагомі обґрунтування та оцінка реальних потреб населення [3]. Наявні проблеми зумовили перехід від традиційної інтегрованої моделі управління галуззю до функції замовника послуг відповідно до потреб ТГ, діяльність якого спрямована на підвищення якості, доступності надання медичних послуг для мешканців громад. Зазначене прямо залежить від ефективності використання бюджетних коштів.Ефективне управління фінансовим потенціалом ТГвимагає застосування стратегічного планування розвиткоммедичних закладів на рівні громад.

Для його реалізації важливим є визначення обсягів та джерел фінансування, иходячи з конкретних завдань та реальних можливостей громади.

Як зазначають фахівці, до розробки Стратегій необхідно залучати посадових осіб ТГ, працівників медичних закладів, місцеву спільноту [3].Міжнародна допомога в розробці стратегій розвитку медичних закладів громад здійснюється в рамках проєкту «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я на рівні громади» Програми ULEAD з Європою / ULEAD with Europe.Отже, в умовах децентралізації та зміни моделі фінансування сфери охорони здоров'я виникає необхідність впровадження реальних інструментів щодо підвищення ефективності прийняття управлінських рішень із метою покращення доступності, якості, безпечності та вчасності надання медичних послуг громадянам України.

3. 2. Вплив воєнного стану на систему охорони здоров'я в умовах децентралізації

Навіть під час воєнного стану беззаперечними залишаються наступні твердження: охорона здоров'я – це один з пріоритетних напрямків державної політики, заклади охорони здоров'я належать до об'єктів критичної інфраструктури.

Саме тому одним з ключових завдань в діяльності органів державної та місцевої влади під час воєнного стану є забезпечення сталого функціонування системи охорони здоров'я та задоволення медичних потреб населення. Це необхідна умова для збереження та покращення тривалості і якості життя населення країни, адже загальновідомо, що здорова нація і людський капітал є основою існування та розвитку будь-якої держави.

На превеликий жаль, наразі наша Батьківщина проходить безпрецедентне випробування у вигляді війни з російською федерацією. Від 24 лютого багато наших співвітчизників втратили не лише спокій, а й домівки, роботу, рідних, друзів, здоров'я, а дехто і життя… В нових критичних, напружених, екстремальних умовах воєнного стану працюють всі сфери суспільства, включно зі сферою охорони здоров'я, де медичні

працівники щодня демонструють приклади справжнього героїзму на робочому місці. На самому початку війни керівникам української медицини довелося приймати першочергові рішення щодо забезпечення сталого функціонування української медичної системи, які дозволили закладам охорони здоров'я підлаштуватися під нові умови існування. Такими рішеннями стали, наприклад, спрощення маршруту пацієнта та покращення доступності медичної допомоги за рахунок того, що Міністерство охорони здоров'я спростило правила користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т.д.), а також прибрало такі вимоги, як обов'язковість візиту до свого сімейного лікаря чи необхідність електронного направлення при візиті до спеціаліста. Крім цього заклади охорони здоров'я отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки.

Зі свого боку, Національна служба здоров'я України внесла зміни в методику виплат за договорами в рамках пакету медичних гарантій – зафіксовано місячні виплати на рівні 1/12 бюджету річного договору на рівні спеціалізованої медичної допомоги та на рівні, що відповідав кількості укладених декларацій з вибору лікаря станом на 1 березня 2022 року для первинної медичної допомоги.

З особливими викликами стикнулись ті території, які були чи й досі залишаються тимчасово окупованими. Серед іншого, це відсутність комунальних аптек та тимчасове припинення роботи приватних, що призвело до різкого дефіциту ліків на цих територіях. Схожа ситуація відбулася і в тих лікарнях, які свого часу передали харчування та інші послуги на аутсорсинг. В умовах окупації більшість приватних підприємств та бізнесменів були змушені згорнути свою діяльність, а отже не могли виконувати свої зобов'язання згідно укладених договорів.

Особливим викликом для великої кількості громад в Україні стали питання прийому та допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО), а також робота з гуманітарними вантажами. Позитивний досвід багатьох громад за цими напрямками заснований, серед іншого, на співпраці волонтерів та органів місцевого самоврядування. Найкращими кейсами є синергія та кооперація усіх залучених стейкхолдерів, впорядкування та координація їхньої діяльності, наприклад, Координаційний штаб волонтерів Дніпра.

У цьому напряму волонтерські штаби та органи місцевого самоврядування часто працювали і працюють пліч-о-пліч, що є запорукою незламності і взаємовиручки. Дуже важливо організовувати в громадах певні хаби із зустрічі та допомоги ВПО, де б оперативно та в режимі 24/7 вирішувались питання реєстрації, поселення, харчування, опіки, матеріального забезпечення, медичної і соціальної допомоги ВПО. Найкращими медичними прикладами з готовності громад допомогти співвітчизникам є розширення тих можливостей і пільг, які існують на території громади за кошти місцевого бюджету (пільгові медикаменти, вироби медичного призначення, соціальні пільги, працевлаштування і т.д.), на ВПО, які мають тимчасову реєстрацію. В деяких ситуаціях у пункт зустрічі ВПО прибували діти без батьків, маломобільні особи, за якими нема кому доглядати та інші особливо вразливі групи населення. Тому важливо подбати про соціально-медичну підтримку таких людей, оскільки війна, крім фізичної руйнації, призводить ще й до масштабної гуманітарної катастрофи.

Окремої уваги, з точки зору контролю, потребує напрямок роботи з гуманітарними вантажами, які громади по всій Україні отримують від різних донорів – фізичних чи юридичних осіб, напряму чи через військові адміністрації, з середини країни чи з-за кордону. Дуже важливим є правильний облік та інвентаризація таких вантажів. Насамперед мова йде

про дороговартісні речі – медичне обладнання, меблі, медичні вироби, але не варто забувати й про малоцінний інвентар чи медичні препарати. Чим краще побудована система обліку та використання гуманітарних вантажів, тим швидше ці речі досягнуть свого кінцевого споживача, а до громад та закладів не буде питань в майбутньому від контролюючих інстанцій.

Неодмінно слід виділити напрям з психологічної підтримки. В першу чергу ця підтримка потрібна для тих осіб, які безпосередньо постраждали від війни в Україні. Не маючи фізичних дефектів, вони натомість можуть мати глибоку психологічну травму. Часто люди не усвідомлюють наявність запиту на психологічну підтримку, тому, крім забезпечення безперешкодного доступу до психолога, громадам та закладам охорони здоров'я варто вести й активну промоцію та популяризацію візитів до психолога або сімейного лікаря, що проходив навчання у сфері ментального здоров'я.

Пам'ятаємо, що перемога України залежить від кожного з нас. Від наших дій, поглядів, бачень та висловлювань… Дуже важливо в цю скрутну хвилину демонструвати стійкість, єдність, взаємопідтримку та жертовність. І особливо це стосується сфери охорони здоров'я, безперебійне функціонування якої напряму впливає на життєстійкість та обороноздатність нашої держави.

ВИСНОВКИ

В роботі проаналізовано вплив децентралізації на розвиток системи охорони здоров'я в регіонах України. У світлі процесу децентралізації було зроблено багато кроків для поліпшення фінансування системи охорони здоров'я. Тим більше, що з 2016 року у місцевому бюджеті виділяються кошти на об'єкти фінансування об'єднаних територіальних громад. Щодо результатів застосування принципу субсидіарності в фінансуванні об'єднаних територіальних громад в сфері охорони здоров'я за попередніми результатами можна констатува ти наступне. В сфері охорони здоров'я відбувся переклад комунальних та енергетичних витрат з місцевих бюджетів до витрат закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, для керування активами цих об'єктів, що вважається більш ефективним.

Пропонований обсяг медичної допомоги не враховує ці витрати. Такий підхід не можна вважати позитивним. З одного боку, це повинно допомогти вивільнити додаткове фінансування для поліпшення матеріально технічної бази медичних установ та збільшення фонду заробітної плати. З іншого боку, територіальні громади неоднаково фінансовані, і цілком ймовірно, що не у всіх є фінансові ресурси для покриття цих витрат. Це справляє негативний вплив на первинну медико санітарну допомогу: через успішну фіскальну децентралізацію зростання капіталу місцевих органів влади в основному зосереджено в містах та районах зі зручною транспортною і економічною інфраструктурою.

Крім того, з 2017 року запроваджено принцип "гроші йдуть за пацієнтом " за прямою угодою з лікаря ми первинної ланки, що чітко визначає обсяг послуг для медичних працівників. Лікарі первинної медико санітарної допомоги мають змогу вибрати будь яку форму організації — ФОП, поліклініку, амбулаторію, центр первинної медико санітарної допомоги. Витрати на оплату праці оплачуються з розрахунку на душу

населення (відповідно до кількості укладених лікарями контрактів і дотриманням медичних контрактів на лікування та діагностику). Надані медичні послуги не "прив'язані" до місця проживання. Пацієнти можуть вибирають не тільки фахівців в лікарні, де вони живуть, а й лікарів або медичних працівників інших установ, які будуть працювати як приватні підприємці. Таким чином, фінансування лікарень визначається кількістю угод, укладених між жителями громади та лікарями, незалежно від місця розташування об'єкта та місця проживання. Цей метод покликаний допомогти поліпшити рівень медичного об слуговування населення і підвищити зацікавленість місцевої влади в поліпшенні матеріальної бази базових установ. Але на практиці цей підхід може бути неефективним і мати протилежний ефект: жителі об'єднаних територіальних громад продовжують звертатися за медичною допомогою до місцевих лікарень через свій менталітет, а бюджет муніципалітету не в змозі тримати лікарні під своїм контролем.

Також лікарні закриваються через скорочення кількості лікарів, і населення переносить кошти в інші спільноти у вигляді медичних грантів, де якість послуг і фахівців охорони здоров'я вище. Водночас розподіл медичних грантів об'єднаних територіальних громад між первинною і вторинною медико санітарною допомогою становить "від 70 % до 30 %". Це призвело до недостатнього фінансування вторинної медико санітарної допомоги у з взаємозв'язку між державним бюджетом і місцевим бюджетом об'єднаних територіальних громад. Істотні розбіжності виявлені і в розрахунку частки медичної допомоги, яка перераховувалася у вигляді перерахування в регіональний бюджет. Слід підкреслити, що основна кількість прогресивних речей відповідає співвідношенню оплати вторинної медико санітарної допомоги в регіональному (місцевому) бюджеті.

Одним з головних недоліків існуючої фінансової системи охорони здоров'я є, майже повна фінансова залежність охорони здоров'я від

зовнішніх факторів: стану економіки, фінансів та соціально політичної ситуації. За цих умов інтерес керівних органів та закладів охорони здоров'я до структурної реорганізації зменшується.

Соціально економічні перетворення в Україні повністю вплинули на процес реформи охорони здоров'я у сільській місцевості, що пов'язано з багатьма факторами, основними з яких є:

— останніми роками накопичилися негативні тенденції в охороні здоров'я та організації медичної допомоги, головним чином, завдяки принципу залишкового фінансування, неефективному використанню виділених ресурсів та адміністративно управлінським методам;

— виникнення нових проблем, пов'язаних з переходом від моделі державного фінансування до бюджетного страхування, які призвели до якісно нових економічних відносин;

— ідеологи недооцінюють соціально економічні реформи на законодавчому та виконавчому рівнях важливості реформ охорони здоров'я як важливого сектора економіки країни.

Ці проблеми потребують вирішення та пошуку більше ефективних соціально економічних механізмів управління охороною здоров'я в сільській місцевості та вдосконалення системи обов'язкового медичного страхування з використанням науково обгрунтованих методів пла нування на основі аналізу. поглиблення існуючих форм організації охорони здоров'я для сільського населення та його структури. та показники медичної ефективності —профілактичні заходи.

Функціонування системи охорони здоров'я, в тому числі сучасна форма надання медичної допомоги сільському населенню в нових соціально економічних умовах недостатньо ефективна

Плануючи медичну допомогу на найближчу і, особливо, довгострокову перспективу, необхідно враховувати інвестиційну привабливість приміських територій. У відносно невеликому заміському

населенні найкращим варіантом є поєднання мультидисциплінарних лікарень з клінікою, яка обслуговує доросле населення. Водночас якість медичної допомоги повинна забезпечуватися на всіх етапах та рівнях надання послуг.

Під час реформування охорони здоров'я на заміських територіях необхідно регулярно проводити опитування пацієнтів відповідно до методики, розробленої в ході цієї роботи, а також соціологічні опитування з медичними працівниками з метою вивчення їх ставлення до реформ.

Розробка основних напрямів реформи охорони здоров'я регіону повинна здійснюватися з урахуванням перспектив соціально економічного розвитку регіону, визначених Генеральним планом та Концепцією регіонального розвитку охорони здоров'я.

Таким чином, в умовах трансформації соціально-економічних і політичних відносин в Україні спостерігається загострення цілої низки проблем в охороні здоров'я, які потребують нових наукових підходів до розв'язання та прийняття принципових рішень на рівні як держави, так і її регіонів. Найважливішими з них є організаційно-економічні проблеми, зокрема [67, с. 47 –48; 8, с. 159]:

1) низька ефективність фінансового забезпечення охорони здоров'я, пов'язана з невідповідністю обсягів коштів, що спрямовуються на фінансове забезпечення цієї сфери з офіційних джерел, наявним потребам;

2) слабкість організаційно-фінансової підтримки з боку держави, що проявляється в суперечливому податковому законодавстві, значному податковому навантаженні і зарегульованій діяльності страховиків, застарілій системі фінансування лікувальних установ, відсталості їх технологічної та матеріальної бази, відсутності преференцій і податкових пільг для впровадження медичного страхування на підприємствах;

3) нераціональне використання наявних ресурсів і низька доступність населення до якісних медичних послуг;

4) недосконаліть і неузгодженість чинного законодавства (Бюджетний

кодекс України, Основи законодавства про охорону здоров'я України, закони про місцеві державні адміністрації, про місцеве самоврядування в частині повноважень органів охорони здоров'я, мережі закладів охорони здоров'я);

5) нестабільність і невідпрацьованість методів фінансового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги;

6) недосконалість структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я: існування паралельно з системою охорони здоров'я, що знаходиться у віданні Міністерства охорони здоров'я України, низки служб систем міністерств і відомств;

7) відсутність фінансових можливостей і небажання роботодавців страхувати своїх співробітників;

8) низька якість медичних кадрів і неналежна економічна мотивація працівників закладів охорони здоров'я, що зумовлює відсутність зацікавленості у пацієнтах тощо.

Для успішного вирішення вищезазначених проблем в Україні важливо реалізувати низку заходів щодо підвищення ефективності фінансового забезпечення охорони здоров'я:

– вдосконалення законодавства щодо фінансового забезпечення охорони здоров'я;

– посилення ресурсного забезпечення охорони здоров'я;

– заохочення розвитку медичного страхування на добровільних засадах;

– запровадження обов'язкового медичного страхування;

– досягнення прозорого використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я;

– встановлення в закладах охорони здоров'я новітнього медичного обладнання та забезпечення їх передовими лікарськими засобами;

– підвищення якості медичних послуг й усунення асиметрії інформації;

– удосконалення оплати праці медичних працівників;

– впровадження інформаційних технологій у медичну практику;

– посилення ролі територіальних громад і трансформація ролі органів державної та місцевої влади у фінансуванні охорони здоров'я.

Встановлено, що існують залежності між показниками здоров'я сільського населення на різних рівнях муніципальної медичної допомоги в сільській місцевості та рівнем їх фінансування. Чим вище фінансові витрати на охорону здоров'я, тим вище їх рівень.

Війна внесла свої корективи в роботу медичних закладів і для забезпечення сталого функціонування української медичної системи були прийняті ряд рішень для пришвидшення лікування:

- спрощення маршруту пацієнта та покращення доступності медичної допомоги за рахунок того, що Міністерство охорони здоров'я спростило правила користування електронними інструментами (електронні направлення, виписки, рецепти і т. д.), а також прибрало такі вимоги, як обов'язковість візиту до свого сімейного лікаря чи необхідність електронного направлення при візиті до спеціаліста.

- заклади охорони здоров'я отримали можливість не вносити дані в електронну систему охорони здоров'я у тих випадках, коли відсутня технічна можливість це робити – відсутність світла, мережі інтернет, відповідної комп'ютерної техніки

- Національна служба здоров'я України внесла зміни в методику виплат за договорами в рамках пакету медичних гарантій – зафіксовано місячні виплати на рівні 1/12 бюджету річного договору на рівні спеціалізованої медичної допомоги та на рівні, що відповідав кількості укладених декларацій з вибору лікаря станом на 1 березня 2022 року для первинної медичної допомоги.

З особливими викликами стикнулись ті території, які були чи й досі залишаються тимчасово окупованими. Серед іншого, це відсутність комунальних аптек та тимчасове припинення роботи приватних, що призвело до

різкого дефіциту ліків на цих територіях. Схожа ситуація відбулася і в тих лікарнях, які свого часу передали харчування та інші послуги на аутсорсинг. В умовах окупації більшість приватних підприємств та бізнесменів були змушені згорнути свою діяльність, а отже не могли виконувати свої зобов'язання згідно укладених договорів.

У контексті реформи охорони здоров'я, особливо у первинному секторі, такі проблеми, як: вдосконалення управління системою обов'язкового медичного страхування, набули особливої гостроти; покращити фінансову стабільність системи; гарантувати права громадян у системі громадських організацій; покращити взаємодію системи охорони здоров'я з іншими установами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України/ Верховна Рада України – Офіц. вид. – К.: Преса України, 1997. – 80с. – Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96– вр

2. Бюджетний кодекс: Закон України від 08.07.2010 р. No2456-VI. Вилучено з: https://zakon.help/law/2456-VI/.

3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017р. No2168-VIII. https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#n137.

4. Про Державний бюджет України на 2025 рік: Проєкт Закону від 19.11.2024 № 4059-IX. URL: https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/44888

5. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX. URL:https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20

6. Про страхування : Закон України від 07 березня 1996 р. No 85/96-ВР / Верховна Рада України. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80 (дата звернення: 13.12.2018).

7. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 листопада 2023 року № 1925: Наказ від 24.11.2023 № 2002. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z2063-23

8. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. No 333 р "Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні". URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/333 2014 %D1%80

9. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. No1002 р "Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я". URL:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1002 2016%D1%80

10. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016р. No1013 р "Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони

здоров’я". URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/10132016 %D1%80/page

11. Рекомендації парламентських слухань на тему: "Про реформу охорони здоров’я в Україні" / Схвалено Постановою Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року No1338 VIII. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/ laws/show/1338 19

12. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015—2020 років, URL: http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf

13. Європейська хартія прав пацієнтів (2002) Європейська хартія прав пацієнтів від 2002 р. (http://meduniv.lviv.ua/files/press-centre/2014/n180414/evropejska_hartiya_prav_pacientiv.pdf).

14. Наказ МОЗ України від 09.08.2024 № 1409 «Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань створення інформаційної платформи громадського здоров’я в Україні». Міністерство охорони здоров’я

15. Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show /984_011/page

16. Aaron Antonovsky. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979, 255 p.

17. Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway- personalise-health-care (дата звернення 12.11.2023)

18. Bell T.M., Gilyan D., Moore B.A., Martin J., Ogbemudia B., McLaughlin B.E., Zarzaur B.L. (2018). Long term evaluation of a hospital based violence intervention program using a regional health information exchange. The journal of trauma and acute care surgery, vol. 84 (1), p.175.

19. Costa C., Freitas A., Stefanik I., Krafft T., Pilot E., Morrison J., Santana P. (2019). Evaluation of data availability on population health indicators at the regional level across the European Union. Population health metrics, vol. 17 (1), p.11.

20. Dmytryshyn M., Dmytryshyn R., Yakubiv V., ZagorodnyukA.

Peculiarities of ukrainians' approval of decentralization reform. Administrative Sciences.Open Access. Volume 11, Issue 4. December 2021 Article number 104. Doi:10.3390/admsci11040104.

21. Holden K.B., Hopkins J., Belton A., Butty K., Tabor D. C., Satcher D. (2019). Leveraging science to advance health equity: a regional health policy research center's approach. Ethnicity & disease, vol. 29 (2), p. 323.

22. Krivenko N., Kriventsova L., Epaneshnikova D. (2019). Issues of sustainability of regional health system. International Multidisciplinary Scientific GeoConference: SGEM, 19 (5.3), pp. 467—473.

23. Most Efficient Health Care: Countries / Bloomberg Visual Data. URL: http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries (дата звернення 13.11.2023)

24. Pashkov V.M., Olefir A.A., Bytyak O.Y. (2017) Legal features of the drug advertising. Wiad. Lek., 70(1): 133–138. Посилання: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-107586-pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya)

25. Witter S., Govender V., Ravindran T.S., Yates R. (2017). Minding the gaps: health financing, universal health coverage and gender. Health policy and planning, vol. 32 (5), pp. 4—12.

26. 7 років цифрової трансформації медицини: що презентували на eHealth Summit 2024. URL: https://ehealth.gov.ua/2024/09/13/7-rokiv-tsyfrovoyi-transformatsiyi-medytsyny-shho-prezentuvaly-na-ehealthsummit-2024/

27. Андрусів У.Я., Юрченко Н.Б. Зарубіжний досвід фінансування систем охорони здоров'я. Економічний простір. 2019. No 150. С. 20—24.

28. Бачо Р.Й. Сучасні тенденції розвитку страхування здоров'я в Україні у посткризовий період. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент. 2015. No 10. С. 218–223.

29. Бєлих А., Пилипчук А., Моісеєва А. Реформи в галузі охорони здоров'я в Румунії: Гарвардський основний підхід. Сучасні економічні

дослідження. 2018. No 1 (1). С. 51—61.

30. Бойко О., Хижинська Г. Апробація зарубіжного досвіду активізації медичного страхування в Україні. При-чорноморські економічні студії. 2018. Вип. 27. С. 93–97.

31. Бойко, С. Г. (2016). Особливості державної політики охорони здоров'я в умовах децентралізації. Держава та регіони, 57-60.

32. Бучкевич М.М. (2011) Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах. Наук. вісн. НЛТУ України, Вип. 21(10): 178–184.

33. Видатки на охорону здоров'я у 2021р.: коли очікування розбиваються об жорстоку реальність. Аптека online, 2021, (1). https://www. apteka.ua/article/579552.[

34. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації). URL: http: //www.library.tane. edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf.

35. Глухова В.І., Булах М.О. Джерела фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні. Глобальні та національні проблеми економіки. 2016. No 10. С. 760—764.

36. Глухова В.І., Скрипник Л.І. Державне фінансове забезпечення охорони здоров'я на рівні місцевих бюджетів. Облік і фінанси. 2018. No 1. С. 80—86.

37. Горохов С.В., Старинчук С.Д. (2016) Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. Актуальні проблеми філософії та соціології, 9: 24–28.

38. Гройсман В. Децентралізація та створення госпітальних округів підвищать якість роботи закладів охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=250039503&cat_id=244274 130

39. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт.кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова

та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.

40. Децентралізація – каталізатор медичних реформ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.vz.kiev.ua/decentralizaciya-katalizator-medichnix-reform. – Назва з екрану.

41. Долбнєва Д.В., Гончарук С.М. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні. Проблеми економіки. 2016. No 3. С. 46–52.

42. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine. – Назва з екрану.

43 Звірич, В. В. (2022). ВПЛИВ РЕФОРМИ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ТА МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ НА ЗМІНИ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. Публічне урядування, (3 (31), 20-25. https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-3(31)-2

44. Карпишин Н.І., Комуніцька М.П. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Світ фінансів. 2017. No 1 (14). С. 110—117.

45. Криничко Л. Р., Крикун О. Д., Малігон Ю. М. Зарубіжний досвід державного регулювання ринку приватних медичних закладів.Інвестиції: практика та досвід. 2020. No 24. С. 159–164. DOI:10.32702/2306-6814.2020.24.159

46. Кульгинський Є. Механізми децентралізації державного управління системою охорони здоров'я: Європейський досвід. Державне управління та місцева само врядування. 2015. Вип. 2 (25). С.147—159.

47. Марусин О.В., Марків М.М. Забезпечення ефективності системи охорони здоров'я в Болгарії. 2018. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33900/1/253.pdf

48. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) // Інфор-маційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного

депутата України. URL: http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf. (дата звернення 11.11.2023)

49. Міжнародний досвід реформування системиохорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу). URL: http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf.

50. Міністерство охорони здоров'я України (2003) Розпочав свою роботу 12 грудня 2003 року Проект ЄС/ТАСІС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» (http://moz.gov.ua/ua/portal/news_20040304_3.html).

51. Мосійчук І.В. Державне управління системою охорони здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку. Сталий розвиток економіки. 2016. No 1 (30). С. 44—48.

52. Моткова О. (2015) Право на життя у рішеннях Конституційного Суду України та Європейського суду з прав людини. Вісн. Конституц. Суду України, 1: 49–59.

53. Музика-Стефанчук О.А. Публічні адміністративні послуги у сфері охорони здоров'я. Запорізький медич-ний журнал. 2020. Т. 22. No 2(119). С. 261–266.

54. Обуховська Л.І. Механізм забезпечення діяльяності закладів охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Стратегія і тактика державного управління. 2020. No 1—2. С. 26—39.

55. Онишко С.В., Шевчук Ю.В. Проблеми фінансування і перспективи розвитку медичного страхування в Україні. Інтелект XXI. 2016. No 5. С. 158–162.

56. Основні напрями реформування системи надання медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.yu.mk.ua/userfiles. – Назва з екрану

57. Офіційний сайт Державної казначейської служби України. URL: http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index (дата звернення: 13.12.2018).

58. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua (дата звернення:13.12.2018).

59. Офіційний сайт Міністерства фінансів України. URL : http://minfin.gov.ua (дата звернення: 13.12.2018).

60. Офіційний сайт Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг. URL: https://www.nfp.gov.ua (дата звернення: 13.12.2018).

61. Пашков В.М. (2015) Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. Щотижневик АПТЕКА, 32(1003): 6–7.

62. Попова Т.О. Комунікаційна модель публічно при ватного партнерства в галузі охорони здоров'я. 2020, Харків, 128 с.

63. Потравка, Л. (2021). Синергетична парадигмауправління в умовах структурних трансформацій національної економіки України. Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування, (1), 40-45. https://doi.org/10.32851/tnv-pub.2021.1.7

64. Прилипко Є. (2021) Яким має бути фінансування та управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації. Вилучено з: https://life.pravda.com.ua/columns/2021/07/20/245440/.

65. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу (2019). URL: https://medstatdon.dn.ua/wp content/uploads/2019/04/Reytingova otsinka za 2018 rikBlocked.pdf

66. Реформа системи охорони здоров'я URL: https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitoklyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoronizdorovya

67. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвиткув Україні. Економічний вісник Донбасу. 2019. № 3 (57). 162- 168.

68. Розвиток соціальної сфери територіальних громад в умовах

адміністративно-фінансової децентралізації / ДУ «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долішнього НАН України»; за ред. С. Л. Шульц. – Львів, 2018. 140 с. (Серія «Проблеми регіонального розвитку»).

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

70. Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. No 2. С. 89—99.

71. Савченко О.Р. Системно функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Економіка і управління. Т. 31 (70). No 5, 2020. С. 66—70.

72. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала, Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації.2017. No 3. С. 24—31

73. Т. Гавриш. Проєкт Закону «Про Державний бюджет України на 2025 рік». LB.UA. 27 вер. 2024 р. URL: https://lb.ua/blog/tetiana_gavrysh/636986_proiekt_zakonu_pro_derzhavniy_byudzhet.html

74. Теннер М. Погляд на системи охорони здоров'я у світі. Щотижневик «Громадянин України», 22(229) (2011) (http://gukr.com/article2669.html).

75. Філіпова Н. В. Досвід європейських країн у фінансуванні охорони здоров'я. Вісник Хмельницького націо-нального університету. 2020. No 6. С. 315–320. DOI: https://doi.org/10.31891/2307-5740-2020-288-6-52

76. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html

77. Череп А.В. (2013) Практичний іноземний досвід медичного

страхування. Сталий розвиток економіки, 2: 17–23.

78. Шелєміна Н. Особливості фінансування системи охорони здоров’я: вітчизняний та закордонний досвід.Еко-номіка та суспільство. 2023. No 53. https://doi.org/10.32782/2524-0072/2023-53-80