

**В. І. Борщ**

**УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

ОЛДІПІЮС

2020

УДК \_\_\_\_\_  
Б\_\_\_\_\_

Рекомендовано до друку Вченою радою  
Науково-технічного університету імені академіка Юрія Бугая  
(протокол № 1 від 16.01.2020 р.)

**Рецензенти:**

**Васильців Т. Г.** – д.е.н., професор, заступник директора Державної установи «Інститут регіональних досліджень імені М.І. Долишнього»;

**Гринчуцький В. І.** – д.е.н., професор, завідувач кафедри економіки підприємств і корпорацій Тернопільського національного економічного університету;

**Кириленко В. І.** – д.е.н., професор, завідувач кафедри економічної теорії Державного вищого навчального закладу «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана»

**Матукова Г. І.** – д.п.н., професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

**Борщ В. І.**

Б\_\_\_\_\_ Управління закладами охорони здоров'я: монографія / В. І. Борщ. – Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. – 392 с.

ISBN 978-966-289-380-9

Національна система охорони здоров'я України потребує значних структурних трансформацій, зміни парадигми управління, керівних кадрів закладів охорони здоров'я. Відтак, виникає потреба в імplementації технологій та інструментів сучасного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я.

В монографії узагальнено теоретико-методологічні засади та надано практичні рекомендації з управління закладами охорони здоров'я. Здійснено аналіз сучасних тенденцій розвитку системи охорони здоров'я України та еволюції управління національними системами охорони здоров'я в Україні та світі. Визначено особливості фінансового, кадрового та стратегічного управління закладами охорони здоров'я. Запропоновано сучасні інструменти та технології управління закладами охорони здоров'я.

Монографія буде корисною для управлінців у сфері охорони здоров'я, державних службовців, науковців і фахівців, які на науковому та практичному рівнях вирішують питання організації охорони здоров'я; викладачів, а також на студентів вищих навчальних закладів та всіх, хто цікавиться проблемами медичного бізнесу.

УДК \_\_\_\_\_

ISBN 978-966-289-380-9

© В. І. Борщ, 2020





**МІНІСТЕРСТВО РОЗВИТКУ ЕКОНОМІКИ, ТОРГІВЛІ  
ТА СІЛЬСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА УКРАЇНИ  
(Мінекономіки)**

вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Тел. (044) 200-47-53, факс (044)253-63-71  
E-mail: [meconomy@me.gov.ua](mailto:meconomy@me.gov.ua), <http://www.me.gov.ua>, код ЄДРПОУ 37508596

**Р І Ш Е Н Н Я**

**ПРО РЕЄСТРАЦІЮ АВТОРСЬКОГО ПРАВА НА ТВІР**

Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України  
розглянуло заяву

**Борщ Вікторія Ігорівна**

(повне ім'я автора, адреса)

заявка від 25.02.2020 № 97879

про реєстрацію авторського права на твір і прийняло рішення зареєструвати авторське  
право на твір **Монографія "Управління закладами охорони здоров'я"; Борщ Вікторія  
Ігорівна**

(вид, повна, скорочена (за наявності) назва твору, повне ім'я, псевдонім (за наявності) автора (ів))

Внесення відомостей до Державного реєстру свідоцтв про реєстрацію авторського права на твір та видача свідоцтва будуть здійснені за умови сплати збору за оформлення і видачу свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір відповідно до п.3 постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2001 року № 1756 "Про державну реєстрацію авторського права і договорів, які стосуються права автора на твір".

Якщо протягом трьох місяців від дати одержання заявником рішення про реєстрацію авторського права на твір Управління державних реєстрацій Департаменту інтелектуальної власності Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України не одержало документ про сплату збору за оформлення і видачу свідоцтва у розмірі та порядку, визначених законодавством, або копію документа, що підтверджує право на звільнення від сплати зазначеного збору, заявка вважається відхиленою і реєстрація авторського права та публікація відомостей про реєстрацію Управління державних реєстрацій Департаменту інтелектуальної власності Міністерства розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України не проводиться.

Заступник Міністра  
розвитку економіки, торгівлі  
та сільського господарства України



Д. О. Романович

**ЗМІСТ**

<b>ВСТУП</b> .....	<b>7</b>
<b>РОЗДІЛ 1</b>	
<b>Теоретико-методологічні концепти управління закладами охорони здоров'я</b> .....	<b>9</b>
1.1. Еволюція моделей організації та фінансування охорони здоров'я. ....	9
1.2. Організація охорони здоров'я в економічно розвинених країнах світу. ....	26
1.3. Організація охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою та країнах з низьким економічним розвитком. ....	72
1.4. Економічні наслідки та концепти подолання COVID-19. ....	103
1.5. Сучасна парадигма управління в світовій сфері охорони здоров'я. ....	115
<b>РОЗДІЛ 2</b>	
<b>Національна система охорони здоров'я в Україні</b> .....	<b>125</b>
2.1. Державне регулювання охорони здоров'я. ....	125
2.2. Соціально-економічний стан системи охорони здоров'я в Україні в умовах реформування галузі. ....	145
2.3. Ринок охорони здоров'я України. ....	162
2.4. Сучасні тенденції розвитку системи управління охороною здоров'я України. ....	182
<b>РОЗДІЛ 3</b>	
<b>Функціональна система управління фінансовими механізмами в сфері охорони здоров'я</b> .....	<b>199</b>
3.1. Фінансування охорони здоров'я в Україні. ....	199
3.2. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах реформування галузі. ....	220
3.3. Лікарняні каси як основа для забезпечення інноваційних механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні. ....	234
3.4. Особливості фінансового менеджменту закладів охорони здоров'я. ....	240
<b>РОЗДІЛ 4</b>	
<b>Управління персоналом в закладах охорони здоров'я</b> .....	<b>245</b>
4.1. Особливості управління персоналом в сфері охорони здоров'я. ....	245
4.2. Стратегія управління людськими ресурсами та кадрова політика в закладах охорони здоров'я. ....	260

4.3. Особливості формування та розвитку персоналу в закладах охорони здоров'я .....	267
4.4. Система мотивації та стимулювання персоналу в закладах охорони здоров'я як стратегія формування людського капіталу .....	275
<b>РОЗДІЛ 5</b>	
<b>Стратегічний менеджмент у закладах охорони здоров'я .....</b>	<b>289</b>
5.1. Особливості стратегічного менеджменту в сфері охорони здоров'я .....	289
5.2. Стратегія управління та розвитку закладу охорони здоров'я .....	294
5.3. Інвестиційно-інноваційний механізм розвитку закладів охорони здоров'я .....	307
5.4. Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я .....	316
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>323</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....</b>	<b>325</b>
<b>Додатки .....</b>	<b>349</b>



## ВСТУП

Сучасний період у житті українського суспільства характеризується трансформаційними процесами в економіці, активізацією політичних процесів, а також реформуванням соціальної сфери, архіважливим елементом якої є національна система охорони здоров'я. В Україні відбувається фундаментальне реформування, фактично створення нової системи охорони здоров'я, яка має відповідати основним пріоритетним напрямкам державної політики.

Показники стану здоров'я української нації, а саме: тривалість життя, фізичне та психічне здоров'я, смертність та народжуваність на сьогодні є загрозливими. Це підтверджує факт нагальності у переосмисленні сутнісних засад розвитку суспільства, розуміння цінності життя і здоров'я людини має бути основою всієї системи соціального управління, гуманістичної політики та трансформації національної системи охорони здоров'я.

Політика у сфері охорони здоров'я має бути пріоритетом, основою державної політики та стратегії розвитку країни, оскільки стан здоров'я людини та нації є одним з найважливіших та визначних критеріїв формування та розвитку людського капіталу країни. Національна економіка має суттєвий вплив на форми і методи регулювання та управління галуззю охорони здоров'я. Відповідно, внесок охорони здоров'я в економічний розвиток будь-якої країни є також очевидним. Обсяг медичних послуг, що надаються населенню мають позитивний вплив на ВВП. При збільшенні ресурсів, що використовуються у виробництві медичних послуг, підвищенні кваліфікації медичних кадрів, збільшується національний прибуток, що створюється галуззю. Працівники галузі є виробниками медичних послуг: проводять профілактику та лікують хворих, відповідно покращують соціально-демографічний стан та підвищують трудовий потенціал країни.

Держава задекларувала концепцію розвитку системи охорони здоров'я, що полягає у реформуванні фінансової моделі системи охорони здоров'я в Україні та передбачає поступовий перехід на нову модель фінансування галузі з остаточним її запровадженням у 2020 році. Зважаючи на це, формування та розвиток управлінського капіталу в системі охорони здоров'я набувають нині статусу визначально-важливих наукових проблем, що потребують глибокого теоретичного й емпіричного дослідження. Необхідність теоретичного обґрунтування впровадження сучасних технологій управління закладами охорони здоров'я, формування теоретико-методологічної основи для формування та розвитку управлінського та людського капіталу цієї галузі, а також розробка практичних рекомендацій щодо розвитку національної системи охорони здоров'я України обумовили необхідність дослідження.

Сфера охорони здоров'я є однією з найбільших в національній економіці, внаслідок цього, що попит на медичні послуги щорічно зростає. Здоров'я набуває характеристики соціально-ринкового ресурсу суспільного відтворення. Зазначені фактори зумовили

необхідність макроекономічних трансформацій в галузі охорони здоров'я та впровадження сучасної парадигми управління у сфері охорони здоров'я, яка має формуватися на засадах сучасних теорій та концепцій, інструментів та механізмів фінансового, кадрового та стратегічного управління.

Охорона здоров'я сьогодні – це складна багатофункціональна система, яка забезпечує життєві потреби населення, має особливе місце в системі виробничих відносин: галузь виконує роль ресурсозберігаючої сфери людського капіталу та посилює економічний ефект, зберігаючи здоров'я населення країни. Її функціонування та розвиток визначаються ефективністю функціонування та розвитку багатьох підсистем, зокрема: економічної та управлінської. Розвиток ринкового механізму господарювання ставить низку принципів завдань перед системою управління, найважливішими з яких є стратегічний розвиток та ефективне використання ресурсів. Відповідно, розвиток медичного менеджменту на засадах фінансового, кадрового та стратегічного управління є своєчасним та актуальним завданням, необхідним елементом сучасного реформування національної системи охорони здоров'я.

У монографії представлено авторське бачення сучасної парадигми управління сферою охорони здоров'я, що сформована на засадах фінансового, кадрового та стратегічного управління закладами охорони здоров'я. В науковій праці представлена спроба вирішення ряду питань, які не знайшли свого відображення у наукових дослідженнях, зокрема: формування макроекономічних концептів управління охороною здоров'я; ідентифікація напрямів макроекономічної модернізації національної економіки в системі охорони здоров'я; формування концептуального базису та методологічних положень функціональної системи управління фінансовими механізмами в закладах охорони здоров'я; обґрунтування концепції сучасної парадигми управління персоналом у закладах охорони здоров'я; розробка методологічного базису стратегічного управління закладами охорони здоров'я.



## РОЗДІЛ 1

### Теоретико-методологічні концепти управління закладами охорони здоров'я

#### 1.1. Еволюція моделей організації та фінансування охорони здоров'я

Основними завданнями та викликами, які постають перед сучасним суспільством та керівництвом України, є формування власної системи охорони здоров'я, враховуючи історичні передумови розвитку охорони здоров'я в країні та світовий досвід. Це потребує комплексного аналізу еволюції розвитку, складових елементів та характерних ознак, що властиві для існуючих моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

*Система охорони здоров'я* – це сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян, надання медичної та лікарської допомоги, проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду [229, с. 11; 186, с. 18].

У [259] система охорони здоров'я визначається як «сукупність будь-яких організацій та ресурсів, що використовуються для дій в інтересах забезпечення здоров'я, тобто будь-який вид допомоги, медичної чи будь-якої іншої, що направлена на покращення здоров'я» [259, с. 243].

В. Д. Долот визначає систему охорони здоров'я як «сукупність організацій, інститутів і ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я» [104].

*Комплексна система охорони здоров'я* – це система охорони здоров'я, яка включає всі необхідні елементи для задоволення потреб населення [229, с. 9]. Важливим у цьому визначенні є ознака «комплексна», адже сучасні тенденції розвитку цієї системи враховують інтеграційні процеси в європейській і світовій практиці, які встановлюють вимоги до адаптації політики та системи охорони здоров'я, а також переорієнтації системи з лікування хвороб на профілактику захворювань, підвищення рівня здоров'я.

Законодавчо охорона здоров'я визначається як «система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами – підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [12].

Отже, охорона здоров'я представляє собою систему – сукупність елементів, що пов'язані між собою для досягнення поставленої мети. Відповідно, можна стверджувати, що охорона здоров'я є складною, багаторівневою системою, яка розвивається, видозмінюється під впливом часових, соціальних, економічних та інших чинників.

Для її ефективного функціонування, необхідно розуміти визначення, структуру, особливості побудови та функціонування, взаємодії та взаємовідносин між її елементами (рис. 1.1).

Узагальнюючи представлене, можна стверджувати, що *система охорони здоров'я* представляє собою комплекс, тобто сукупність елементів, певним чином пов'язаних між собою для досягнення мети, а саме: сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, що діють у межах законодавства, діяльність яких регулюється ринковим механізмом господарювання та спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян.

Система охорони здоров'я є складовим елементом людського розвитку, що визначається суспільством як пріоритетна цінність. Здорове населення і ефективні системи охорони здоров'я мають вирішальне значення для економічного зростання. Інвестування в здоров'я нації та економічне зростання надає можливість людям залишитися активними довше і в кращому фізичному стані, що сприяє зменшенню збитків від втрати чи погіршення здоров'я, а отже і позитивній динаміці соціальних, економічних та інших показників.

Відповідно основною *метою* системи охорони здоров'я є збереження та зміцнення стану здоров'я населення країни.

Мета системи охорони здоров'я передбачає розв'язання цілої низки конкретних завдань, а саме: (1) надання якісної медичної допомоги; (2) проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; (3) зменшення рівня смертності від захворювань; (4) захист населення від необґрунтованих фінансових витрат, пов'язаних із захворюваністю; (5) збереження людської гідності під час надання медичної допомоги; (6) здійснення превентивної та профілактичної діяльності.

З економічної та управлінської точки зору, функціями системи охорони здоров'я є:

- 1) організація та надання гарантованого державою належного рівня медичного забезпечення та соціального захисту населення;
- 2) визначення організаційно-економічних та соціально-економічних засад функціонування закладів охорони здоров'я (тобто які медичні послуги, кому та за яких умов надаються, які організаційно-правові, суспільно-економічні форми діяльності закладів існують тощо);
- 3) визначення інвесторів медичних послуг (у витратах на охорону здоров'я можуть бути задіяні державні, приватні, кошти страхових компаній);
- 4) забезпечення системного підходу до лікувально-діагностичного процесу;
- 5) визначення, забезпечення ресурсних можливостей та потужностей галузі (як і будь-яка галузь національної економіки, охорона здоров'я володіє такими ресурсами: матеріальні, фінансові, людські);
- 6) оперативне реагування на інноваційні зміни та удосконалення матеріально-технічної бази галузі охорони здоров'я;
- 7) формування стандартів та нормативної бази системи охорони здоров'я;

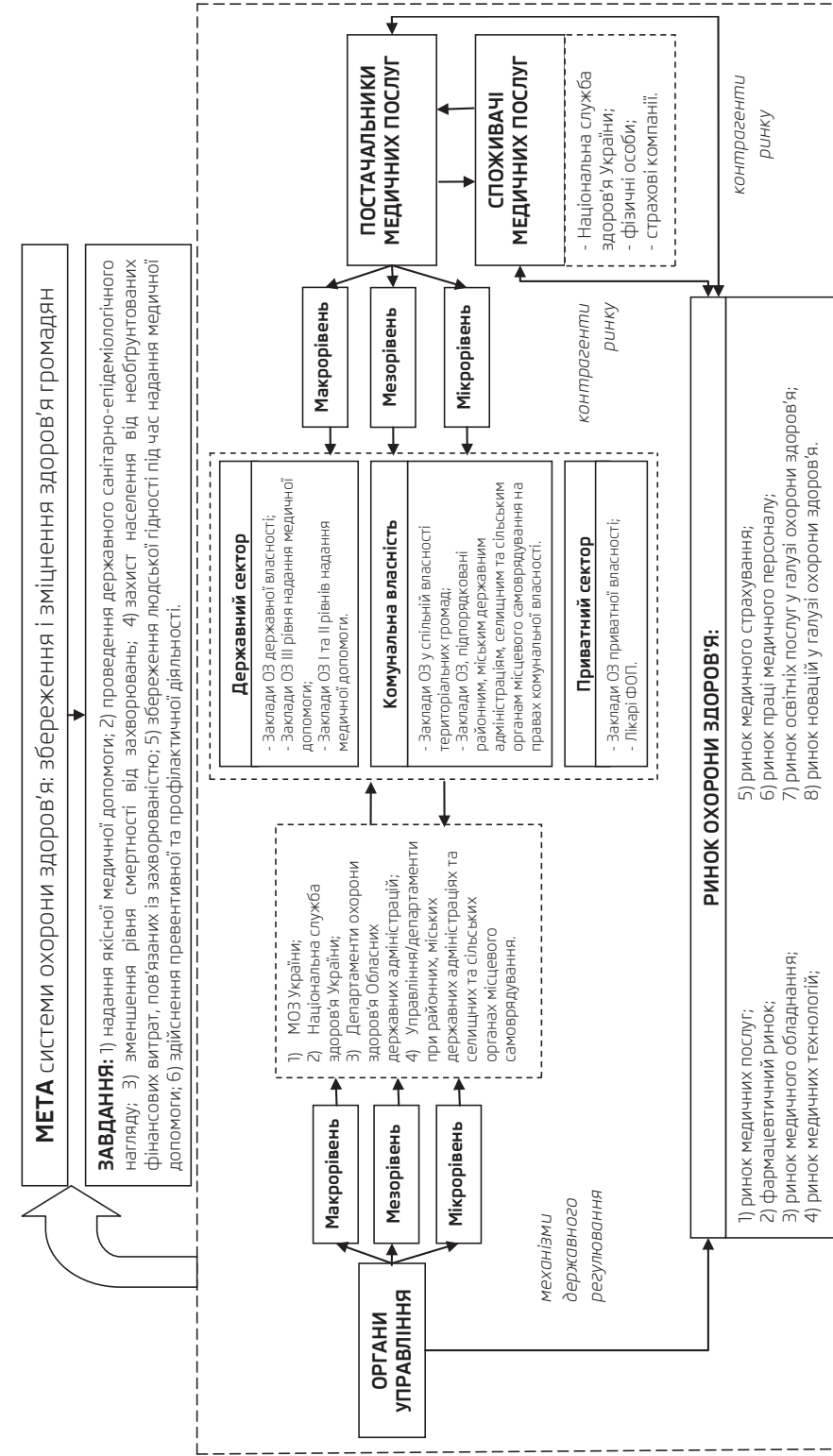


Рис. 1.1. Системи охорони здоров'я України

Джерело: розроблено автором

- 8) визначення методів, принципів та технологій управління процесами галузі охорони здоров'я (господарсько-економічними, фінансовими, лікувальними та бізнес-процесами);
- 9) забезпечення ефективної діяльності національної системи охорони здоров'я (ефективність у межах охорони здоров'я є складним поняттям, що має вимірюватися як медичною, соціальною, економічною й організаційною ефективністю діяльності на різних рівнях системи);
- 10) визначення напрямів та шляхів підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я належить до невиробничої сфери надання медичних послуг населенню. Вона займає центральне місце в розвитку суспільства і визначається тим, що здоров'я безпосередньо впливає на економічне та соціальне благополуччя, є важливим чинником національної безпеки країни. Виходячи з цього, держава має акцентувати увагу на розвитку соціальної політики, підкріплюючи своєчасним та достатнім фінансуванням охорони здоров'я [259, с. 9-10].

Для ефективного функціонування системи охорони здоров'я необхідне забезпечення певних організаційних та управлінських принципів, існування адекватної системи управління, ресурсного забезпечення (фінансові, матеріальні, людські, інформаційні ресурси).

Найважливішим принципом національної системи охорони здоров'я є збалансована взаємодія трьох її складових: споживачів та постачальників медичної послуги, а також держави.

Основними принципами, на яких будується система охорони здоров'я у світовому просторі, є наступні:

- державний характер із рівноправним існуванням громадської та приватної форм власності;
- децентралізація/децентралізація управління;
- ефективність діяльності;
- автономізація закладів охорони здоров'я;
- профілактична спрямованість;
- вільний вибір лікаря;
- постійне наукове забезпечення;
- широка участь громадськості в сфері охорони здоров'я;
- міжнародне співробітництво [76, с. 51].

Відтак, належне управління та регулювання діяльності в сфері охорони здоров'я, на нашу думку, спрямовані на:

- 1) формування ключової стратегії розвитку галузі та сприяння формуванню належного підґрунтя для її реалізації на індивідуальних соціальних і структурних рівнях;
- 2) формування ефективних механізмів державного регулювання та управління в сфері охорони здоров'я;
- 3) забезпечення дії ринкового механізму господарювання в сфері охорони здоров'я;
- 4) сприяння розвитку інвестиційно-інноваційних механізмів управління в сфері охорони здоров'я;

- 5) сприяння співпраці всіх учасників ринку охорони здоров'я з метою досягнення основних цілей та завдань, що поставлені перед системою охорони здоров'я;
- 6) сприяння громадської активності та співпраці у питаннях планування, управління, фінансування тощо в сфері охорони здоров'я;
- 7) формування належної нормативно-законодавчої бази, спрямованої на забезпечення досягнення основних цілей та завдань в сфері охорони здоров'я.

Ефективне управління системою охорони здоров'я здійснюється лише за умови наявності висококваліфікованого медичного персоналу, оптимальної структури фінансових, технічних і матеріальних ресурсів, а також адекватної системи управління.

#### **Класифікація моделей та систем охорони здоров'я**

Система охорони здоров'я в кожній країні формувалась в різних умовах з урахуванням історичних передумов та принципів функціонування: спостерігаються відмінності в методах та організації управління, підходах до фінансування, доступності медичних послуг, незважаючи на схожість та однотипність завдань, що має вирішувати система охорони здоров'я.

Можна виділити наступні основні параметри, за якими моделі відрізняються між собою, – фінансово-економічні характеристики, а саме:

- відносини власності;
- роль держави;
- джерела фінансування;
- механізми стимулювання постачальників та споживачів медичних послуг;
- форми та методи контролю обсягу та якості медичної допомоги.

Так, існують різні класифікації моделей охорони здоров'я, аналіз яких представлено нижче.

М. М. Шутов [259] розрізняє три основні моделі управління в сфері охорони здоров'я:

- 1) модель адміністративно-командного управління;
- 2) демократична модель;
- 3) ринкова модель.

Перша модель передбачає втручання держави в функціонування та зміну системи охорони здоров'я з метою забезпечення швидкої зміни політичних цілей.

Демократична модель передбачає, що кожний громадянин має право впливати на соціально-політичні рішення в житті суспільства та є відповідальним за них. Модель сприяє залученню населення в процес прийняття рішень щодо потреб, пріоритетів та проблем управління охороною здоров'я.

Ринкова модель встановлює правила саморегуляції на основі конкурентоспроможності ринків охорони здоров'я у відповідності до законів попиту та пропозиції при визнанні умов певних обмежень. Цей підхід заснований на доктрині автономного розвитку ринку, отже, передбачає мінімальне втручання держави в економічні питання охорони здоров'я [259, с. 243-244].

За аналогією з класичними законами економіки (попиту та пропозиції) зарубіжні науковці вирізняють:

- 1) модель, що направлена на формування попиту (*demand-side model*), розглядає здоров'я як благо, а отже при цій моделі охорони здоров'я споживачі медичних

послуг можуть здійснювати контроль над цими послугами. Постачальники медичних послуг здатні формувати попит на послуги та формувати політику ціноутворення. Споживачі та постачальники медичних послуг домовляються між собою. Відповідно, конкуренція за доходи споживачів змушує постачальників надавати якісні послуги. Економіка попиту передбачає розподіл ресурсів відповідно до схильності споживачів до оплати послуг та готовності постачальників постачати медичні послуги. Прикладом такої моделі можуть слугувати моделі охорони здоров'я Сінгапуру та Південної Кореї [336; 347; 388];

- 2) модель, яка направлена на формування пропозиції (*purpose-side model*) передбачає, що здоров'я – це благо, яке має бути доступним для всіх громадян країни. Органи управління, за такої моделі, здійснюють контроль над ресурсами, закон вільного ринку не розвинений. При цьому держава відіграє важливу роль як у розподілі ресурсів, так і у ціноутворенні на медичні послуги [347].

М. Фотакі у [242] класифікує системи охорони здоров'я за принципом рівнів соціального розвитку, виділяючи наступні моделі:

- 1) універсалістська модель (модель Беверіджа);
- 2) модель соціального страхування (модель Бісмарка);
- 3) південна модель (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- 4) інституціональна чи соціал-демократична модель (скандинавська модель);
- 5) ліберальна модель (модель залишкового соціального забезпечення);
- 6) консервативна корпоративна модель (японська модель);
- 7) латиноамериканська модель;
- 8) модель охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- 9) модель охорони здоров'я країн з перехідною економікою [242, с. 8-11].

Аналізуючи типи моделей систем охорони здоров'я, слід виділити також класифікацію наступних науковців О. Щепіна, В. Філатова та Я. Погорелова, які розрізняють наступні види:

- 1) утилітарна модель (засновується на філософсько-етичній концепції утилітаризму та передбачає, що розміщення ресурсів у охороні здоров'я має максимально слугувати для стану здоров'я населення);
- 2) комунітарна модель (засновується на філософсько-етичній концепції комунітаризму – від англ. *community* – та зосереджує увагу на громаді, правах громадян та їх обов'язків);
- 3) ліберальна модель (засновується на філософсько-етичній концепції лібералізму, дотримується позиції, що держава має створювати певні початкові умови доступу до охорони здоров'я за рахунок повного або часткового фінансування охорони здоров'я за державні кошти) [244, с. 45-53; 209].

Американський вчений М. Філд розрізняє моделі охорони здоров'я за принципом соціально-політичної структури суспільства:

- 1) класична (неупорядкована);
- 2) плюралістична;
- 3) страхова;
- 4) національна;

- 5) соціалістична [312, с. 401].

Більшість сучасних науковців [53; 63; 81; 104; 124; 184] визначає класифікацію моделей системи охорони здоров'я за принципом фінансування (класична класифікація):

- 1) модель соціального медичного страхування (модель Бісмарка);
- 2) державна модель чи модель централізованого фінансування охорони здоров'я (моделі Семашко, Беверіджа);
- 3) приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Модель соціального медичного страхування характеризується як страхова, що заснована на принципах соціального страхування та багатоканальній системі фінансування. Моделі централізованого фінансування є державними з бюджетною системою фінансування. Приватна модель засновується на власних коштах громадян, а саме: добровільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг та депозитні медичні рахунки.

Також існує класифікація моделей фінансування охорони здоров'я за видами фондів: суспільного споживання; змішаних фондів; приватних фондів.

У суспільні фонди споживання кошти надходять шляхом збору податків або внесків соціального страхування. Обидва методи базуються на доходах громадян країни. Змішані системи поєднують одночасно податки та внески. У в моделі, що фінансується із приватних фондів, основним джерелом є особисті внески громадян.

Так, останні дві класифікації схожі між собою: моделям фінансування охорони здоров'я із суспільних фондів споживання та змішаних фондів відповідають три системи організації охорони здоров'я Бісмарка, Семашка та Беверіджа, що ґрунтуються на принципах солідарності та мають наступні спільні риси: (1) універсальна система захисту незалежно від ризику; (2) рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги; (3) обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я; (4) відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги; (5) державний контроль за ціноутворенням. Проте ці моделі мають суттєві відмінності.

Для системного бачення необхідно еволюційно-детально уявити класичну класифікацію моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

1. *Модель соціального медичного страхування* (модель Бісмарка), використовується у таких країнах як: Австрія, Швейцарія, Ізраїль, Франція, Нідерланди, держави Східної Європи та Прибалтики, Японії тощо.

Модель формується у XIX – XX столітті, коли в багатьох європейських країнах були прийняті закони про обов'язкове медичне страхування, час початку реалізації ідеї соціальної солідарності в сфері охорони здоров'я, а дефіцит фінансових коштів на оплату медичних послуг спонукав владу втручатися у процес організації та контролю надання медичної допомоги.

Історично модель вперше запроваджена у 1881 році на національному рівні у Німеччині канцлером Отто фон Бісмарком та отримала статус державної системи охорони здоров'я. Модель має назву-німецька або континентальна [53]. Відповідно моделі були створені лікарняні каси – заклади соціального страхування робітників, бюджет яких переважно формування із внесків робітників, а управління здійснювалося роботодавцями [62].

Основним принципом, за яким діє модель, є принцип соціального страхування, тобто захисту від факторів соціального ризику (хвороб, нещасних випадків, втрати



працездатності) та при материнстві, безробітті, смерті родичів, який передбачає існування страхових фондів, які керуються на паритетних засадах найманими робітниками та працевдавцями. Фонди акумулюють соціальні надходження від заробітної плати для здійснення страхових виплат, які покривають витрати на медичне обслуговування населення. Фонди є неурядовими, некомерційними (страховими) фондами, які виступають як посередники між застрахованими особами та закладами охорони здоров'я. В різних країнах страхові фонди формуються за різними принципами: професійними, територіальними, релігійними, політичним [50, с. 121].

Основним економічним принципом моделі є принцип змішаної економіки, що поєднує механізми ринку медичних послуг та розвинену систему державного регулювання і соціальних гарантій.

Для моделі характерне децентралізоване фінансування, яке є багатоканальним, охоплює обов'язкове медичне страхування більшості населення, забезпечується за рахунок обов'язкових фіксованих внесків із фонду заробітної плати робітників і роботодавців на обов'язкове медичне страхування та соціальне страхування, субсидій держави, внесків у фонди добровільного медичного страхування, прямої оплати та співоплати громадян країни. Співвідношення розміру фінансової участі в формуванні фондів медичного страхування залежить від економічної кон'юнктури та податкової політики, що склалися в країні.

Розмір внесків визначається платоспроможністю і не залежить від індивідуального ризику, що обумовлює постійний характер покриття витрат на охорону здоров'я і не впливає на обсяг медичної допомоги, що надається. Страхові внески, як правило, розраховуються на основі розміру заробітної плати та доходів. В цьому випадку відбувається перерозподіл ресурсів від категорій населення з високим рівнем заробітної плати до категорій з меншим рівнем, від молодого та здорового населення – до літніх та хворих. Таким чином, забезпечується соціальна солідарність у групі застрахованих.

Фінансування в межах соціальної страхової моделі є менш залежним від політичної кон'юнктури. За цією моделлю, істотна частина страхових внесків залишається, як правило, на місцях. Вони перерозподіляються за принципом територіального вирівнювання та можуть контролюватися страховиками та застрахованими в частині використання ресурсів, які направляються на оплату медичної допомоги, та якості медичних послуг. Крім того, пацієнти мають можливість вибору лікарів та закладів охорони здоров'я.

Перевагою такої моделі є стабільність надходжень коштів від підприємств, робітників, які зацікавлені в отриманні медичної допомоги. Цей факт обумовлений прозорістю фінансування страхової медицини, а також прямим та опосередкованим формування фондів. Це сприяє інвестуванню фінансових коштів у сучасні інноваційні медичні технології та обладнання, стимулює медичний персонал до удосконалення та забезпечує підвищення їх доходів.

Страхова система не фінансується, як правило, з державного бюджету, за окремими винятками. Так, для малозабезпечених верств населення, які не можуть отримувати медичні послуги за низкою причин (наприклад, відсутній необхідний страховий стаж), медична допомога фінансується державою. В даному випадку мова йде про додаткові, допоміжні механізми, які представляють собою відхилення від страхової моделі, проте без яких забезпечення повного охоплення населення медичною допомогою буде неможливим [50, с. 119].

Держава відіграє роль гаранта у забезпеченні потреби населення в медичній допомозі, не залежно від рівня доходів, при цьому не порушуючи ринкових принципів оплати медичних послуг. Роль ринку медичних послуг зводиться до задоволення потреб населення понад гарантованого державою рівня, забезпечуючи право вибору та суверенітет споживачів – споживачів медичних послуг.

Субсидії держави покривають витрати на соціальне страхування, громадську охорону здоров'я (санітарно-протиепідемічні заходи), підготовку медичних кадрів та наукові дослідження.

Характерною рисою моделі соціального медичного страхування є наявність незалежних страхових фондів, які керуються через державні або приватні страхові компанії, якість діяльності яких жорстко регламентується державою.

Медичне страхування є обов'язковим для всіх працюючих – у переважній більшості європейських країн ним покривається практично все населення. Так, наприклад, у Люксембурзі тільки 1-3% населення не є застрахованим, до яких переважно належать забезпеченні верстви населення [284, с. 121].

Добровільне медичне страхування при такій моделі є не основним, на відміну від США та Австралії: його питома вага складає від 1,6% (Люксембург) до 14,3% (Нідерланди). Цей вид медичного страхування існує у якості: (а) замінного (є альтернативою державного медичного страхування для найманих робітників та службовців з доходами, які перевищують граничні рівні, затверджені урядом), (б) додаткового (дозволяє громадянам мати комфортніші умови при госпіталізації або отримувати допомогу у приватних закладах охорони здоров'я), (в) доповнюючого (повністю або частково покриває витрати на медичні послуги, які залишилися за межами державного фінансування, або гарантує певні преференції до медичної допомоги) [370, с. 11].

За цією моделлю постачальники медичних послуг є вільними суб'єктами ринку. Держава безпосередньо не приймає участі у процесі медичного обслуговування, однак законодавчо забезпечує регулюючу та контролюючу функції: регулює ставки внесків, ціни на медичні послуги, договірні відносини між страхувальником і закладом охорони здоров'я, розмір гарантованого пакету медичних послуг, системи контролю за якістю медичної допомоги. Тому така модель охорони здоров'я характеризується як регульована, оскільки макроекономічна вартість страхової моделі є більш вартісною, ніж, наприклад, державної. Це відбувається за рахунок підвищення цін на медичні послуги, а отже і вартості страхових внесків, високих адміністративних витрат, маркетингових витрат тощо.

Обов'язкове медичне страхування може функціонувати у двох організаційних (пряма та непряма) і економічних (товарна і грошова) формах.

Пряма форма характеризується тим, що органи медичного страхування мають власні заклади охорони здоров'я (Японія, Швеція); непряма – передбачає контактування страхової організації із закладами охорони здоров'я (Німеччина, Австрія).

При грошовій формі страхувальник вільно обирає фахівця медичних послуг (лікаря загальної практики чи сімейного лікаря), оплачує вартість послуг, відповідно страхова компанія відшкодовує певний відсоток вартості амбулаторної допомоги, а частина витрат покривається за принципом співоплати (Бельгія, Люксембург, Франція); товарна форма

характеризується тим, що страхувальник отримує медичну допомогу безоплатно, а економічні питання вирішує посередник між страхувальником і постачальником медичної послуги (Німеччина, Австрія, Нідерланди, Швеція).

Реформування за останні роки даного типу охорони здоров'я призвело до гнучкості системи, яка поєднує як принципи централізованого, так і децентралізованого управління, що зменшує вплив кон'юнктурних коливань на систему [382, с. 9].

Моделі соціального медичного страхування притаманні ознаки як державної моделі фінансування, так і приватної-залежно від переваги параметрів.

Так, різновидом моделі соціального медичного страхування є *суспільно-приватна модель фінансування охорони здоров'я (змішана форма)*, яка притаманна для Канади, Нідерландів та Японії. Модель характеризується покриттям витрат на медичну допомогу шляхом поєднання соціального та приватного медичного страхування, тобто поєднує в собі ринкову та соціальну моделі.

До основних переваг моделі соціального медичного страхування належать:

- 1) високий рівень гарантій надання безкоштовної медичної допомоги;
- 2) адресність внесків;
- 3) усунення внутрішньогалузевого монополізму системи охорони здоров'я;
- 4) відкритість для додаткових джерел фінансування;
- 5) інвестування коштів в інноваційне оновлення галузі, новітні медичні технології та устаткування, фармацевтичні та технічні розробки;
- 6) розвиненість ринку інновацій та інтелектуальної власності у галузі охорони здоров'я;
- 7) гарантування з боку держави якісної медичної допомоги;
- 8) вільний вибір страхових фондів і постачальників медичних послуг.

Недоліки системи полягають у високих адміністративних витратах та збільшенні витрат страхових компаній та закладів охорони здоров'я, що призводить до скорочення працівників, збільшення вартості страхових внесків. Недоліком є також незначні можливості в сфері охорони громадського здоров'я, санітарної просвіти населення, профілактичної медицини, що обумовлюється недостатніми фінансовими можливостями страхових фондів та їх незацікавленістю розподілі фінансових коштів на вирішення цих завдань. Іншою слабкістю моделі є складність управління та координації діяльності закладів охорони здоров'я, що обумовлена децентралізацією, особливо в країнах з обмеженими ресурсами та неоднорідністю територіального розподілу. Важливим недоліком страхової моделі є залежність від демографічної ситуації в країні, від процесів старіння населення, зниження народжуваності-це основні причини кризових процесів сучасних систем страхової медицини.

2. *Державній моделі охорони здоров'я (модель централізованого фінансування: системи Семашка та Беверіджа)* притаманні наступні риси: (1) основне джерело фінансування – загальні податкові надходження; (2) оплата медичного обслуговування здійснюється з державного та місцевих бюджетів; (3) податки прогресивні; (4) держава виступає власником більшості закладів охорони здоров'я, здійснюючи функції управління, фінансування та організації надання медичної допомоги населенню; (5) органами державного управління регламентується загальна стратегія розвитку галузі та основні сторони економічної діяльності закладів охорони здоров'я.

*Модель Семашка* була запропонована академіком М. О. Семашко. Характерна для радянських та пострадянських країн на початку 1990-х рр.

Ця модель характеризується принципами: безкоштовності, загальної доступності кваліфікованої медичної допомоги, профілактичної спрямованості діяльності, тісного зв'язку між медичною наукою та практикою.

Для моделі характерна жорстка державна форма управління контролю та відсутність вільного ринкового середовища. Характерною ознакою цієї моделі була наявність єдиного замовника медичної допомоги в особі держави.

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснювалося за залишковим принципом, а формування – за централізовано визначеними нормативами (штату медичних працівників, ресурсів, фонду заробітної плати). Модель орієнтувалася на командно-адміністративний принцип: централізований механізм формування бюджету галузі, організація матеріально-технічного та фармацевтичного забезпечення на основі державного замовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів.

Це призвело до екстенсивного розвитку галузі, відсутності економічної зацікавленості медичного персоналу у раціональному використанні ресурсів та підвищенні якості медичної допомоги, слабкої орієнтації на споживача та відсутності конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг. Ці чинники з розпадом Радянського Союзу й призвели до руйнування моделі охорони здоров'я.

Однак у більшості країн із перехідною економікою, після розпаду СРСР, гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінювалися, або були лише незначно модифіковані. Наприклад, в країнах східної Європи (Болгарії, Словенії, Чехії, Естонії) на певний час були введені фіксовані співоплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. В Україні та Російській Федерації, наприклад, відбулася «тонізація» фінансових відносин в сфері охорони здоров'я за рахунок прямої оплати населенням медичному персоналу вартості наданих медичних послуг. Як результат, характерною особливістю цих країн став «значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням» [104], що потребував повної або часткової трансформації моделі фінансування та організації охорони здоров'я.

Проте існування такої моделі усуває недоліки ринкового механізму функціонування, на якій побудовані модель соціального медичного страхування та приватна модель: «система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні, тобто система фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (в СРСР – республіканські Міністерства охорони здоров'я, в незалежній Україні – обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охороною здоров'я» [53].

*Модель Беверіджа (універсалістська модель; бюджетна модель)* притаманна для таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Канада, Італія, Іспанія, Португалія, Греція, Нова Зеландія.

Модель була запропонована англійським економістом лордом У. Беверіджем [279], основною ознакою якої була трансфертна система, побудована на принципі: багатий платить за бідного, здоровий – за хворого. Згідно з цим принципом, суспільство намагається сплачувати саме здоров'я нації завдяки оплаті медичних послуг, що направлені на його підтримання.

Модель засновується на принципах універсальності доступу та безкоштовності медичної допомоги на основних етапах курсу лікування.

Основним джерелом фінансування охорони здоров'я є бюджетні асигнування.

У межах цієї моделі можливі дві форми фінансування охорони здоров'я:

- 1) через державні фонди, ресурси яких використовуються для фінансування закладів охорони здоров'я;
- 2) прямим фінансуванням закладів, оминаючи державні фонди [50, с. 117].

Використовується також додаткове і доповнює добровільне медичне страхування та співплата населення за окремі види медичних послуг (стоматологічні, офтальмологічні, фармацевтичні, для яких встановлена фіксована оплата).

Для цієї моделі характерна чітка централізована система контракування, згідно з державними стандартами. При цьому функції центрального уряду та органів управління охороною здоров'я на місцях, як правило, чітко розмежовані. Розподіл відповідальності за надання медичної допомоги полягає в тому, що стратегічні питання розвитку охорони здоров'я вирішуються центральними органами управління, а організація та планування діяльності закладів охорони здоров'я на місцях делегується місцевим органам влади [50, с. 117].

Система охорони здоров'я представлена наступними ланками: сімейною медициною, лікарняною допомогою та суспільною охороною здоров'я. Характерна орієнтація на первинну медико-санітарну допомогу. Так, наприклад у більшості країн Західної Європи, первинна медична допомога фінансово та оперативно відокремлена від вторинної.

На відміну від моделі Семашко, для моделі Беверіджа притаманне конкурентне середовище. Проте суттєвою характеристикою є обмеження ринкових відносин між постачальниками та покупцями медичних послуг (тобто лікарем та пацієнтом).

Внутрішній ринок працює через територіальні відділи охорони здоров'я та лікарів загальної практики – фондотримачів, які укладають контракти з закладами охорони здоров'я всіх форм власності та узгоджують між собою обсяг медичної допомоги. При цьому лікарі загальної практики отримують річний бюджет, який включає кошти на лікувальну, профілактичну, реабілітаційну діяльність і на оплату всіх видів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, їм надають цільові виплати за надання медичних послуг людям певного віку (вакцинація, контрацепція тощо). Це сприяє ефективному використанню ресурсів, адекватному розподілу витрат на охорону здоров'я та стимулюванню лікарів до надання якісної медичної допомоги та активної профілактичної роботи.

Система оплати праці лікарям загальної практики поєднує «подушну» (принцип «гроші – за пацієнта») та гонорарну оплату: рівень подушної оплати визначається чисельністю та віком прикріпленого до лікаря населення.

Регулювання кількості та структури медичного персоналу відбувається відповідно до потреб споживачів.

Стационари фінансуються шляхом формування річного бюджету під визначений обсяг діяльності (глобальний бюджет). Широкого застосування набули денні стационари хірургічного профілю (хірургія «одного дня»), що пов'язано зі зниженням собівартості лікування (на 30% нижче) у порівнянні з традиційними стационарами.

Отже, до основних переваг державної системи охорони здоров'я, а саме системи Беверіджа, належать:

- 1) високий рівень державного управління та регулювання системою, що забезпечує якість медичної допомоги;
- 2) загальна доступність та рівний доступ для всіх верств населення – забезпечення принципу соціальної справедливості;
- 3) безоплатність медичної допомоги;
- 4) забезпечення співвідношення «якість медичної допомоги – помірна вартість медичних послуг»;
- 5) високий рівень економічності за рахунок стримування державою зростання витрат на охорону здоров'я завдяки макроекономічним важелям впливу;
- 6) економія ресурсів за рахунок фіксованого фонду оплати праці та централізації формування та перерозподілу бюджету;
- 7) прозорість фінансових потоків та контроль над використанням коштів постачальниками медичних послуг;
- 8) підзвітність суспільству.

Проте існує ряд значних недоліків, серед яких: дефіцит бюджетного фінансування для матеріально-технічного оновлення системи охорони здоров'я; відсутність можливості вільного вибору лікаря та часу візиту до нього, наявність черг; відсутність адресності внесків; бюрократизація відносин; «закритість» системи; відсутність економічної зацікавленості медичного персоналу у якості медичних послуг та раціональному використанню ресурсів; обмеженість прав закладів охорони здоров'я; слабка орієнтація на споживчий попит; плінність кадрів.

Незважаючи на охопленість медичними послугами населення, для державної моделі характерна нерівність у розподілі медичної допомоги між різними регіонами, що проявляється в концентрації фінансових та матеріальних ресурсів у великих містах та нестачею в регіонах. Причинами цього можуть бути недостатня прозорість процедур розподілу ресурсів в охороні здоров'я, а також відсутність гнучкості у прийнятті управлінських рішень.

Державні системи, як правило, зазнають постійного впливу зі сторони постачальників медичних послуг із метою збільшення приватного фінансування та підвищення частки зборів зі сторони населення незалежно від наявності приватного страхування. Особливо чутливою така модель є в часи фінансової кризи.

Іншим не менш важливим недоліком є значна залежність від мінливих політичних пріоритетів і «політична ціна» для владних органів у вигляді зростання суспільного незадоволення та критики зі сторони постачальників медичних послуг. Тому витрати, які направляються на бюджетну модель, як правило, залежать від політичних пріоритетів.

3. *Приватна модель фінансування охорони здоров'я (модель приватного страхування)* побудована на основі лібертарної концепції (вклад громадянина у суспільний добро-

бут визначає його доступ до соціально важливих благ) та ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування. Модель характеризується наступними ознаками:

- 1) основне джерело фінансування – особисті кошти громадян (пряма оплата, премії добровільного медичного страхування, медичні депозитні рахунки, співплата медичних послуг);
- 2) відсутність єдиної системи державного медичного страхування;
- 3) премії добровільного медичного страхування встановлюються у відповідності до індивідуального ризику (індивідуальна оцінка можливості захворіти), суспільного і групового ризиків (оцінка середнього ризику для певної групи населення);
- 4) існує тісний зв'язок між індивідуальним ризиком та величиною премій і обсягом медичних послуг;
- 5) доступ для отримання медичної допомоги за загальнодержавними програмами (наприклад, *Medicaid, Medicare*) обмежується віком, стажем роботи, соціальним статусом та місцем роботи;
- 6) здійснюється селекція серед бажаючих отримати медичну страховку (перевага надається здоровим, молодим, забезпеченим);
- 7) орієнтація на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу;
- 8) ціни на ринку охорони здоров'я регулюються законами вільного ринку;
- 9) різноманітність медичних послуг та їх постачальників.

Така модель характерна для США. Медичне забезпечення країни формується у відповідності до фінансових можливостей і потреб населення та за законами вільного ринку. Основним інструментом задоволення потреб населення в медичних послугах є ринок медичних послуг та добровільного (приватного) страхування [347, с. 128]. Та частини населення, яке не в змозі придбати медичні послуги, підпадає під суспільні програми медичної допомоги, що розробляються та фінансуються державою (наприклад, у США – програми *Medicaid* та *Medicare*).

Переваги такої моделі полягають у:

- 1) концентрації фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я;
- 2) значних інвестиціях, які сприяють інноваційному розвитку галузі та підвищенню ефективності діяльності;
- 3) високому рівні заробітної плати медичних працівників;
- 4) багатосторонній системі контролю за якістю медичної допомоги.

Проте існують значні недоліки, серед яких порушення принципу соціальної справедливості у фінансуванні та доступі до медичних послуг; висока вартість медичних та фармацевтичних послуг; значні адміністративні витрати, що впливають на вартість медичної допомоги.

Резюмуючи вище наведену класифікацію моделей організації та фінансування охорони здоров'я, проілюструємо узагальнену характеристику моделей, яка представлена у табл. 1.1.

Існуючі моделі охорони здоров'я визначаються загальними проблемами економічної теорії, що пов'язані із розподілом функцій між ринком і державою у фінансуванні, виробництві та розподілі медичних послуг. Більшість зарубіжних країн при фінансуванні, організації та наданні медичних послуг поєднують державні та приватні механізми. Однак пропорції

Таблиця 1.1 – Узагальнений аналіз світових моделей організації та фінансування охорони здоров'я

Назва моделі	Країни, для яких характерна модель	Основний принцип побудови моделі	Джерела фінансування	Роль держави	Переваги	Недоліки
1. Модель соціального медичного страхування (Модель Бісмарка)	Німеччина, Австрія, Швейцарія, Ізраїль, Франція, держави Східної Європи та Прибалтики	Принцип соціального страхування	Багатоканальна система фінансування (обов'язкове соціальне страхування, державні субсидії, пряма оплата та співплата громадян країни, добровільне медичне страхування)	Держава безпосередньо не бере участі в процесі медичного обслуговування. Законодавчо забезпечує регулювання та контроль за системою охорони здоров'я	1. Високі гарантії надання безкоштовної якісної мед. допомоги 2. Адресність внесків 3. Відсутність монополізму 4. Додаткові джерела фінансування 5. Високий рівень інноваційності галузі 6. Вільний вибір лікаря	Високі адміністративні витрати
1.1. Суспільно-приватна модель (змішана модель)	Нідерланди, Японія		Поєднання соціального та приватного медичного страхування	Держава – власник більшої частини медичних закладів. Здійснює управління, фінансування та організації надання медичної допомоги	1. Високий рівень державного управління, що забезпечує якість медичної допомоги 2. Загальна доступність медичної допомоги для всіх верств населення 3. Безоплатність медичної допомоги 4. Економічність суспільству 5. Підвищеність суспільству 6. Контроль над використанням коштів	1. Дефіцит бюджетного фінансування 2. Відсутність вільного вибору лікаря 3. Відсутність адресності внесків 4. Бюрократизація 5. «Закритість» системи 6. Відсутність економічної зацікавленості медичного персоналу у якості мед. послуг і рациональному використанні ресурсів 7. Обмеженість прав медичних закладів 8. Слабка орієнтація на споживчий попит 9. Плинність кадрів
2. Державна модель:			Бюджетна система фінансування: з державних та місцевих бюджетів	Держава – власник більшої частини медичних закладів. Здійснює управління, фінансування та організації надання медичної допомоги	1. Концентрація фін. ресурсів та значні інвестиції в галузь галузі 3. Висока інноваційність галузі 4. Високий рівень ефективності 5. Високий рівень заробітної плати медичних працівників 6. Багатостороння система контролю за якістю	
2.1. Модель Семашко	СРСР та пострадянські країни	Принцип універсальності та безкоштовності медичної допомоги	Особливість: фінансування за залишковим принципом	Особливість: жорсткий державний контроль та управління		
2.2. Модель Беверіджа	Великобританія, Ірландія, Данія, Фінляндія, Норвегія, Швеція, Канада, Італія, Іспанія, Португалія, Греція, Нова Зеландія		Особливість: крім бюджетних асигнувань, використовуються доповнююче добровільне медичне страхування та співплата населення	Особливість: централізація контракування, згідно з державними стандартами. Орієнтація на первинну медико-санітарну допомогу та наявність конкурентного середовища		
3. Приватна модель	США	Лібертарна концепція: вклад громадянина у суспільний добробут визначає доступ до соціально важливих благ	Основне джерело – приватні кошти (добро-вільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг та депозитні медичні рахунки). Додаткове джерело – суспільні фонди для покриття витрат груп ризику	Децентралізована система з державними страховими програмами		

Джерело: сформовано автором

участі держави та приватного сектору є різними. Конкретні форми фінансування визначаються специфікою системи охорони здоров'я внаслідок економічного й соціального розвитку країни [177, с. 94-96].

Аналізуючи типологію перерахованих моделей, можемо зауважити, що в основі їх класифікації покладено не лише роль державного і приватного секторів та фінансово-економічні характеристики, а також роль категорії «товару» в сфері охорони здоров'я. Варто акцентувати увагу, що серед науковців існує дискусія щодо цього поняття немає однозначної думки, що є товаром у системі охорони здоров'я.

Основною метою охорони здоров'я є збереження та зміцнення здоров'я людини, існують певні колізії з визначенням здоров'я як товару. Перш за все, це пов'язано із проблемами та труднощами виміру та оцінки поняття в грошовому еквіваленті, а також з етичною стороною проблематики при розробленому механізмі оцінки вартості здоров'я людини вона стала б визначати вартість людського життя. У зв'язку з цим, якість товару науковці пропонують розглядати медичні послуги, а систему охорони здоров'я визначити як організовану діяльність, у процесі якої здійснюється надання цих послуг.

Охарактеризовані нами моделі охорони здоров'я по-різному враховують специфіку медичної послуги як товару, що є не менш важливим параметром, ніж вище перераховані, у процесі типологізації систем охорони здоров'я.

Так, наприклад, приватна модель охорони здоров'я розглядає медичні послуги як будь-який інший товар, що може бути об'єктом купівлі-продажу відповідно до класичних законів ринку з мінімальним урахуванням його соціальної специфіки. Високий рівень конкуренції створює умови росту якості послуг, розширення асортименту медичних послуг, впровадження інноваційних технологій.

Державна модель охорони здоров'я, на відміну від приватної, направлена на соціальні пріоритети в наданні медичної послуги, що є основним параметром медичної послуги. Таким чином, у цій моделі факт купівлі-продажу медичної послуги є фактом опосередкованої купівлі національного здоров'я, що акцентує модель як соціально орієнтовану. Проте основним недоліком такого підходу є проблема стимулювання факторів розвитку, що призводить до низьких темпів поліпшення якості системи, низького рівня інноваційності та гнучкості системи.

Модель соціального медичного страхування розглядає здоров'я як капітал, який збільшує ефективність суспільної праці, а також вартість людського капіталу країни. Таким чином, головною характеристикою медичних послуг є потенційний попит, пов'язаний з ризиком втрати здоров'я та працездатності. Отже, модель соціального медичного страхування орієнтована, перш за все, на вирішення макроекономічного завдання – забезпечення зростання продуктивності праці та зменшення економічних втрат за рахунок зниження втрат праці.

В основі кожної моделі організації та фінансування охорони здоров'я покладено різне розуміння поняття товару в сфері охорони здоров'я: медична послуга як приватний, суспільний та квазісуспільне благо. Це визначає роль держави в системі охорони здоров'я, механізми фінансування системи, ціноутворення на ринку медичних послуг, оплату праці співробітників галузі.

Незважаючи на відмінності, означеним моделям охорони здоров'я, властиві спільні цілі та джерела фінансування (хоча із різною часткою цих джерел).

Основні цілі, що притаманні моделям охорони здоров'я:

- 1) збереження та зміцнення здоров'я населення;
- 2) забезпечення медичної, соціальної та економічної ефективності лікувально-профілактичної діяльності;
- 3) зниження вартості медичних послуг;
- 4) забезпечення доступності медичної допомоги для всіх верств населення.

Основні джерела фінансування охорони здоров'я:

- 1) бюджетні асигнування;
- 2) страхові внески;
- 3) індивідуальні кошти населення.

Відтак, можна впевнено стверджувати, що процес модернізації національних систем охорони здоров'я, його мета, завдання та пріоритетні напрями, мають схожі ключові питання, які направлені на:

- 1) визначення ролі та участі держави, взаємодії владних установ та закладів охорони здоров'я;
- 2) співвідношення державного та приватного секторів охорони здоров'я та співпраці між ними;
- 3) розвиток страхової медицини; пошук та використання нових джерел фінансування та форм перерозподілу фінансових ресурсів;
- 4) організацію та оптимізацію усіх ланок надання медичної допомоги;
- 5) форм оплати праці та системи мотивації та стимулювання медичного персоналу;
- 6) ролі та місця середнього персоналу в лікувально-профілактичному процесі;
- 7) розвиток конкурентоспроможності системи охорони здоров'я та конкуренції в галузі;
- 8) зміну відношення населення до власного здоров'я – впровадження превентивної медицини та політики здоров'язбереження [220, с. 346].

Отже, на підставі проведеного аналізу можемо виділити наступні загальні тенденції процесу модернізації систем охорони здоров'я:

- 1) забезпечення рівного доступу для всіх верств населення;
- 2) уніфікація стандартів у сфері надання медичних послуг на міжнародному рівні;
- 3) розвиток і пріоритетність ринкових відносин у сфері охорони здоров'я;
- 4) вирішення проблеми фінансування сфери охорони здоров'я з метою гарантованого покриття медичного обслуговування населення;
- 5) пошук адекватного співвідношення централізація – децентралізація державного регулювання в сфері охорони здоров'я.

Проте науковці пов'язують еволюційний розвиток національних систем охорони здоров'я з «ослабленням державних функцій щодо забезпечення медичного обслуговування» [104].

Не зважаючи на існування чіткої класифікації моделей організації та фінансування охорони здоров'я, ми можемо стверджувати, що сьогодні існуючі національні системи охорони здоров'я повною мірою не вкладаються ні в одну з моделей, представлених у класифікації. Оскільки в умовах глобалізації, адаптації та реформування моделі еволюціонують, запозичуючи принципи побудови, організації та регулювання діяльності. Сучасні моделі охорони

здоров'я є високо адаптивними та гібридними. Такі процеси направлені на реалізацію основної мети системи охорони здоров'я – збереження та зміцнення здоров'я населення країни.

## 1.2. Організація охорони здоров'я в економічно розвинених країнах світу

Враховуючи положення про існуючі національні системи охорони здоров'я, які мають особливості у різних країнах світу, необхідно системно проаналізувати організації охорони здоров'я в деяких країнах різних регіонів.

У табл. А.1 та на рис. А.1 Додатку А представлено рейтинг країн за даними Світової статистики охорони здоров'я (*World Health Statistics, 2018*) [4]. Основними критеріями групування країн рейтингу є показники витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП та на душу населення.

Рейтинг трійки країн-лідерів за рівнем витрат на охорону здоров'я очолюють:

- 1) США (16,9% від ВВП, що подушно представляє 10246 дол. США на рік);
- 2) Швейцарія (12,2% від ВВП, що подушно представляє 9956 дол. США на рік);
- 3) Німеччина (11,2% від ВВП, що подушно представляє 5033 дол. США на рік).

При цьому, покриття населення необхідною медичною допомогою в цих країнах складає вище 80%.

У табл. А.2, Додатку А представлено рейтинг країн за ефективністю охорони здоров'я. Цей рейтинг було сформовано на основі розрахунків за показниками: середня очікуваність життя при народженні, державні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, вартість медичних послуг в перерахунку на душу населення (за аналітикою агентства Bloomberg на основі даних ВООЗ, ООН та Всесвітнього банку, 2018). В ньому вже враховується якісна структура процесу надання медичної послуги, на відміну від попереднього. Так за цим рейтингом, країни, які займали лідерські позиції в рейтингу за витратами, займають такі позиції із 56 країн, що були оцінені: США – 55, Швейцарія – 12, Німеччина – 45. За рейтингом ефективності охорони здоров'я провідні позиції обіймають:

- 1) Гонконг;
- 2) Сингапур;
- 3) Іспанія.

А в табл. А.3, Додатку А представлено рейтинг країн за індексом безпеки життя (за даними *GHS Index, 2019*). У 2019 році вперше було здійснено всебічну порівняльну оцінку охорони здоров'я у 195 країнах світу. В межах цього індексу аналізуються показники: профілактики хвороб; виявлення епідемії та звітність щодо епідеміологічного стану в країні; швидкість реагування на поширення епідемії; якість системи охорони здоров'я та захист медичних працівників; відповідність міжнародним нормам; загальне ризикове середовище та вразливість країни до біологічних загроз [322]. За цим рейтингом, країни-лідери рейтингу за показником витрат, займають наступні позиції: США – 1; Швейцарія – 13; Німеччина – 14.

Узагальнені порівняльні характеристики ефективності національних систем охорони здоров'я в різних країнах світу, станом на 31.12.2019 р. представлені у Додатку Б.

Складно стверджувати лише за цими показниками про рівень ефективності моделі охорони здоров'я в цілому в цих країнах, проте вони підтверджують той факт, що моделі охорони здоров'я цих країн надають медичну допомогу на високому рівні та відповідають цілям та завданням свого існування.

**Національна система охорони здоров'я США.** Національна система охорони здоров'я США є унікальною серед країн з розвинутою економікою. В США довгий період часу не існувало єдиної системи охорони здоров'я та універсального охоплення населення медичною допомогою. Лише в 2010 році було здійснено реформування системи охорони здоров'я. Отже, з впевненістю цю модель можна назвати гібридною – це комплекс роздроблених систем та програм, що фінансується, переважно, приватним шляхом.

Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів є одним з найбільших сучасних проєктів в історії США з середини 1960-х рр., яка проводилась поетапно з 2010 року за ініціативою Президента країни Барака Обами. Необхідність у розробці єдиної системи охорони здоров'я в США полягала у вирішенні основної проблеми, що характеризувала цю систему, отже досягненні мети – збільшення покриття медичною допомогою населення США: зробити систему охорони здоров'я та медичного страхування більш доступною широким верствам населення.

Фінансування сфери охорони здоров'я в США представляє собою поєднання приватного страхування (страхові премії, індивідуальні платежі) та покриття витрат із суспільних фондів (федеральні та регіональні податки) для груп підвищеного ризику (пенсіонерів, інвалідів, незаможних громадян).

Отже, до основних джерел фінансування можна віднести:

- добровільне медичне страхування;
- індивідуальні платежі населення;
- державний бюджет;
- федеральні бюджети;
- бюджети місцевого самоврядування.

Проте незважаючи на те, що державне фінансування входить до вторинного фінансування системи охорони здоров'я США, варто відзначити що за офіційними даними державні кошти складають 46% у структурі джерел фінансування, страхові внески – 27%, тоді як індивідуальні платежі – 27%. Однак, за більш детальними підрахунками, державні джерела становлять до 60,5% (статистика наведена з урахуванням федеральних субсидій на приватне страхування та державні закупівлі приватного страхування для державних службовців). Отже, державне фінансування системи охорони здоров'я в США є значним та всеохоплюючо масштабним [381].

Система фінансування США не передбачає принципу солідарного субсидювання між групами з різними доходами. Приватні страхові компанії обслуговують 73% громадян США, із них колективним медичним страхуванням через роботодавців охоплено 64% населення; самостійним, індивідуальним – 9%; зовсім не мають медичної страховки – 16% населення.

Усі приватні та державні програми медичного страхування відрізняються залежно від покритих виплат, джерел фінансування та виплат медичним працівникам за надані послуги [295, с. 152-160].

Компенсація медичної допомоги приватних платників здійснюється за рахунок наступних програм: (1) членства в організаціях підтримки здоров'я *Health Maintenance Organization (HMO)*; (2) індивідуального добровільного медичного страхування або членства в організаціях медичного обслуговування за вибором пацієнта *Preferred Provider Organization (PPO)*; (3) програм «Пункт допомоги» (*Pint-of-Service*), що поєднує аспекти HMO та PPO; (4) безоплатної невідкладної допомоги населенню країни, незалежно від платоспроможності (необхідний мінімальний обсяг, затверджений федеральним урядом); (5) державних програм *Medicare* та *Medicaid*, які опікують людей віком від 65 років та малозабезпечених, та державній програмі Програма медичного страхування дітей (*Children's Health Insurance Program, CHIP*).

Покриття витрат на медичну допомогу при колективному страхуванні може здійснюватися двома шляхами:

- 1) платою за послугу, тобто працедавець виплачує страховій компанії за кожного співробітника страхові премії відповідно до страхового поліса, а страхова компанія оплачує рахунки (80%) закладів охорони здоров'я та лікарів;
- 2) платою за «керовані» послуги, що використовується в організаціях підтримки здоров'я *Health Maintenance Organization (HMO)*, для яких характерно: обслуговування певної групи населення; регулярна сплата фіксованих внесків, розмір яких не залежить від стану здоров'я та віку; обсяг і асортимент медичних послуг визначаються контрактом; наявність уніфікованих вимог до різних технологій обстеження, лікування і реабілітації пацієнтів у вигляді керівництв та протоколів; відповідність результатів лікування до визначених стандартів; прийняття організацією на себе фінансового ризику при наданні медичної допомоги. *HMO* є покупцем медичних послуг або укладає колективні контракти з групою лікарів, які надають медичну допомогу членам організацій в центрах здоров'я і лікарнях, що належать *HMO*. Заклади охорони здоров'я отримують фіксовану суму, яка попередньо виплачується за кожного застрахованого незалежно від обсягу наданих медичних послуг.

До державних страхових програм належать *Medicare* (13%), *Medicaid* (10%) та Фонд ветеранів армії (4%). Також існують державні програми, що фінансуються за допомогою *Indian Health Services* та сфери оборони.

Програма *Medicare* надає послуги людям віком від 65 років, які мають стаж роботи від 5 до 10 років, певним категоріям інвалідів; фінансується за рахунок цільових податків з фонду заробітної плати та державних прибутків. Програма складається з чотирьох частин:

- *Medicare Part A* - страхування перебування в лікарні: фінансується за рахунок податків на заробітну плату;
- *Medicare Part B* - медичне страхування: фінансується за рахунок щомісячних страхових внесків;
- *Medicare Part C (Medicare Advantage Plans)* - ваучерна програма, що надається приватними комерційними страховими компаніями, які укладають договори з *Medicare*

про надання пільг у частинах А та В. Включає організації з управління медичним обслуговуванням (*Health Maintenance Organizations, HMO*), організації бажаних постачальників (*Preferred Provider Organizations*, приватні плани оплати послуг (*Private Fee-for-Service Plans*), плани специфічних потреб (*Special Needs Plans*) та рахунки медичного заощадження *Medicare (Medicare Medical Savings Account Plans)*;

- *Medicare* Частина D - це амбулаторна лікарська програма, яка пропонується приватними страховими компаніями, які фінансуються федеральним урядом для надання допомоги у частині D.

Програма *Medicaid* охоплює найнижчі верстви населення, доходи яких нижче межі бідності, малозабезпечених інвалідів, громадян похилого віку, вагітних та дітей; фінансується федеральним урядом та органами управління певних штатів. Участь держави в програмі *Medicaid* є добровільною, але всі штати в певній мірі були частиною програми з 1982 року.

Програма медичного страхування дітей (*CHIP*) регулюється на федеральному рівні, але стратегічне планування відбувається на державному рівні. Діти, які мають право на участь у цій програмі, походять із сімей, які знаходяться на рівні бідності (від 44 700 до 67 050 дол. США на сім'ю з чотирьох людей). В деяких штатах за певними обставинами вагітні жінки також мають право на покриття з цієї програми, а діти із сімей державних службовців з низькими доходами охоплюються в рамках розширеної програми *CHIP*.

З 2009 року в США був прийнятий Закон про збільшення фінансування програми медичного страхування дітей (*Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA*), що сформував нові умови фінансування та надав нові можливості для покриття медичним страхуванням дітей [381].

Система охорони здоров'я представлена наступними ланками:

1. Первинна медична допомога. Лікарі цієї ланки складають близько 30% всього медичного персоналу США; більшість з них мають індивідуальні чи групові приватні кабінети (не менш ніж 5 лікарів 24/7). В приватних кабінетах працює також медичний персонал, оплата праці яких здійснюється за рахунок приватної медичної практики. Оплата послуг лікарів здійснюється за рахунок декількох фінансових джерел, а саме контрактних виплат (приватне страхування), плата за надані послуги (приватне страхування) та адміністративний набір виплат (державне страхування). Лікарям також можуть бути надані фінансові стимули приватними страховими компаніями та державними програмами (наприклад, *Medicare*), на основі різних критеріїв якості та результативності діяльності.

У пацієнтів є право вільного вибору лікаря, без необхідності реєстрації (проте це залежить від медичної страховки). Застраховані пацієнти, як правило, безпосередньо несуть фінансову відповідальність за певну частину оплати послуг лікаря, а незастраховані - несуть відповідальність за всю або часткову оплату послуг лікарів, хоча ці збори можуть бути зменшені або скасовані.

2. Амбулаторна допомога. Вузькоспеціалізовані фахівці мають право мати приватну практику, а також працювати в лікарнях. Деякі програми страхування (наприклад, *HMO*) вимагають направлення від лікаря первинної медичної допомоги, тоді як інші (наприклад, *PPO*) - дають пацієнтам можливість більш широкого і безпосереднього доступу

до вузькоспеціалізованих фахівців. Доступ до фахівців може бути особливо складним для членів програми *Medicaid* та незастрахованого населення, оскільки деякі фахівці відмовляються приймати пацієнтів за програмою *Medicaid* через низькі показники компенсації. Оплата медичних послуг вузькоспеціалізованих фахівців здійснюється за рахунок контрактних виплат (приватне страхування), оплати за надані послуги (приватне страхування) та адміністративних виплат (державне фінансування).

Механізм оплати медичних послуг первинної та амбулаторної медичної допомоги, як правило, представлений оплатою за надані послуги за рахунком. Деякі страхові програми (у т.ч. рахунки медичного заощадження) передбачають отримання відшкодування пацієнтами за надані медичні послуги, оплачені за власний рахунок.

3. Медична допомога у неробочий час. Такий вид допомоги на первинній медичній ланці обмежений (тільки 39% лікарів первинної ланки задекларували такий вид діяльності у 2018 році), частіше він надається відділеннями невідкладної допомоги. Більшість таких відділень є приватно власністю лікарів приватної практики, лише 25% – власність лікарень. Деякі страхові компанії надають телефонні консультаційні послуги.

4. Заклади охорони здоров'я. Загалом лікарняний сектор США представлений наступним чином:

- а) неприбуткові, управління якими здійснюється релігійними або незалежними суспільними організаціями (близько 70%);
- б) комерційними, які підпорядковані великим приватним корпораціям (15%);
- в) державними, управління якими здійснюється державними органами (15%).

Оплата послуг закладів охорони здоров'я здійснюється декількома способами: плата за послуги, добова плата, плата за пролікований випадок та групова оплата. При цьому оплата праці медичного персоналу відбувається двома способами: за встановленим окладом та у більшості випадків – за надані послуги.

5. Психіатрична медична допомога. Надається неприбутковими, комерційними та державними постачальниками медичних послуг, а також вузькоспеціалізованими фахівцями: лікарями приватної практики, психіатрами, психологами, соціальними працівниками та медичними сестрами. Оплата здійснюється різноманітними способами, залежно від виду постачальника та платника медичних послуг. Більшість програм страхування покривають перебування в стаціонарі, амбулаторне лікування, невідкладну допомогу та лікарські рецепти; інші послуги можуть бути покриті додатковим медичним страхуванням та оплатою за додаткові послуги.

У США програмам надання психіатричної медичної допомоги надається особливої уваги зі сторони держави.

6. Довготривала медична допомога та соціальна допомога. Довготривала медична допомога та догляд надається неприбутковими, комерційними та державними постачальниками медичних послуг; оплата здійснюється різноманітними способами, залежно від виду постачальника та платника медичних послуг. *Medicaid* надає широкий пакет довготривалої медичної допомоги, проте він різниться в залежності від штату. Хоспіси також включені до програми *Medicare*, проте лише як висококваліфікована короткострокова медсестринська допомога та перебування в будинку для інвалідів (пристарілих) до 100 днів. Також довготри-

вала медична допомога, представлена комплексною медичною допомогою, пропонується страховими компаніями, проте на неї немає високого попиту.

Загалом сертифікований медичний догляд у США представлений наступним чином: комерційний сектор (69%); неприбуткові організації (24%); державний сектор (6%) [381].

Схематично механізм організації та фінансування охорони здоров'я в США представлено на рис. 1.2.

Загалом в 2019 році в США середня заробітна плата лікарів на рік склала 313 тис. дол. США: лікарі первинної ланки отримують від 207 до 258 тис. дол. США на рік, лікарі вторинної та третинної ланки – від 280 до 372 тис. дол. США на рік. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів становить близько 55%, а роботою – 91% [342].

Національна система охорони здоров'я США представлена розвиненою системою приватних закладів охорони здоров'я та приватним медичним страхуванням, де лікарі є постачальниками медичних послуг, а пацієнти – покупцями.

Отже, не зважаючи на високий рівень витрат на охорону здоров'я, у порівнянні з іншими країнами світу, – перше місце серед країн світу (табл. А.1 Додатку А), у національній системі США існує проблема невідповідності співвідношення «витрати – результат», тобто з економічної точки зору – неефективності системи: при високих витратах 70% усіх наданих медичних послуг припадає 10% населення.

Відтак, США незмінно займає низькі позиції в рейтингах серед інших розвинених країн світу, за показниками ефективності системи охорони здоров'я: рівнем дитячої смертності; рівнем тривалості життя; покриттям медичною допомогою населення тощо. Основною причиною цього є відсутність універсального покриття медичної допомоги, що призводить до нерівності у доступі до медичної допомоги та медичних ресурсів серед різних груп населення.

Також ця проблема є причиною недостатньої розвиненості інформаційної системи охорони здоров'я на державному рівні, що покладено у стратегічні плани розвитку галузі.

Загалом, можна впевнено стверджувати, що основною перевагою національної системи охорони здоров'я США є її людські та інтелектуальні ресурси, які забезпечують орієнтацію на високоспеціалізовану медичну допомогу, реалізацію інноваційних проектів та передових науково-дослідницьких програм. Це дозволяє системі охорони здоров'я США займати лідерські позиції за показниками: безпечності та скоординованості медичного догляду та пацієнт-орієнтованістю моделі [381].

**Національна система охорони здоров'я в Швейцарії.** Національна система охорони здоров'я Швейцарії характеризується як модель соціального медичного страхування. Як зазначалося вище, за обсягами витрат у відсотках від ВВП Швейцарія займає друге місце в рейтингу країн-лідерів за витратами (табл. А.1 Додатку А).

Національна система охорони здоров'я країни є децентралізованою: обов'язки та повноваження розподілені між федеральним, кантональним та муніципальними рівнями. Кожен з кантонів (ix – 26, у т.ч. 6 «напівкантони») мають свою власну конституцію та нормативно-правове законодавство, що регулює процедуру ліцензування постачальників медичних послуг, координує діяльність закладів охорони здоров'я, організацію та контроль над фінансуванням закладів охорони здоров'я.



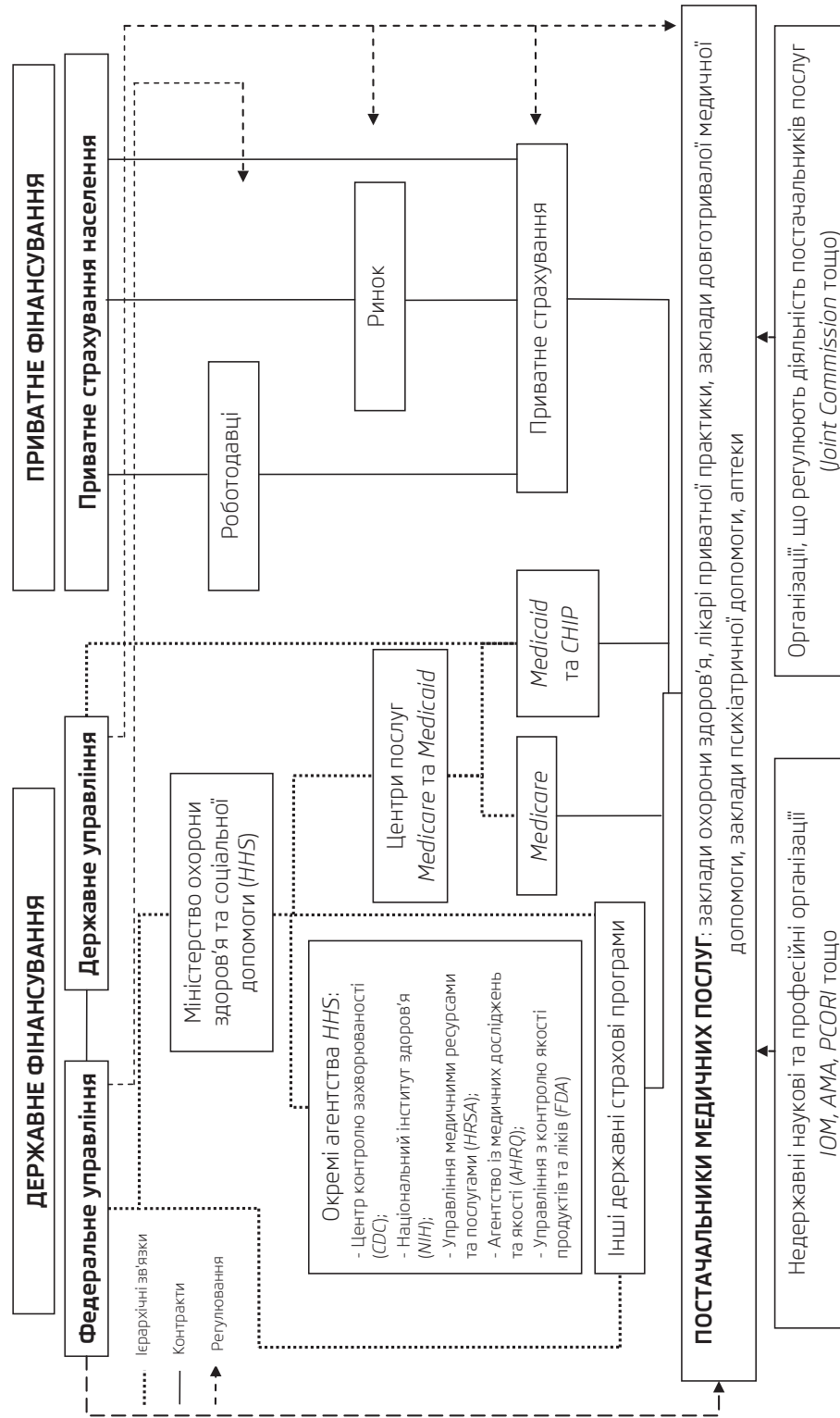


Рис. 1.2. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я США

Джерело: адаптовано автором [367, с. 27]

Федеральний уряд відіграє важливу роль у процесі: (1) регулювання фінансового механізму в системі охорони здоров'я, основними джерелами якого є обов'язкове медичне страхування та інші програми соціального страхування; (2) забезпечення якості та безпечності фармацевтичних препаратів та медичного обладнання; (3) контролю над ініціативами в суспільній сфері охорони здоров'я; (4) стимулюванні науково-дослідної діяльності в сфері охорони здоров'я.

Муниципальні органи влади відповідають за процес надання довготривалої медичної допомоги (будинки пристарілих, хоспіси, будинки інвалідів, надання послуг домашнього догляду) та інших послуг з соціальної підтримки соціально незахищених груп.

Медичне страхування в Швейцарії може бути класифіковано за двома групами:

- 1) Державне медичне страхування. Існує три основних джерела державного фінансування:
  - пряме фінансування постачальників медичних послуг через федеральний, кантональні та муніципальні бюджети (найбільшу частку займає кантональне субсидювання закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну невідкладну допомогу);
  - виплати обов'язкового медичного страхування;
  - внески на соціальне страхування, що пов'язані з охороною здоров'я: страхування від нещасних випадків, пенсійне страхування, страхування інвалідів, страхування військових [377].

Усі державні витрати на охорону здоров'я фінансуються через загальну систему оподаткування.

- 2) Приватне медичне страхування. В Швейцарії існує система додаткового добровільного медичного страхування, який належить 7,2% від загальних витрат. Добровільне медичне страхування покриває витрати на медичні послуги, що не включені до основного пакету обов'язкового медичного страхування, а також покриває додаткове страхування свободи вибору лікаря в будь-якому закладі охорони здоров'я, а також більш високий рівень комфорту під час перебування у стаціонарі.

На відміну від державних страхових компаній, страховальники у сфері добровільного медичного страхування – це прибуткові організації, проте у кожного з них, як правило, існує некомерційна філія, що пропонує програми обов'язкового медичного страхування.

Ринок добровільного медичного страхування в Швейцарії є високо конкурентним; регулюється та контролюється Швейцарською службою з нагляду за фінансовими ринками (Swiss Financial Market Supervisory Authority, FINMA).

Послуги, що покриває медичне страхування. Федеральне управління внутрішніми справами (Federal Department of Home Affairs, FDHA), разом із Федеральним управлінням охорони здоров'я (Federal Office of Public Health, FOPH) та Swissmedic – агентством з регулювання та контролю над терапевтичними препаратами, визначає набір програм страхування залежно від ефективності, доцільності та економічності послуг.

Обов'язкове медичне страхування охоплює медичні послуги більшості лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів, а також широкий перелік фармацевтичних та медичних виробів; послуги з догляду вдома (так звані *Spitex*); фізіотерапію (за призначенням);

та деякі профілактичні заходи, включаючи витрати на окремі послуги з вакцинації, загального медичного огляду та обстеження для раннього виявлення захворювань серед певних груп ризику.

Також до обов'язкового страхового пакету входять послуги закладів охорони здоров'я, проте вони більшою мірою субсидуються кантонами. Психіатрична медична допомога покривається тільки, якщо вона надана сертифікованими фахівцями. Послуги не професійних лікарів (наприклад, якщо психолог надає послуги з психотерапії) покриваються тільки у випадках, якщо вони були назначені сертифікованими лікарями. Також можуть бути покриті послуги з довготривалої медичної допомоги, якщо вони необхідні з медичної точки зору; проте Федеральне управління охорони здоров'я та Рада кантональних міністрів охорони здоров'я прагнуть усунути розрив у фінансуванні хоспісної допомоги. Стоматологічні та офтальмологічні послуги не входять до обов'язкового медичного страхування (лише в окремих випадках та для дітей віком до 18 років).

Програми соціального захисту, наприклад нагляд у період вагітності та післяпологовий догляд, та деякі інші профілактичні послуги, повністю покриваються обов'язковим медичним страхуванням. Також не підлягають співоплаті медична допомога у стаціонарах для дітей та молоді (віком до 25).

Федеральний та кантональні уряди забезпечують диференційоване субсидіювання з урахуванням доходів населення на покриття страхових внесків. Муніципальні органи та кантональні уряди покривають витрати на медичне страхування певних груп ризику (наприклад, отримувачів соціальної допомоги, допомогу у випадку втрати працездатності або інвалідності тощо).

Також можлива співплата медичних послуг, у випадках якщо сума перевищує максимальну страхову франшизу або якщо була обрана інша страхова модель, направлена на заощадження. В цих випадках сума співплати не перевищує 10 % – на всі медичні послуги, та 20 % – на брендові фармацевтичні препарати (у випадку коли є дешеві альтернативи), а для перебування у стаціонарі – не більше 12 дол. США.

Пряма оплата медичних послуг, які не покриваються медичним страхуванням (як доповнення до співплати), складає 18,6% від загальних витрат на охорону здоров'я; більшість яких направляється на стоматологічні послуги та послуги довготривалої медичної допомоги [377].

Оплата постачальників медичних послуг здійснюється наступним чином:

- 1) оплата за надання первинної медичної допомоги представлено в більшій мірі, платою за наданні послуги, в деяких випадках, коли це передбачає страхова програма – оплата за пацієнта;
- 2) оплата послуг закладів охорони здоров'я: за надання невідкладної медичної допомоги оплата здійснюється за кожний клінічний випадок; за психіатричну та реабілітаційну медичну допомогу – оплата за добу перебування; а також субсидії з кантональних бюджетів – за стаціонарну медичну допомогу.

Механізм організації та фінансування охорони здоров'я в Швейцарії схематично представлено на рис. 1.3.

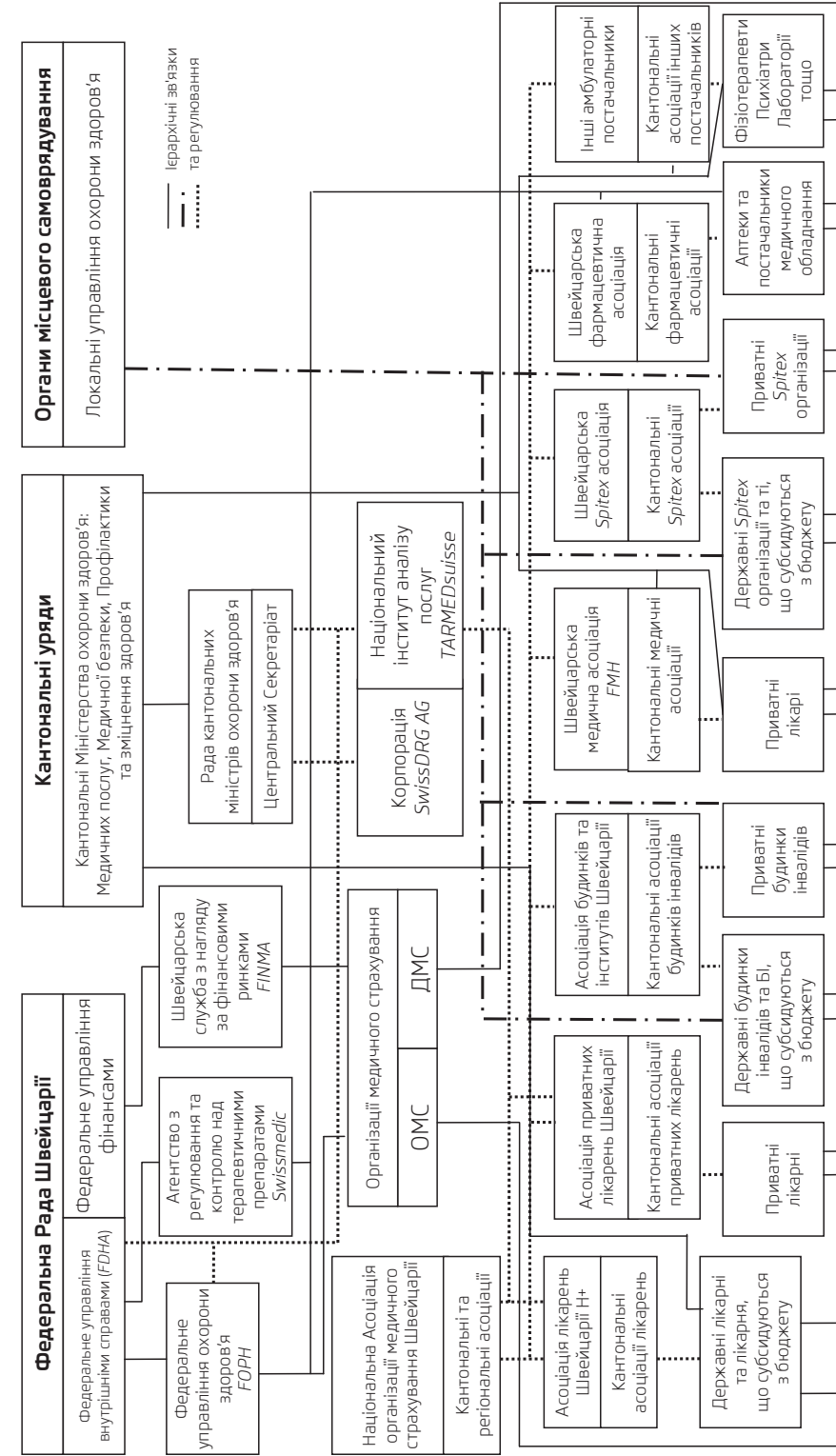


Рис. 1.3. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Швейцарії  
Джерело: адаптовано автором [285, с. 27]

Рисунок 1.3. наглядно підтверджує високий рівень децентралізації: основні органи управління охороною здоров'я знаходяться на кантональному рівні. Кожен із 26 кантонів має свого власного виборного міністра охорони здоров'я, до функцій якого належать ліцензування постачальників медичних послуг, координація процесу надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, субсидювання інституцій, зміцнення здоров'я завдяки профілактичним заходам та програмам. Вони політично підпорядковуються Швейцарській Раді кантональних міністрів охорони здоров'я, яка координує їхню діяльність [358].

На національному рівні основним владним органом є Федеральне управління охорони здоров'я (*FOPH*), основним завданням якого є контроль над юридичним механізмом обов'язкового медичного страхування, підтвердження страхових премій, наданих офіційними страхувальниками, та регулює надання медичної допомоги (у т.ч. оцінювання медичних технологій) та ціноутворення на фармацевтичному ринку.

Інші повноваження щодо контролю витрат розподілені між кантональними та муніципальними органами влади. Федеральне управління внутрішніми справами (*FDHA*) на законодавчому рівні визначає набір програм страхування.

Ціни на амбулаторну допомогу встановлюються за визначеною шкалою цін за послуги *TARMED*, що визначає на національному рівні відносну вартість усіх послуг, що покриваються обов'язковим медичним страхуванням, та затверджується Федеральною Радою Швейцарії. Значення *TARMED* можуть варіюватися залежно від кантону чи групи медичних послуг (наприклад, послуги лікарів загальної практики, амбулаторна медична допомога). Вони узгоджуються щорічно між асоціаціями медичних страхувальників та кантональними асоціаціями постачальників послуг, а також можуть бути встановлені законодавчо у випадках, коли сторони не приходять до згоди.

У 2012 році з метою надання стаціонарної допомоги була створена Національна система груп за діагнозами (*Swiss national DRG system*). Некомерційна корпорація *SwissDRG AG* відповідає за розробку, оновлення та адаптації національної системи розрахунку частки відносних витрат на один клінічний випадок.

Також в Швейцарії була створена некомерційна Організація з пропаганди здорового способу життя, яка фінансується за рахунок внесків в обов'язкове медичне страхування, та допомагає Федеральному управлінню охорони здоров'я та кантональним органам влади за напрямом профілактики та зміцнення здоров'я та забезпечує інформування спільноти щодо питань охорони здоров'я.

Асоціація пацієнтів Швейцарії та національний омбудсмен з питань медичного страхування долучені до захисту прав пацієнтів [377].

Постачальники медичних послуг мають бути ліцензовані та повинні відповідати освітнім та нормативним стандартам та дотримуватися принципу неперервної медичної освіти.

У червні 2015 року було прийнято закон стосовно національного електронного обліку пацієнтів – *eHealth Suisse*. Система підпорядкована федеральному та кантональним урядам [377].

Порівнюючи будь-який список заробітних плат у світі, Швейцарія займає провідні позиції в них. Так, середня заробітна плата на рік для лікарів загальної практики становить 237 106 дол. США та 258 000 дол. США для спеціалістів [359].

Система охорони здоров'я Швейцарії представляє собою складну комбінацію державних та приватних структур. Складність та фрагментарність цієї системи є однією із причин, яка підтверджує, що охорона здоров'я країни знаходиться серед найдорожчих у світі.

Отже, високий рівень витрат на охорону здоров'я, а також «регульована» конкуренція на ринках постачальників медичних послуг та медичного страхування, виводить національну систему охорони здоров'я до лідерів серед інших країн, забезпечуючи гарантії якості надання та покриття медичною допомогою більшості населення. Країна займає провідні позиції в галузі нейрохірургії, кардіохірургії, лікуванні онкології, ортопедії, пластичної та відновної хірургії.

У рейтингу серед країн світу за ефективністю охорони здоров'я Швейцарія в 2018 році посідає 12 місце, а за індексом безпеки життя у 2019 році – 13 серед 195 країн світу (табл. А.2,3 Додатку А).

**Національна система охорони здоров'я Німеччини.** Національна система охорони здоров'я в Німеччині є децентралізованою системою медичного страхування (Модель Бісмарка). Уряд Німеччини – Бундестаг – не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює політичні умови для функціонування системи медичного страхування, а також здійснює контроль за системою [214].

До власності уряду федеральних земель належить більшість університетських клінік; муніципальні органи також відіграють значну роль в національній системі охорони здоров'я: вони володіють приблизно половиною лікарняних ліжок. Однак, різні рівні державної влади не мають прямого впливу на фінансування та надання медичної допомоги. В значній мірі регулювання передано самокерованим асоціаціям фондів медичного страхування та асоціаціям постачальників медичних послуг, яких представляє Об'єднаний Федеральний Комітет.

Важливу роль в організації системи охорони здоров'я в Німеччині відіграє Федеральне Міністерство охорони здоров'я, яке несе відповідальність на державному рівні за формування нормативно-правової бази, стратегії, програм, планів розвитку та адміністративних заходів для функціонування галузі.

У рамках нормативно-правової системи, що формується Федеральним Міністерством охорони здоров'я, об'єднаний Федеральний Комітет володіє широким спектром повноважень регулювання організації та функціонування системи надання послуг, які покривають фонди медичного страхування, та визначення вимог до якості медичної допомоги, що надається постачальниками медичних послуг.

Об'єднаний Федеральний Комітет складається з 13 членів з правом голосу, з них: 5 – від Федеральної асоціації фондів медичного страхування, 1 – від Федеральної асоціації лікарів обов'язкового медичного страхування, 1 – від Федерації німецьких лікарень, 1 – від Федеральної асоціації стоматологів обов'язкового медичного страхування, 3 – не афілійовані члена. 5 членів – представників пацієнтів; вони відіграють консультативну роль, без права голосу: вони є членами керівних органів, наприклад, підкомітетів Об'єданого Федерального Комітету.

У реалізації функцій об'єданого Федерального Комітету допомагають: (1) Інститут якості та ефективності (*Institute for Quality and Efficiency, IQWiG*), основним завданням діяльності якого є аналіз економічної доцільності («витрати – результат») фармацевтичних препаратів,

а також (2) Інститут якості та прозорості (*Institute for Quality and Transparency, IQTiG*), до повноважень якого входить забезпечення міжсекторальної якості.

Отже, федеральне Міністерство охорони здоров'я та об'єднаний Федеральний Комітет є ключовими політичними органами влади в системі охорони здоров'я Німеччини [220, с. 207].

Медичне страхування є обов'язком для всіх громадян, а також постійних резидентів країни, та реалізується через дві системи, а саме:

- 1) некомерційні страхові організації – лікарські каси (фонди медичного страхування – станом на січень 2016 року 118 фондів), що представляють собою незалежні самокеровані організації;
- 2) приватні медичні страхові компанії.

Медичне страхування в Німеччині існує у двох видах:

- 1) державне медичне страхування (обов'язкове);
- 2) приватне медичне страхування як альтернатива обов'язковому.

Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП складає 11,2%, серед яких 74% – це державні витрати, де переважна більшість – це обов'язкове медичне страхування (58% від загальних витрат).

Фонди медичного страхування фінансуються за рахунок обов'язкових вкладень, що стягуються як відсоток від заробітної плати без вирахування податків. Страхове покриття універсальне для всіх резидентів країни. Усі працюючі громадяни (та інші групи населення, наприклад пенсіонери), які отримують менше, ніж 56 250 євро на рік (71 564 дол. США), та їхні утриманці – безкоштовно (наприклад, діти), отримують в обов'язковому порядку медичне страхування. Громадяни, заробітна плата яких без вирахування податків перевищує граничне значення, можуть залишатися системі державного медичного страхування на добровільній основі (75% так і роблять) чи можуть придбати добровільне приватне медичне страхування.

Таким чином, близько 86% населення отримують первинне медичне страхування через систему обов'язкового медичного страхування, та 11% – через добровільне приватне медичне страхування.

Проте існують дві групи громадян Німеччини, які не підлягають державному медичному страхуванню – лише добровільному приватному, а саме:

- 1) самозайняті громадяни;
- 2) службовці державного сектору (наприклад, військовослужбовці, поліція та інші), які отримують страхування за спеціальними програмами.

Іноземці-туристи також не мають право на отримання державного обов'язкового страхування. Біженці та іммігранти без документів отримують соціальне страхування на випадок гострої хвороби чи болю, а також вагітності та родів.

Станом на 2016 рік, законодавчо встановлений універсальний страховий внесок складає 14,6% від заробітної плати без відрахування видатків, виплати якого рівномірно розподіляються між роботодавцем та робітником. Ставка додаткового внеску складає 1,1% на одного громадянина; вона покриває також утриманців (непрацюючий чоловік / дружина та діти). Доходи, вище 50 850 євро (64 994 дол. США) на рік (станом на 2016 рік), зільнені від сплати додаткового внеску.

Внески до фондів медичного страхування збираються централізовано, вже потім перерозподіляються до певних фондів за розрахунком формули кавітації з урахуванням груп ризику: віку, статі, схильності до хронічних та / чи тяжких хвороб (перелік складає 80 хвороб) [280].

Приватне медичне страхування особливо приваблює молодь з високим рівнем доходів, оскільки приватні страхові компанії пропонують контракти з більшим переліком послуг та нижчими страховими внесками.

Станом на 2016 рік, в Німеччині було зареєстровано 42 добровільні приватні медичні страхові компанії, серед яких 24 – прибуткові, які покривають дві основні групи громадян, які не включені до обов'язкового страхування, а також ту частину громадян, які самостійно відмовилися від державного страхування.

Усі застраховані в приватних страхових компаніях виплачують страхові внески, пов'язані з ризиком, та окремі внески на утриманців. Ризик оцінюється один раз – тільки при укладанні контракту, контракт передбачає підписання на весь період життя.

Уряд регулює діяльність приватних страхових компаній на випадок, щоб страхові внески не зростали із віком та зростанням рівня доходу громадян після підписання контракту.

Також приватне медичне страхування відіграє додаткову та доповнюючу роль, покриваючи незначні витрати, що не включені до програми обов'язкового страхування (наприклад, стоматологічні послуги).

Федеральний уряд централізовано визначає виплати постачальникам послуг за альтернативне, додаткове та доповнює приватне медичне страхування через спеціальну шкалу виплат [280].

Обов'язкове медичне страхування покриває медичні послуги такі, як: амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, послуги лікарів загальної практики, психіатричну допомогу, профілактичні, стоматологічні, оптометрію, фізіотерапію, рецептурне призначення лікарських препаратів (крім наркотичних засобів), реабілітацію, хоспісну та паліативну допомогу, виплати лікарняних. Домашній медичний догляд покривається довготривалим медичним страхуванням (LTCI). Профілактичні медичні послуги в межах обов'язкового медичного страхування включають в себе регулярні стоматологічні огляди, огляди дітей, базову імунізацію (вакцинацію), огляди при хронічних хворобах, онкологічні скринінги в певні роки життя.

Також можливі прямі виплати громадянами, які становлять приблизно 13,2% від загальних витрат на охорону здоров'я (станом на 2016 рік), які значною мірою направлені на покриття послуг перебування в будинках інвалідів та престарілих, придбання фармацевтичних препаратів (поза межами державного страхування), невідкладну медичну допомогу. В середньому, співплата становить: 5-10 євро (6,36-12,71 дол. США) за кожний рецепт при амбулаторно-поліклінічному лікуванні, 10 євро – за добу перебування на стаціонарному лікуванні та реабілітації (за перші 28 днів на рік), 5-10 євро – на призначене медичне обладнання.

Фонди медичного страхування пропонують вибіркові тарифи, що включають різні страхові франшизи та бонуси.

Система ціноутворення на медичні послуги в Німеччині достатньо продумана. Одиницею фінансових розрахунків є «бал», кількість балів відображає складність послуги. Сума балів для кожної послуги стабільна та відома усім учасникам процесу медичного

обслуговування та страхування: вартість медичних послуг щорічно публікується в офіційних спеціалізованих виданнях. Вартість медичних послуг переглядається щорічно відповідно до змін інфляції, рівня цін чи зміни методів та технологій медичного обслуговування тощо.

Лікарі загальної практики, які заключили договір із фондами обов'язкового медичного страхування, не мають права вимагати виплат за надані послуги, вище встановленої шкали ставок у каталозі обов'язкового медичного страхування.

У системі охорони здоров'я Німеччини працює кожен десятий житель країни, що вже свідчить про високий престиж цієї галузі. Лікарями можуть стати тільки дійсно кращі з кращих, що обумовлено високою конкуренцією і глибоким відбором кандидатів. Тому і заробітна плата лікарів у Німеччині завжди знаходиться на верхніх позиціях рейтингу оплати праці.

Загалом у 2019 році в Німеччині середня заробітна плата лікарів на рік склала 163 тис. дол. США: лікарі первинної ланки отримують від 157 до 189 тис. дол. США на рік, лікарі вторинної та третинної ланки – від 117 до 172 тис. дол. США на рік. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів Німеччини становить близько 45%, а роботою – 93% [342].

Система соціального захисту. Діти віком до 18 років звільнені від участі у розподілі коштів. Для дорослого населення встановлений щорічний відсоток виплат у розмірі 2% від доходів сім'ї. Для групи населення з офіційно визнаними в певному законодавчому порядку хронічними хворобами цей відсоток знижено до 1% загального щорічного доходу без відрахування податків.

Безробітні громадяни вносять внесок пропорційно до своїх прав на безробіття. За громадян, які є безробітними довгий проміжок часу, держава робить внесок від їх імені (це майже 2%).

Механізм організації та фінансування охорони здоров'я в Німеччині схематично представлено на рис. 1.4.

Отже, німецька національна система охорони здоров'я характеризується двома істотними ознаками:

- 1) розподіл повноважень із прийняття рішень між федеральними землями, федеральним урядом та самокерованими організаціями постачальників та споживачів медичних послуг;
- 2) виділення обов'язкового медичного страхування (яке охоплює соціальне довготривале медичне страхування) та приватне медичне страхування (яке охоплює приватне довготривале медичне страхування): вони взаємодіють з однаковими постачальниками медичних послуг, на відміну від інших країн світу.

Побудова системи охорони здоров'я на принципах ефективності та результативності, інноваційності, децентралізації, транспарентності, пацієнт-центрованої моделі та багатьох інших принципів визначає модель охорони здоров'я Німеччини однією з найбільш ефективних у світі. Багатоканальність системи фінансування (фонди медичного страхування, державні дотації, оплата та співплата) створює необхідну гнучкість та стійкість фінансової бази національної системи охорони здоров'я Німеччини.

Загалом системи охорони здоров'я країни займає в 2018 році за ефективністю охорони здоров'я 45 місце, а в 2019 році за індексом безпеки життя – 14 серед 195 країн світу (табл. А.1 та А.2 Додатку А).

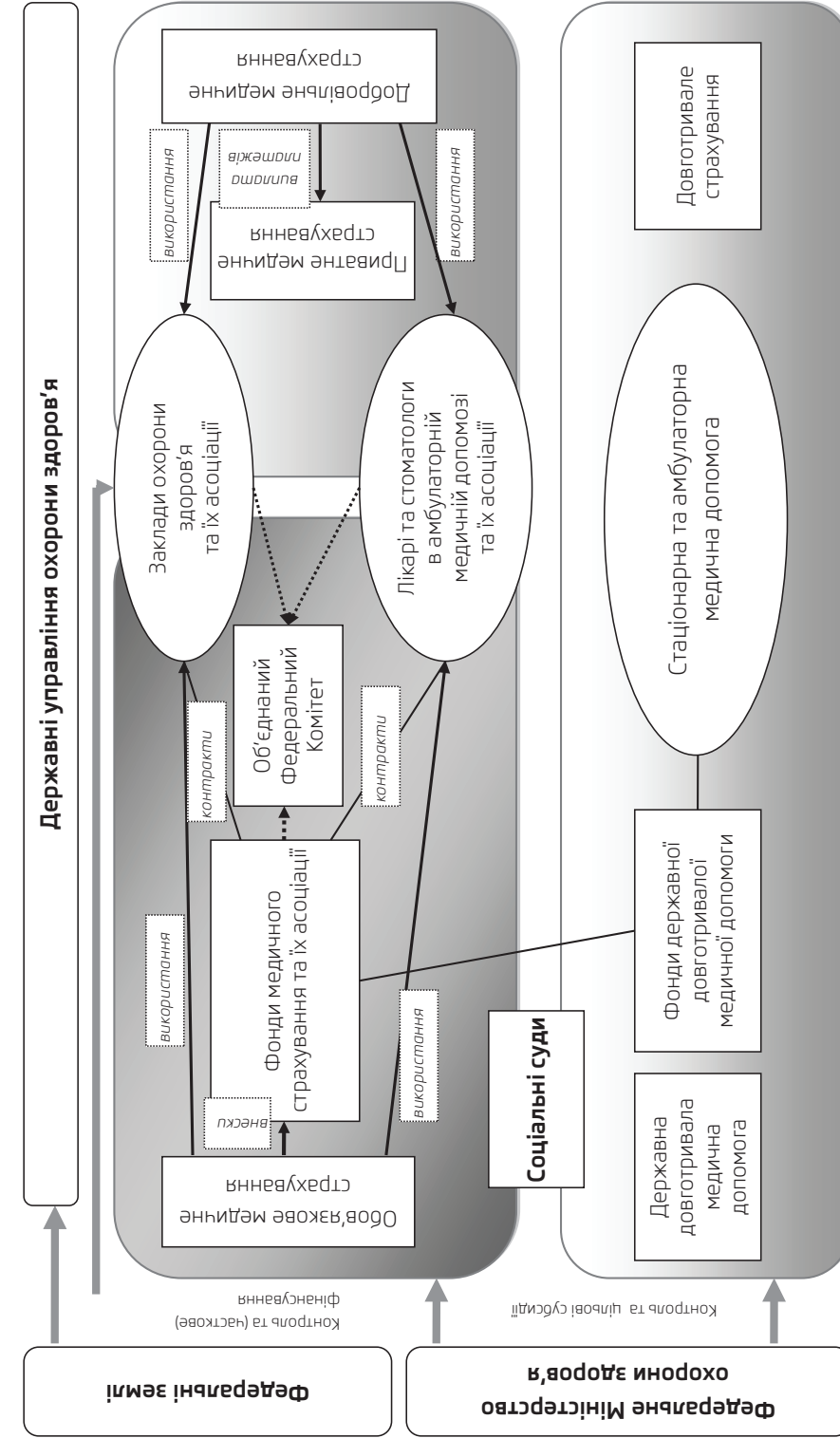
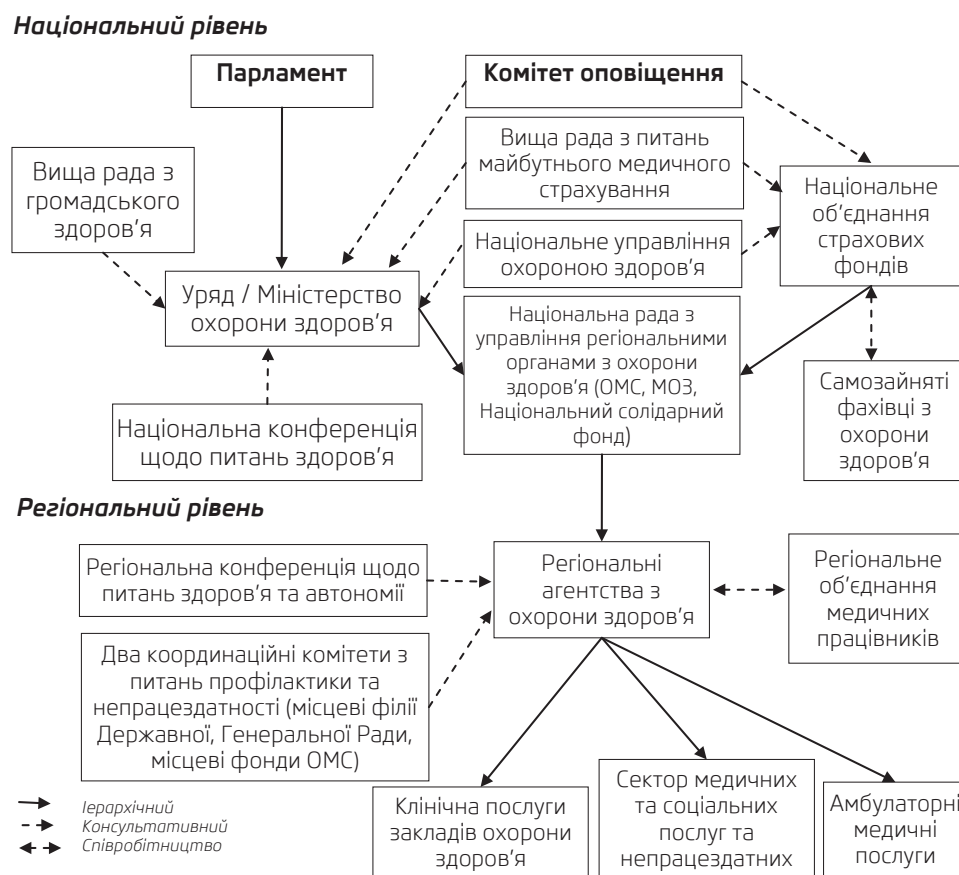


Рис. 1.4. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я в Німеччині

Джерело: адаптовано автором [280, с. 20]

**Національна система охорони здоров'я Франції.** Національна система охорони здоров'я Франції характеризується як модель соціального страхування, проте має ряд ознак, які притаманні приватній моделі.

Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Франції представлена на рис. 1.5.



**Рис. 1.5. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Франції**

Джерело: адаптовано автором [289, с. ххі-ххі]

Міністерство соціальної політики, здоров'я та прав жінок (далі – Міністерство охорони здоров'я) визначає та реалізує державну політику в сфері громадського здоров'я, організацію та фінансування системи охорони здоров'я в межах Закону «Про громадське здоров'я». Воно відповідальне за перерозподіл бюджетних коштів між різними секторами (заклади охорони здоров'я, амбулаторно-поліклінічна допомога, психічне здоров'я та послуги для інвалідів) та регіонами.

За декілька десятиріч, держава була значною мірою долучена до контролю витрат на охорони здоров'я, які покриваються обов'язковим соціальним медичним страхуван-

ням [356]. Так, Міністерство охорони здоров'я відповідальне за регулювання близько 75% витрат на охорону здоров'я на основі єдиних правил, що сформовані урядом.

У межах організаційно-функціональної структури існує ряд агентств. Зокрема, Агентство з санітарної безпеки медичних товарів (*French Health Products Safety Agency*) здійснює контроль над безпекою медичних товарів (повним виробничим циклом, від виробництва до виходу на ринок) та інших товарів, що пов'язані з охороною здоров'я. Агентство з інформаційної підтримки клінічної медичної допомоги (*Agency for Information on Hospital Care*) регулює процес отримання інформації закладів охорони здоров'я, що далі враховується у процесі планування та фінансування. До компетенцій Національного агентства з оцінки якості організації медичної та соціальної допомоги (*National Agency for the Quality Assessment of Health and Social Care Organizations*) належить підтримка прав пацієнтів та розвиток превентивних заходів щодо жорсткого поводження, особливо з соціально незахищеними верствами населення (пенсіонери, діти, підлітки, інваліди тощо).

Національне управління охороною здоров'я (*National Health Authority, HAS*) – основний державний орган оцінювання технології надання медичної допомоги. До повноважень належить широкий спектр функцій, від оцінювання фармацевтичних препаратів, товарів медичного призначення і процедур надання медичної допомоги, до формування довідників, акредитації закладів охорони здоров'я та сертифікації лікарів.

Міністерству охорони здоров'я на регіональному рівні підпорядковуються регіональні агентства з охорони здоров'я, які відповідають за рівень здоров'я населення та наданням медичної допомоги, у т.ч. профілактику, громадське здоров'я та соціальну допомогу. Надання медичної та соціальної допомоги для пенсіонерів та інвалідів підпорядковано Генеральним Радам, які є директивними органами на локальному рівні [308].

Медичне страхування. У Франції медичне страхування було запроваджено в 1910 році як фонди взаємодопомоги, а починаючи з 1928 року, ці фонди були перетворені в страхові компанії.

Загальні витрати на охорону здоров'я складають 11,2% від ВВП (4380 дол. США) (табл. А.1 Додаток А), 76,6% складають державні кошти в загальному обсягу витрат.

Незважаючи на те, що для Франції характерним є високий рівень покриття населення програмами обов'язкового медичного страхування (ще в 1988 році – 80% населення покривалося цими програмами), обов'язкове страхування відшкодовує лише 75% витрат на медичне обслуговування, 25% вартості медичної послуги сплачується за рахунок власних коштів або додаткового добровільного медичного страхування. У випадку хвороби, тимчасової чи тривалої непрацездатності, за рахунок обов'язкового медичного страхування відшкодовується 70-90% вартості фармацевтичних препаратів.

Фінансування закладів охорони здоров'я здійснюється з трьох джерел:

- 1) державного бюджету;
- 2) обов'язкового медичного страхування;
- 3) власних коштів громадян [314].

У Франції існує декілька незалежних від держави програм страхування. Так, в межах національної системи охорони здоров'я діє єдина ієрархія страхових організацій (тобто сформована вертикальна система медичного страхування). В межах державного

соціального страхування існують три основні страхові фонди: фермерів, незалежних професій та найманих робітників.

Головним страховим фондом Франції є Національна страхова організація (національна організація страхування найманих робітників), що перебуває під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й охоплює 78% населення, має 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує з іншими.

Місцеві відділення мають певну автономію, але, у цілому, підлягають адміністративному контролю центрального уряду Франції. Страхові компанії мають певний рівень незалежності, однак вони підпорядковані спільним правилам, установленим урядом.

Фермерські та інші професійні страхові фонди покривають 12% населення.

Участь в державному соціальному страхуванні є обов'язковою для всіх громадян країни, включаючи студентів, пенсіонерів та бенефіціарів програм соціального забезпечення. Винятком можуть бути громадяни, які найняті іноземними компаніями.

Кошти, які поступають від страхових фондів, направляються до загального фонду. Рівень страхових внесків безпосередньо залежить від рівня доходу [376]. Внески роботодавців та від працівників складаються 50%. Громадяни сплачують свою частку від загального доходу, включаючи від роботи, інвестиційної діяльності, пенсії та соціальних виплат. Крім того, національний цільовий податок на прибуток складає 35%, податки на автомобілі, тютюн та алкоголь, податок на фармацевтичну промисловість і внески на добровільне медичне страхування складають у сукупності 13%, а державні субсидії – 2% [368].

Державна організація соціального страхування Франції *Securite social* підписує згоду (конвенцію) з лікарями, у якій вказується вартість медичних послуг. Перелік медичних послуг, фармацевтичних засобів та товарів медичного призначення, що покриваються обов'язковим соціальним медичним страхуванням, визначається на державному рівні та передається на регіональний рівень. Міністерство соціальної політики, здоров'я та прав жінок, комітет з ціноутворення, а також Державна організація соціального страхування визначає цей перелік, показник покриття населення та ціни [308]. Таким чином, здійснюється регулювання цін на медичні послуги. Ціни переглядаються двічі на рік, що призводить до перегляду та збільшення розміру страхових внесків.

Програми обов'язкового медичного страхування покривають наступний перелік медичної допомоги: лікувально-профілактична допомога в державних та приватних реабілітаційних та фізіотерапевтичних центрах, амбулаторна медична допомога, яка надається лікарями загальної практики, фахівцями, стоматологами та акушерами; діагностичні послуги за призначенням лікаря, що здійснюються лабораторіями та парамедиками; призначення ліків, товари медичного призначення та протезування, що підлягають реімбурсації; транспортні витрати та допомога на дому. Частково покриваються довгострокова хоспісна та психіатрична медична допомога; в мінімальному обсязі покриваються офтальмологічна та стоматологічна допомога. Проте незважаючи на незначне фінансове покриття профілактики, повній реімбурсації підлягають цільові медичні послуги такі, як вакцинація, мамографія, колоректальний онкоскринінг, як і певні групи населення.

Приватний сектор медичного страхування дуже розвинений у Франції: країна займає 3 місце після Німеччини та Нідерландів за кількістю страхових компаній. 90 страхових ком-

паній входять до Федерації страхових товариств. Франція має розвинену мережу приватних страхових компаній. У разі отримання страхового поліса в приватній страховій компанії, вона, як і фонд обов'язкового страхування, оплачує госпітальні витрати та рахунки пацієнта за відвідування лікарів. Перелік додаткових послуг варіюється та є предметом конкуренції між приватними страховими компаніями. Приватні страхові компанії пропонують населенню широкий спектр послуг зі страхування здоров'я як доповнення до обов'язкового медичного страхування. Приватні страхові організації покривають, як правило, співоплату за надання стандартної медичної допомоги, стоматологічну та офтальмологічну медичну допомогу, що мінімально покриваються обов'язковим медичним страхуванням.

На відміну від Німеччини, пацієнт безпосередньо сплачує медичні послуги, а система обов'язкового медичного страхування частково відшкодовує його витрати, тим самим роблячи медичну допомогу в умовах ринкової економіки більш доступною для населення. Населення Франції бере участь в розподілі витрат на охорону здоров'я в трьох формах: спільне страхування, співплата та оплата первинної та вторинної медичної допомоги. Так, у 2017 році загальних обсяг витрат домогосподарств на охорону здоров'я становив близько 8,5% загальних витрат (без урахування частки добровільного медичного страхування) [308].

Більшість закладів охорони здоров'я державної форми власності (67%), частка приватних прибуткових складає 25%, і приватних неприбуткових – 8%.

У 2019 році у Франції середня заробітна плата лікарів на рік склала 108 тис. дол. США: лікарі первинної ланки отримують від 92 до 111 тис. дол. США на рік, лікарі вторинної та третинної ланки – від 83 до 119 тис. дол. США на рік. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів Німеччини становить близько 26%, а роботою – 71% (6% – категорично не задоволені роботою) [342].

Загалом національно система охорони здоров'я Франції займає високі позиції у рейтингах: 17 – позиція за ефективністю охорони здоров'я, 11 – за індексом безпеки життя (табл. А.2,3 Додаток А).

Система в повній мірі відповідає потребам населення Франції. У порівнянні з іншими країнами Європейського Союзу показники очікуваної тривалості життя при народженні і смертності є одним з найбільших серед інших країн Європи. Більше 80% громадян країни задоволені роботою докторів і функціонуванням системи охорони здоров'я в цілому.

**Національна система охорони здоров'я Швеції.** Один із найвищих життєвих рівнів у світі має Швеція. Саме в цій країні закони про медичне страхування були прийняті в 1898 році. Всезагальне обов'язкове медичне страхування було запроваджено у 1955 році. Національна система соціального страхування – загальна й обов'язкова для всього населення країни.

Екстрена медична допомога надається всім пацієнтам з країн ЄС / Європейської економічної зони, а також пацієнтам дев'яти інших країн, з якими у Швеції є двосторонні угоди. Соціально незахищені діти (без документів, безпритульні) також мають право на надання медичної допомоги. Соціально незахищене доросле населення (без документів, безпритульні) мають право на невідкладну медичну допомогу (наприклад, пологи, екстрена медична допомога).

Національна охорона здоров'я Швеції дотримуються основних трьох принципів:

- 1) гідності особистості: всі громадяни мають однакове право на гідність і мають однакові права незалежно від свого статусу в громаді;
- 2) потреба та солідарність: громадяни, які найбільше потребують, мають перевагу у лікуванні;
- 3) ефективність витрат: розумний баланс між витратами та вигодами, при цьому витрати вимірюються залежно від покращення рівня показників здоров'я та якості життя.

Для національної системи охорони здоров'я Швеції є характерними три рівня:

- державний;
- регіональний;
- локальний.

На національному рівні Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення відповідає за національну політику в сфері охорони здоров'я. Воно співпрацює з 8 національними державними агентствами. На регіональному рівні 12 окружних рад та 9 регіональних органів несуть відповідальність за фінансування та надання медичних послуг населенню. На місцевому рівні 290 муніципалітетів відповідають за надання медичної допомоги пенсіонерам та інвалідам [317].

Представляє інтереси місцевих та регіональних органів влади Швецька асоціація місцевих та регіональних органів управління (*Swedish Association of Local Authorities and Regions, SALAR*).

Частка витрат на охорону здоров'я у ВВП країни становить 11%, 5905 дол. США становлять витрати на одно громадянина країни на рік. Витрати на охорону здоров'я покриваються, значною мірою, державою (83%), де частка витрат кантонів складає 57%, муніципальних органів – 25%, державного бюджету – 2% [375]. З метою покриття витрат на охорону здоров'я, окружні ради та муніципалітети оподатковують населення. В національній системі охорони здоров'я Швеції немає чітко визначеного гарантованого пакету медичної допомоги. Загалом державні витрати на охорону здоров'я покривають громадське здоров'я та профілактичні медичні послуги, первинну медичну допомогу, стаціонарну та амбулаторну медичну допомогу, невідкладну допомогу, стаціонарне та амбулаторне виписування фармацевтичних препаратів, психічну медичну допомогу, медичну допомогу з реабілітації, надання допомоги інвалідам, транспортні послуги для хворих, домашній догляд за хворими та довгостроковий медичний догляд, у т.ч. догляд за літніми та хоспісна допомога, стоматологічна медична допомога та оптометрія для дітей та молоді, та обмежені стоматологічна допомога. Оскільки відповідальність за організацію та фінансування охорони здоров'я покладається на окружні ради та муніципалітети, послуги по всій країні відрізняються [317].

Приватне медичне страхування як форма додаткового медичного покриття досягає лише 1% загальних витрат. Вона значною мірою асоціюється в Швеції з гігієною праці. Також вона актуальна у випадках отримання більш швидкого доступу до амбулаторно-поліклінічної допомоги та уникнення списків очікування елективної допомоги. Страхові організації, що здійснюють добровільне медичне страхування, є прибутковими.

Лише 16% витрат на охорону здоров'я були здійснені приватним шляхом, з них 97% від домогосподарств, більшість з яких направлялася на придбання фармацевтичних препаратів [375].

Система охорони здоров'я Швеції значно інтегрована. Важливою політичною ініціативою, що сприяє структурним змінам із 1990-х років в охороні здоров'я країни, є перехід стаціонарної допомоги на амбулаторну та первинну медичну допомогу та концентрація вузькоспеціалізованої допомоги в академічних медичних центрах.

Частка первинної медичної допомоги складає близько 20% усіх витрат на охорону здоров'я, 8% і близько 16% усіх лікарів працюють на цій ланці. Основна форма медичної практики на первинному рівні – це командна первинна допомога, до складу якої входять лікарі загальної практики, середній медичний персонал, акушерки, фізіотерапевти, психологи та гінекологи. В середньому чотири лікарі обслуговують кабінет загальної медичної практики. Лікарі загальної практики або медичні сестри, як правило, є першою контактною точкою для пацієнтів.

Громадяни можуть зареєструватися у будь-якого державного чи приватного поставальника медичних послуг, акредитованого місцевою окружною радою; більшість громадян реєструються за кабінетом загальної практики, а не за лікарем. Загалом існує близько 1200 кабінетів загальної практики, з яких 40% – приватної форми власності. Поставальникам медичних послуг (державні та приватні) сплачуються фіксовані внески за пацієнтів, які зареєстровані в них (80-95% від загальної суми платежів), плату за надані послуги (5-18%) та оплату, пов'язану з високим рівнем якості наданих медичних послуг (0-3%) за показниками задоволеність пацієнтів якістю медичної послуги, координованість дій, безперервність, реєстрація у національних реєстрах та дотримання клінічних протоколів.

Амбулаторна спеціалізована медична допомога надається в університетських та окружних лікарнях та приватних клініках. Пацієнти можуть самостійно обирати фахівця. Поставальникам медичних послуг (державні та приватні) сплачуються фіксовані, перспективні виплати за кожний пролікований випадок (на основі груп, пов'язаних з діагностикою), доповнених ціновим перекриттям з урахуванням більшого рівня обсягу та якості надання медичної допомоги.

На рівні окружних рад здійснюють діяльність сім університетських лікарень та близько 70 лікарень, з них 6 – приватної форми власності, 3 – неприбуткові. Кантони (округи) об'єднані в шість регіонів охорони здоров'я з метою сприяння співпраці та підтримці високого рівня сучасної медичної допомоги. Високоспеціалізована медична допомога, що часто потребує найсучаснішого технічного обладнання, зосереджена в університетських лікарнях для досягнення більш високої якості та більшої ефективності та створення можливостей для інноваційної діяльності та досліджень. Лікарні екстреної допомоги надають повну швидку допомогу [317].

Форми оплати праці можуть варіюватися – від фіксованого окладу до оплати в залежності від числа пацієнтів, а не кількості наданих послуг. Державні та приватні лікарі (включаючи фахівців лікарень), медичні сестри та інші категорії медичних працівників усіх рівнів обслуговування отримують посадові оклади. Середній рівень заробітної плати на місяць для лікарів становить 6,900 дол. США, при чому лікарі вузькі спеціалісти заробляють близько 76 000 дол. США на рік, а лікарі загальної практики 66 000 дол. США [366].



Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Швеції представлена на рис. 1.6.



Рис. 1.6. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Франції

Джерело: адаптовано автором [277, с. 19]

Отже, окружні ради відповідають за фінансування та організацію охорони здоров'я, тоді як муніципалітети відповідають за задоволення звичайних потреб у догляді для населення похилого віку та людей з обмеженими можливостями. Центральний уряд через Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення відповідає за загальну політику в сфері охорони здоров'я.

У межах Шведської національної системи охорони здоров'я здійснюють діяльність 8 агенцій.

Національна рада з питань охорони здоров'я та соціального забезпечення (*National Board of Health and Welfare*) здійснює контроль за всім персоналом сфери охорони здоров'я, оприлюднює інформацію, розробляє норми та стандарти медичної допомоги, а також забезпечує виконання цих норм та стандартів. До її компетенції відноситься ліцензування медичного персоналу, відповідає за формування та оприлюднення офіційних статистичних даних в сфері охорони здоров'я.

Шведське агентство з питань *e-Health* сприяє обміну інформацією серед медичних та соціальних працівників та осіб, які приймають управлінські рішення у сфері охорони здоров'я, відповідає за зберігання та передачу електронних рецептів у країні та за кордон. Агентство допомогою збору та аналізу даних щодо продажів ліків та фармацевтичних препаратів.

Інспекція охорони здоров'я та соціального забезпечення (*Health and Social Care Inspectorate*) відповідає за контроль у сфері охорони здоров'я, соціальні послуги та діяльність щодо підтримки та надання послуг людям з обмеженими можливостями.

Шведське агентство з аналізу ОЗ та соціального забезпечення (*Swedish Agency for Health and Care Services Analysis*) відповідає за аналіз та оцінювання реалізації політики в сфері охорони здоров'я та доступність інформації про охорону здоров'я для громадян країни.

Агентство з громадського здоров'я (*Public Health Agency*) надає національному уряду, урядовим установам, муніципальним і окружним радам інформацію, засновану на доказових фактах щодо контролю за інфекційними захворюваннями та охорони здоров'я, включаючи оцінку технологій охорони здоров'я. Шведське агентство з оцінювання технологій охорони здоров'я (*Swedish Council on Technology Assessment in Health Care*) сприяє використанню економічно ефективних технологій охорони здоров'я. Рада переглядає та оцінює нові методи лікування з медичної, економічної, етичної та соціальної точки зору, та поширює цю інформацію серед центральних та місцевих органів влади та медичного персоналу.

Агентство стоматологічної та фармацевтичної допомоги (*Dental and Pharmaceutical Benefits Agency*) відповідає за оцінку фармацевтичних препаратів та якість надання стоматологічної допомоги. Агентство з медичних товарів (*Medical Products Agency*) є національним органом Швеції, відповідальним за регулювання та нагляд за розробкою, виробництвом та реалізацією фармацевтичних препаратів та інших товарів медичного призначення.

Отже, Швеція виділяється серед інших країн світу високими економічними і соціальними досягненнями. Так, середня тривалість життя в країні є однією з найбільших у світі: для жінок вона становить 84 роки, для чоловіків – 79; при цьому спостерігається тенденція до подальшого її збільшення. Це результат екологічного благополуччя, турботи про здоров'я (популяризації здорового способу життя, занять спортом, профілактичних заходів, відмови від куріння), а також досягнень системи охорони здоров'я, яка вважається однією з кращих в Європі завдяки високій ефективності лікування при помірних капіталовкладеннях і контрольованих витратах. Національна система охорони здоров'я Швеції займає провідні позиції в рейтингах ефективності: 7 – за індексом безпеки життя, 22 – за ефективністю охорони здоров'я (табл. А.2,3 Додаток А).

**Національна система охорони здоров'я Японії.** Національна система охорони здоров'я Японії характеризується як суспільно-приватна модель (змішана модель). Дослідження охорони здоров'я в Японії представляє великий інтерес у зв'язку з тим, що саме цій країні вдалося у досить короткий час досягнути одних з найвищих показників охорони здоров'я у світі, хоча, в першу чергу, це пов'язано не стільки з системою організації та фінансування охорони здоров'я, скільки з умовами та способом життя, менталітетом населення країни.

Японія – одна з найперших країн-представників азійських країн, де в 1961 році було запроваджено страхування здоров'я в загальнонаціональному масштабі. Хоча деякі закони про страхування, які частково компенсували витрати на медичне обслуговування, були прийняті раніше: у 1922 році – Закон про обов'язкове страхування службовців, у 1938 році – Закон про національне страхування здоров'я, у 1939 році – закон про страхування моряків, у 1953 році – Закон про страхування робочих.

Витрати на охорону здоров'я в Японії складають 10,9% від ВВП (станом на 2018 рік, табл. А.1. Додатку А).

Заклади охорони здоров'я в Японії є самостійними та автономними. 80% лікарів мають приватну практику.

До основних джерел фінансування охорони здоров'я в Японії належать:

- 1) фонди медичного страхування;
- 2) пряма оплата та співплата.

У межах системи існує більше 5000 страхових програм, які є типовими прикладами основних трьох систем медичного страхування:

- 1) система медичного страхування, яка побудована за територіальним принципом;
- 2) система страхування найманих робітників, що побудована за виробничим принципом для малого бізнесу;
- 3) система страхування населення, яка не має доступу для двох перших типів страхування.

Громадянам присвоюється страхова програма відповідно до їх трудового статусу або місця проживання [338].

Національна система медичного страхування покриває в основному власників малого бізнесу та членів їх сімей, інвалідів та інше непрацююче населення (приблизно 36% населення). Страховий внесок із них стягується місцевими органами самоврядування чи Асоціацією національного страхування здоров'я. Внесок залежить від місця проживання, доходу, нерухомості, складу та розміру сім'ї.

Так, у середньому на медичне страхування сплачується 10% доходу. Цей внесок у рівній мірі сплачує як роботодавець, так і робітник. Додатково 1,65% від доходу населення віком від 40 до 65 років спрямовується на медичне страхування для покриття витрат середнього медичного персоналу (*nursing insurance*).

40% допомоги у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю складають державні дотації. Вони надаються у вигляді грошових виплат та пільгової медичної допомоги. Максимальний розмір пільги може складати до 90% вартості лікування (10% сплачують пацієнти). Пільги для утриманців не перевищують 70% вартості медичного обслуговування.

Страхові організації сплачують 70% вартості перебування у лікарні застрахованих осіб та їх утриманців, 30% сплачують пацієнти прямою оплатою вартості медичних послуг. Якщо вартість лікування висока, пацієнту відшкодовуються витрати понад встановленого максимуму.

Повністю пацієнтом оплачуються вартість фармацевтичних препаратів, послуги приватної медичної сестри, перебування в окремій лікарняній палаті. Оплата медичної допомоги здійснюється за рахунками закладів охорони здоров'я, які щомісячно надаються по лінії соціального страхування. Попередньо ці рахунки перевіряються консультантами-медиками для визначення раціональності наданих послуг. Розрахунок проводиться за тарифами на медичні послуги та фармацевтичні препарати, що затверджені Міністерством охорони здоров'я та соціального забезпечення Японії.

Система страхування найманих робітників покриває робітників середніх та малих підприємств та організацій (страхувальником є сама держава) та їх утриманців. Ця система є найбільшою в Японії. В межах цієї системи діють різноманітні програми. У програмі суспільної охорони здоров'я страхувальником є страхове об'єднання, яке створюється адміністрацією та робітниками одного підприємства чи декількох підприємств цієї галузі.

Схожі з системою страхування найманих робітників програми страхування здоров'я моряків, окремих груп робочих та службовців, програми асоціації взаємодопомоги службовців державних закладів, робітників органів місцевого самоврядування, суспільних корпорацій, викладачів та службовців приватних навчальних закладів.

У системі страхування найманих робітників страхові фонди формуються за рахунок внесків застрахованих осіб, відрахувань держави та підприємств. Розмір внеску залежить від рівня доходу, проте не може перевищувати встановленого максимуму. Найбільший внесок – 8,4% – встановлений для програми державного медичного страхування: половину сплачує застрахована особа, іншу – держава. Аналогічно у розмірі 8,2% стягується внесок при страхуванні моряків. З робітників стягується у «твердому» розмірі, а не у відсотках від доходу.

Страховий фонд програми суспільного страхування формується за рахунок внесків застрахованих осіб (він складає 3,45%) та внесків підприємців (4,62%) від доходу. В межах цієї програми держава покриває 16,4% витрат на допомогу у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, яка виплачується з 4 дня у розмірі 60% заробітної плати. Передбачена також допомога при народженні дитини, за доглядом за хворого, для поховання.

Також існує програма страхування осіб, які вийшли на пенсію, та членів їх сімей, та програм страхування літніх (понад 60 років). Безоплатною є консультативна медична допомога літніх, медична допомога особам літнього віку вдома, медична допомога особам понад 70 років.

Окрім системи медичного страхування в Японії існують суспільні фонди, за рахунок яких, згідно з законами, здійснюється профілактика туберкульозу, психічних та інфекційних хвороб, венеричних хвороб, прокази, спадкових хвороб, компенсації шкоди, яка заподіяна здоров'ю у зв'язку із забрудненням навколишнього середовища. Усе вище перераховане об'єднує поняття «суспільна гігієна».

Також із суспільних фондів фінансуються заходи, що об'єднуються поняттям «соціальне забезпечення та соціальний достаток»: це заходи, що здійснюються згідно з законами про охорону життєвих прав (медична допомога), про соціальне забезпечення людей із фізичними порушеннями та особи з інвалідністю (реабілітаційна допомога), про соціальне забезпечення дітей, про заходи надзвичайної допомоги поранених на війні, про медичне забезпечення жертв атомного бомбардування. Крім того, за рахунок суспільних фондів здійснюється страхування матері та дитини.

Заробітна плата лікарів в країні знаходиться на достатньо високому рівні. Так, у 2019 році середньомісячна заробітна плата лікаря склала 22 000 дол. США, при цьому найнижчий рівень заробітної плати лікаря в Японії становить 9900 дол. США, а найвищий – 37 400 дол. США [302].

Отже, Уряд країни регулює майже всі аспекти діяльності загальної системи загальнообов'язкового медичного страхування. Національні та місцеві органи влади зобов'язані забезпечити ефективну систему надання якісної медичної допомоги населенню. Національний уряд встановлює графік плати за обов'язкове соціальне медичне страхування та надає субсидії місцевим органам влади, страховикам та постачальникам послуг. Уряд також несе відповідальність за визначення норм та правил діяльності для страхових організацій та постачальників медичних послуг. 47 префектур (регіонів) Японії застосовують ці норми та розро-

бляють програму регіональної медичної допомоги за рахунок власних бюджетів та коштів, виділених національним урядом. Понад 1700 муніципалітетів реалізують політику охорони здоров'я на місцях та організують заходи щодо зміцнення здоров'я для своїх жителів [379].

Рада соціальної безпеки (*Social Security Council*), яка є статутним органом, відповідає за розробку національної політики щодо контролю якості, безпеки та здійснює контроль за витратами в охороні здоров'я, а також встановлює рекомендації щодо визначення плати постачальників медичних послуг. В рамках міністерства Центральна рада обов'язкового медичного страхування (*Central Social Insurance Medical Council*) визначає пакет пільг та графік оплати. Національний уряд та префектури розробляють плани контролю витрат.

Фармацевтичні та медичні вироби перевіряються на якість, ефективність та безпеку Агентством з фармацевтичних та медичних виробів (*Pharmaceutical and Medical Devices Agency*), що є урядовим регуляторним агентством. Центральна рада обов'язкового медичного страхування встановлює прайс-лист на обов'язкове медичне страхування, до складу якого відносяться перелік фармацевтичних препаратів та їх ціни, на які поширюється обов'язкового медичного страхування. Критерії покриття включають клінічну ефективність, а не витрати. Заздалегідь Агентством з фармацевтичних та медичних виробів проводить випробування з метою дослідження фармако-економічної ефективності при прийнятті рішень.

Комітет Японії з добросовісної конкуренції (*Japan Fair Trade Commission*) є незалежною урядовою адміністративною комісією, що сприяє чесній конкуренції в галузі охорони здоров'я, а також інших секторах економіки [350].

У загальному вигляді організаційно-функціональна структура охорони здоров'я в Японії представлена на рис. 1.7.

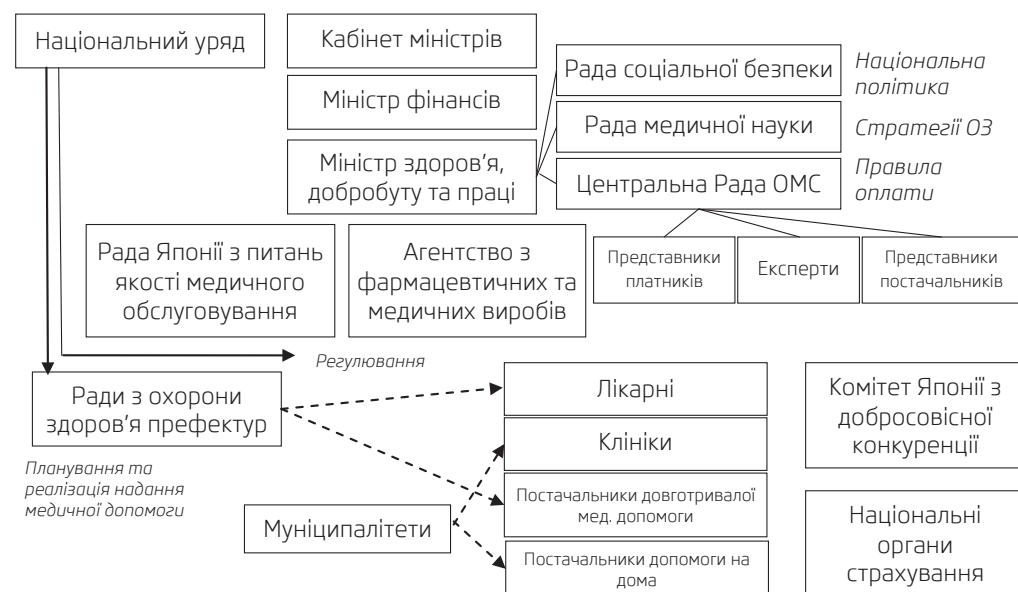


Рис. 1.7. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Японії

Джерело: адаптовано автором [351]

Загалом японська система охорони здоров'я є достатньо ефективною та займає провідні позиції у рейтингах. Так, за ефективністю охорони здоров'я, в 2018 році національна система охорони здоров'я Японії зайняла 7 позицію, а за індексом безпеки життя у 2019 році – 21 серед 195 країн світу (табл. А.2, А.3 Додатку А). Резюмуючи, можна впевнено стверджувати, що система охорони здоров'я в Японії – одна з найрозвиненіших у світі. Орієнтація на профілактику і реабілітацію дозволила істотно знизити витрати на охорону здоров'я і підвищити його якість. Основа успішної моделі охорони здоров'я – це якісна підготовка японських лікарів, новітні фармацевтичні останнього покоління і високі технології в усіх сферах медичної допомоги Японії.

**Національна система охорони здоров'я Канади.** Національна система охорони здоров'я Канади аналогічна до моделі Японії та представлена суспільно-приватною моделлю. При цьому модель охорони здоров'я Канади дуже нагадує державну модель. По-перше, це обумовлено орієнтацією системи охорони здоров'я на соціальні характеристики медичної послуги.

У Канаді діє національна система охорони здоров'я, що гарантує медичне страхування практично всім громадянам країни. Розмір медичної допомоги не залежить від розміру страхового внеску: людині не можуть відмовити у страховці через похилий вік чи незадовільний стан здоров'я [297]. Найкраще описується національна система охорони здоров'я Канади як система страхових і медичних програм (планів) десяти провінцій і трьох земель.

Федеральний уряд регулює безпеку та ефективність медичних виробів, фармацевтичних препаратів та медичних препаратів природного походження; фінансує дослідження охорони здоров'я; адмініструє та регулює цілий комплекс служб для надання медичних послуг певним категоріям населення, включаючи «Перші нації», «Інуїт», членів Збройних сил Канади, деяких ветеранів, біженців, а також ув'язнених у федеральних пенітенціарних установах; та здійснює управління декількома напрямками громадського здоров'я.

Провінції та землі Канади несуть основну відповідальність за організацію та надання медичних послуг та контроль за постачальниками медичних послуг. Багато з них створили регіональні органи охорони здоров'я, які планують та надають послуги, що фінансуються державою, на місцях. Як правило, ці органи відповідальні за фінансування та надання медичної допомоги [275].

Загальні витрати на охорону здоров'я у 2019 році в країні становлять 10,7% від ВВП, а витрати на одного громадянина – 4755 дол. США, при цьому 69,8% загальних витрат на охорону здоров'я припадає на державні витрати. Основним джерелом фінансування є загальні витрати провінцій та земель, які становлять близько 93% державних витрат на охорону здоров'я. Федеральний уряд направляє кошти в бюджети провінцій та земель у розрахунок на душу населення через Канадський трансфер здоров'я (*Canada Health Transfer*), що становить 24% від загальних витрат на охорону здоров'я провінцій та земель [275].

Фінансування постачальникам медичних послуг в Канаді здійснюється з одного джерела – системи національного страхування, яка акумулює кошти трьох фондів:

- 1) федеральних фондів та фондів бюджетів провінцій;
- 2) фондів приватних страхових компаній;
- 3) добровільні пожертвування.

Сфера діяльності приватних страхових компаній обмежена: ним дозволено страхування лише тих послуг, які не включені в програми обов'язкового медичного страхування (наприклад, офтальмологічна та стоматологічна допомога, приватні лікарняні палати, послуги косметологічної хірургії тощо). Приватне страхування покриває приблизно на 2/3 населення країни. У 2018 році приблизно 94% премій за приватними медичними програмами сплачувались через роботодавці, профспілки чи інші організації за груповим договором чи незастрахованим контрактом (за яким спонсор програми надає пільги для групи поза договором страхування). У 2018 році приватне страхування становило приблизно 12% від загальних витрат на охорону здоров'я. Більшість страховиків – це прибуткові приватні організації [275].

Загалом, провінції акумулюють свої фонди охорони здоров'я із загальних місцевих податків, проте в деяких провінціях (наприклад, Альберта, Британська Колумбія) громадяни виплачують спеціальні страхові внески, а в провінції Квебек роботодавці та робітники виплачують податок на медичне страхування з заробітної плати.

Перевага надається фінансуванню із місцевих податків, оскільки вважається, що внаслідок спеціальних страхових внесків зростають адміністративні витрати. Як правило, витрати на охорону здоров'я складають третину загальних щорічних витрат провінцій.

Кошти, що акумулюються, направляються на фінансування програм обов'язкового страхування та розвиток системи охорони здоров'я провінцій. З метою доступу до федеральних фондів, провінція має забезпечити відповідність програм наступним вимогам: (1) загальне покриття населення на рівні 98-99%; (2) універсальність: страхування повинно покривати усі необхідні медичні послуги; (3) суспільне управління програмою на комерційній основі; (4) доступність пільг у випадку, якщо людина подорожує.

У Канаді існують дві програми медичного страхування:

- 1) перша – покриває стаціонарні медичні послуги;
- 2) друга – послуги лікарів.

Більшість стаціонарів та лікарів в країні є приватними. Лікарі отримують заробітну плату на основі гонорару – оплата за послуги. По всій території країни співвідношення лікар-пацієнт зростає з 2011 року. Станом на 2015 рік у країні було приблизно 228 лікарів на 100 000 людей. Лікарі Канади станом на 2019 рік заробляли в середньому 102 000 дол. США на рік. Ставка заробітної плати різнилась за спеціалізацією та за провінціями. Так, найнижчий рівень доходу становить 25 025 дол. США – для лікарів із незначним досвідом роботи, а найвищий – 328 000 дол. США [303]. Заробітна плата фахівців становить приблизно 161 000 дол. США щорічно, тоді як лікарі загальної практики мають зарплатню – 107 000 дол. США щорічно приблизно [366].

Тарифи на медичні послуги регулюються урядом та щорічно переглядаються. Держава не зацікавлена в збільшенні тарифів на медичні послуги, оскільки зростання вартості лікування потребує збільшення розміру державного фінансування, а отже, підвищення податків, що не є популярним. У Канаді навіть передбачено фінансове покарання для провінцій, які байдуже ставляться до лікарів, які збирають від своїх пацієнтів додаткові збори понад встановлених тарифів.

Суворий контроль за медичними витратами стримує впровадження новітніх медичних технологій. В Канаді проводять ретельний та всебічний аналіз переваг та недоліків впро-

вадження нової медичної техніки з метою прийняття остаточного рішення щодо доцільності її використання та наслідків впровадження з точки зору ефективності використання та фінансового навантаження на бюджет країни.

У країні існує єдиний орган управління, який відповідає за фінансування галузі, – Національна система страхування, що разом із значною часткою бюджетних коштів у загальних витратах на охорону здоров'я, дозволила уряду забезпечити чітку координацію програм охорони здоров'я та скорочення адміністративних витрат (сьогодні вони складають 1-2% від загальних витрат на охорону здоров'я).

У країні не існує законодавчо визначеного гарантованого пакету медичних послуг: органи управління провінцій та земель спільно з представникам медичної спільноти визначають безкоштовні послуги. Вони надають різний рівень додаткових пільг, таких як рецептурне призначення препаратів під час амбулаторного лікування, психічна та психіатрична медична допомога, офтальмологічна та стоматологічна допомога, догляд на дому та хоспісна допомога. Вони здійснюють послуги з громадського здоров'я та профілактики (включаючи імунізацію) в рамках своїх державних програм.

Рівень витрат на державні діагностичні та клінічні послуги є рівним. Вартість екстреної медичної допомоги варіюється за провінціями. Всі рецептурні фармацевтичні препарати при клінічному лікуванні є безкоштовними, а при амбулаторному лікуванні – залежить від політики провінції чи землі. Лікарям заборонено стягувати ціни за пацієнтів вище узгодженого тарифу оплати. У 2018 році прямі виплати домогосподарств становили близько 14% від загальних витрат на охорону здоров'я, головним чином вони направлялися на придбання фармацевтичних препаратів, що відпускаються за рецептом (21%); офтальмологічні послуги (9%) та безрецептурні ліки (10%) [275].

Загалом організаційно-функціональну структуру в Канаді представлена на рис. 1.8.

Отже, національна система охорони здоров'я Канади характеризується високим рівнем децентралізації. Провінції мають головну юрисдикцію щодо управління та регулювання охорони здоров'я. Федеральне міністерство охорони здоров'я – Здоров'я Канади (*Health Canada*) – сприяє підвищенню загального рівня здоров'ю; забезпечує фінансування певних програм; забезпечує безпеку харчових продуктів та фармацевтичних препаратів; а також контролює якість медичного обладнання та медичних технологій. Державне агентство громадського здоров'я Канади (*Public Health Agency of Canada*) відповідає за громадське здоров'я, готовність та реагування на надзвичайні ситуації, контроль та профілактику інфекційних та хронічних захворювань.

На національному рівні декілька міжурядових некомерційних організацій здійснюють моніторинг роботи системи охорони здоров'я та поширення найкращих практик безпеки пацієнтів (Канадський інститут безпеки пацієнтів – *Canadian Patient Safety Institute*); надання громадськості інформації про охорону здоров'я та здійснюють збір медичних даних (Канадський інститут інформації з охорони здоров'я – *Canadian Institute for Health Information*); та забезпечення фінансування та підтримки провінційних інформаційних систем охорони здоров'я (*Canada Health Infoway*). Агентство Канади з фармацевтичних препаратів та медичних технологій (*Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*) здійснює оцінку національних медичних технологій, на основі якої дає інформацію про фармако-економічну фармацевтичних препаратів, медичних технологій та систем охорони здоров'я.

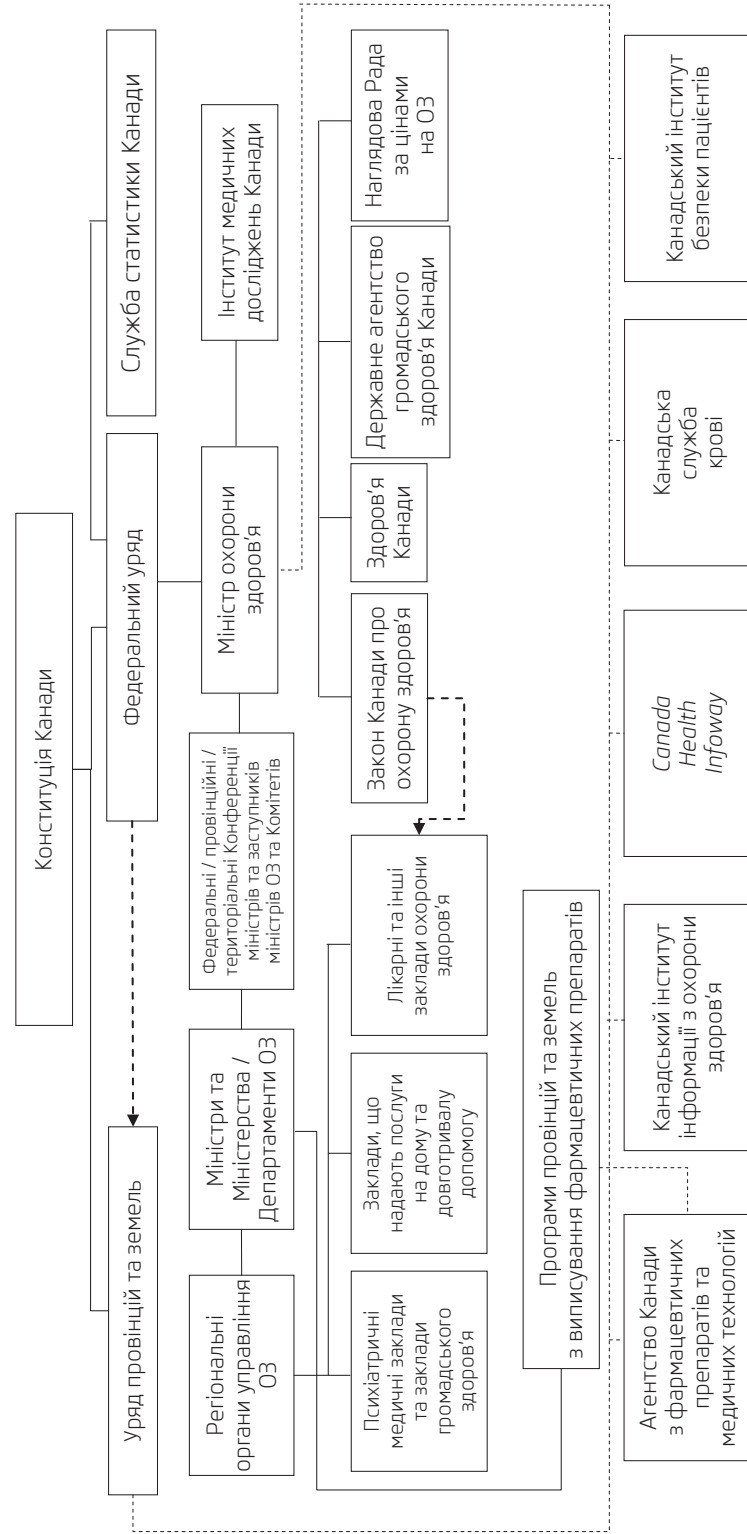


Рис. 1.8. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Канади

Джерело: адаптовано автором [349, с. 22]

Також до неурядових організацій, які мають значний вплив на управління охороною здоров'я, належать такі професійні організації, як Канадська медична асоціація; провінційні регуляторні коледжі, які відповідають за ліцензування професій та розробку та дотримання стандартів медичної практики; та Акредитація Канади (Accreditation Canada) [296].

Більшість постачальників медичних послуг здійснюють свою діяльність відповідно до законодавства провінцій та земель; зареєстровані у професійних асоціаціях, які забезпечують дотримання стандартів освіти, навчання та якості обслуговування. Професійні асоціації лікарів також відповідають за узгодження графіків оплати з міністерствами охорони здоров'я провінцій. У більшості провінцій діє омбудсмен, який здійснює адвокатуру в сфері охорони здоров'я.

Основною проблемою Канади є відтік медичного персоналу до США, де рівень заробітної плати значно вищий, а отже в країні існує дефіцит кадрів.

Проте, незважаючи на зазначену проблему система охорони здоров'я Канади є однією з найкращих у світі. Одним з найважливіших індикаторів ефективності існуючої системи охорони здоров'я є здоров'я населення. Так, тривалість життя канадців становить 78,6 років (81,4 року для жінок і 75,8 років для чоловіків), що є одним з найвищих показників серед розвинених країн світу. При цьому, за індексом безпеки життя в 2019 році Канада посіла 5 місце серед 195 країн світу, а за ефективністю системи охорони здоров'я у 2018 році – 16 місце (табл. А.2., А.3 Додатку А).

**Національна система охорони здоров'я Великобританії.** Типовим прикладом державної (бюджетної) моделі є система охорони здоров'я Великобританії, яка представляє собою систему державного фінансування охорони здоров'я із високою централізацією фондів та обмеженою роллю місцевого фінансування. У межах цієї моделі можуть бути зіставлені пріоритети здоров'я нації з іншими пріоритетами національної економіки. Її ключовим принципом є забезпечення доступності медичних послуг для всього населення країни.

Вважається, що англійська система охорони здоров'я була створена під впливом ідей, які були вперше втілені в державній системі охорони здоров'я СРСР у 1920-1930 рр. за участю академіка М. О. Семашко [50, с. 117]. Це підтверджує той факт, що модель є централізованою із ознаками планово-розподільної економіки.

Законодавча відповідальність та політика у сфері охорони здоров'я Великобританії покладається на Парламент, Державного секретаря з питань охорони здоров'я та Департамент охорони здоров'я. Департамент охорони здоров'я забезпечує управління загальною системою охорони здоров'я, але поточна відповідальність за управління охороною здоров'я країни покладена на окремий державний орган – Національну службу охорони здоров'я (*National Health Service, NHS England*).

Основним органом управління є Національна служба охорони здоров'я та її локальні відділення. Її головною функцією є регулювання фінансування галузі та надання медичних послуг. Вона відповідає за забезпечення доступу до медичної допомоги населення країни. Також ця служба здійснює контроль за 209 місцевими клінічними групами (*Clinical Commissioning Groups, CCGs*).

Сполучною ланкою між вище згаданими двома рівнями управління охороною здоров'я служать Стратегічні управління. В країні налічується 28 подібних структур, за кожною з яких

закріплена певна адміністративна територія. Сфера їх відповідальності – інтеграція загальнонаціональних пріоритетних програм, таких як програми з раннього виявлення онкологічних захворювань, у плани діяльності місцевих закладів охорони здоров'я.

У 2018 році витрати на охорону здоров'я в країні становили 9,8% від ВВП, а на одного громадянина – 3859 дол. США (табл. А.1 Додатку А), з них державні витрати становили 79,5%.

Фінансування сфери охорони здоров'я Великобританії здійснюється за рахунок коштів державного бюджету і частково – за рахунок соціального податку, який сплачується працюючим населенням та роботодавцями, за диференційованою шкалою пропорційно рівню доходу [294]. Так, надходження з податків складають 90% бюджету охорони здоров'я, і тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців [266].

Центральний уряд виділяє державні асигнування Міністерству охорони здоров'я, яке відповідає за подальший розподіл коштів.

Додатковим джерелом фінансування галузі є добровільне медичне страхування, яке покриває лише 12% населення країни. За його рахунок фінансуються окремі специфічні хірургічні втручання, стоматологічні та офтальмологічні послуги. Основним фактором, який впливає на послуги добровільного медичного страхування в країні є необхідність довгого очікування своєї черги в державному закладі охорони здоров'я та неможливість самостійно обрати лікаря. Чинником, який знижує привабливість добровільного страхування для населення Великобританії, є висока вартість страхових внесків, зростання яких постійно випереджує темпи інфляції [294, с. 118; 162, с. 145].

Покриття медичною допомогою є універсальним. Більшість медичних послуг, що надаються в межах державної системи охорони здоров'я Великобританії, є безоплатними. Частково оплачується тільки деякі види послуг, наприклад виписування рецепту та профілактичний огляд. Винятком є стоматологічна допомога, більша частина вартості якої (близько 80%) оплачується пацієнтом. Незважаючи на це, розмір участі пацієнтів в оплаті послуг охорони здоров'я в Великобританії менший, ніж в таких європейських країнах, як Франція чи Італія. Від доплат за медичну допомогу в Великобританії звільнені такі верстви населення, як вагітні, діти, особи, які отримують державну соціальну допомогу і допомогу у зв'язку з безробіттям, особи з хронічними хворобами, пенсіонери та інваліди війни.

У національній системі охорони здоров'я Великобританії прийнято медичні послуги розділяти на первинні і вторинні. Обидві групи послуг надають відповідні місцеві підрозділи (трасти), які безпосередньо керуються регіональними стратегічним управліннями.

Первинні послуги надаються в кабінетах лікарів загальної практики, амбулаторних хірургічних відділеннях, стоматологічних і офтальмологічних лікарнях. Вторинні медичні послуги надаються в госпіталах, амбулаторіях, а також психологами та психіатрами.

Залежно від специфіки надання послуг трасти розділяються за декількома групами, основними серед них є трасти первинної ланки. Вони фінансуються з фондів клінік, що знаходяться під юрисдикцією інших трастів. До їх функцій відносяться надання невідкладної медичної допомоги пацієнтами, що направлені до них іншими державними структурами та закладами приватного сектору; організація заходів первинної та вторинної профілактики; контроль за місцевою епідеміологічною ситуацією і вакцинація населення. Саме ці організації в сукупності становлять основу національної системи охорони здоров'я і витрачають 80% загального бюджету охорони здоров'я.

Департамент охорони здоров'я надає трастам первинної ланки право застосовувати тактику аутсорсингу, тобто користуватися послугами приватних закладів, що можуть надати медичні послуги, які не можуть бути виконані в державному закладі на даний час. Такий підхід особливо є результативним і дозволяє досягти економії робочої сили і засобів у випадках, коли необхідне втручання відноситься до розряду невідкладних, а в доступних державних закладах можливості його виконання з тих чи інших причин обмежені.

Трасти керують діяльністю більшості госпіталів і відповідають за спеціалізовану медичну допомогу, зокрема у сфері психічного здоров'я. Вони є відповідальними за забезпечення високої якості медичних раціональні витрати бюджетних коштів.

Юридично всі заклади охорони здоров'я є власністю місцевої громади. Такий тип власності дозволяє формувати місцеві варіанти організації медичного обслуговування у відповідності зі специфічними потребами і пріоритетами, які не завжди передбачаються загальнонаціональними стратегіями.

Трасти є роботодавцями для більшої частини медичного персоналу. Важливо зазначити, що трасти, які займають провідні позиції в загальнонаціональному рейтингу ефективності, мають можливість вийти з-під контролю Національної служби здоров'я і мають право отримати статус самостійної організації. Це означає автономність для всіх закладів, що входять до його складу. Заклади охорони здоров'я, що отримали таке право, офіційно залишаються частиною національної системи охорони здоров'я, а пацієнти, як і раніше, проте вони мають більшу свободу в управлінні ресурсами при мінімальному контролі зі сторони держави.

Монополія в охороні здоров'я сприяє виникненню витратного механізму в використанні коштів платників податків без суттєвого покращення якісних характеристик здоров'я населення. Монополізація в галузі є причиною росту дефіциту медичних послуг, бюрократизації та надмірною авторитарністю управління галуззю. Переважання державної власності призводить до обмеження вільного ринку медичних послуг.

Недоліками національної системи охорони здоров'я Великобританії є відсутність факторів, що стимулюють розвиток галузі. Це призводить до низьких темпів зростання якості медичної допомоги, недостатній гнучкості організаційних структур, до можливості довготривалої реалізації неефективних стратегій та використанню застарілих медичних технологій.

Іншим недоліком є те, що в Великобританії платники податків не завжди мають інформацію щодо витрачання коштів, які направляються державою на охорону здоров'я. А в самій системі відсутні чіткі критерії, які визначають якість медичних послуг, що надаються.

Зазначені недоліки обумовлюють зниження якості медичної допомоги, ускладнюють контроль над діяльністю закладів охорони здоров'я зі сторони населення країни.

Структура служби громадського охорони здоров'я Великобританії складається з трьох елементів: громадське здоров'я, загальна лікарська практика і госпітальна служба.

У системі громадського здоров'я діяльність здійснюється різними категоріями сестринського персоналу, який здійснює догляд за хворими, здійснює профілактичні заходи і виконує спеціальні призначення лікарів. Сестринська служба цілком самостійна і працює в тісній співпраці з лікарями за принципами партнерства.

Служба загальної лікарської практики здійснює амбулаторне обслуговування, у т.ч. стоматологічну, офтальмологічну і фізіотерапевтичну допомога. Структурно загальна лікарська

практика в Великобританії представлена трьома організаціями: Асоціацією лікарів загальної практики, Коледжем лікарів загальної практики і Загальною медичною радою.

Незважаючи на значно меншу частку коштів, які витрачаються на охорону здоров'я в структурі ВВП Великобританії у порівнянні з іншими країнами світу, показники діяльності системи охорони здоров'я в країні є одними з найвищими серед європейських країн.

Лікар загальної практики – це провідна фігура в системі національної охорони здоров'я Великобританії. Чисельність населення, що обслуговується одним лікарем загальної практики складає 1200-1250 осіб. Близько 80% лікарів загальної практики об'єднані в невеликі групи, що дозволяє їм на пільгових умовах орендувати приміщення, купувати обладнання і спеціалізуватися на обслуговуванні окремих груп пацієнтів: літніх та дітей. У середині групи відбувається спеціалізація за окремими напрямками медичної практики: створюється щось на кшталт маленької поліклініки.

Заробітна плата лікарів загальної практики залежить від кількості пацієнтів, з якими укладено договори. При визначенні її розмірів враховується частка населення віком понад 60 років, кількість профілактичних оглядів і випадків надання невідкладної і екстреної допомоги [46, с. 73-74].

Загалом у 2019 році в Великобританії середня заробітна плата лікарів на рік склала 138 тис. дол. США: лікарі первинної ланки отримують від 108 до 136 тис. дол. США на рік, лікарі вторинної та третинної ланки – від 108 до 149 тис. дол. США на рік. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів Великобританії становить близько 40%, а роботою – 84% (лише 4% лікарів категорично не задоволені роботою) [342]. В країні діє бонусна система оплати лікарів загальної практики і фахівців (лікарів-консультантів), яка передбачає виплату додаткової винагороди за досягнення певних цілей.

У госпітальній службі, що працює за принципом дільниць, зайняті вузькопрофільні медичні фахівці. Вони здійснюють амбулаторний консультативний прийом і надають стаціонарну медичну допомогу. При цьому 95% лікарень у країні належать державі. Витрати на стаціонарну допомогу становлять 65% бюджету охорони здоров'я країни.

За останні роки діяльність лікарень інтенсифікується за рахунок скорочення термінів перебування хворих на ліжку, що призводить до істотного зменшення витрат.

Раціоналізація клінічної медичної допомоги в Великобританії проводиться за принципом профілізації лікарень залежно від форми і обсягу надання медичної допомоги. Організуються мережі денних стаціонарів, центрів реабілітації, будинків сестринського догляду тощо. Сьогодні в Великобританії до 50% планових оперативних утручань виконується в одноденних стаціонарах [46, с. 75].

У загальному вигляді організаційно-функціональну структуру національної охорони здоров'я Великобританії представлено на рис. 1.9.

Серед чітких переваг моделі можна відмітити наступні: по-перше, орієнтація на профілактику захворювань, оскільки за цією моделлю «сплачується здоров'я», то лікар об'єктивно зацікавлений у зменшенні рівня захворюваності, зниженні обсягів надання медичних послуг, хоча на вільному ринку він зацікавлений у зворотному. По-друге, рівний доступ до медичної допомоги досягається шляхом жорсткого обмеження свободи вибору пацієнтом закладу охорони здоров'я та лікаря. По-третє, громадянам Великобританії надається право

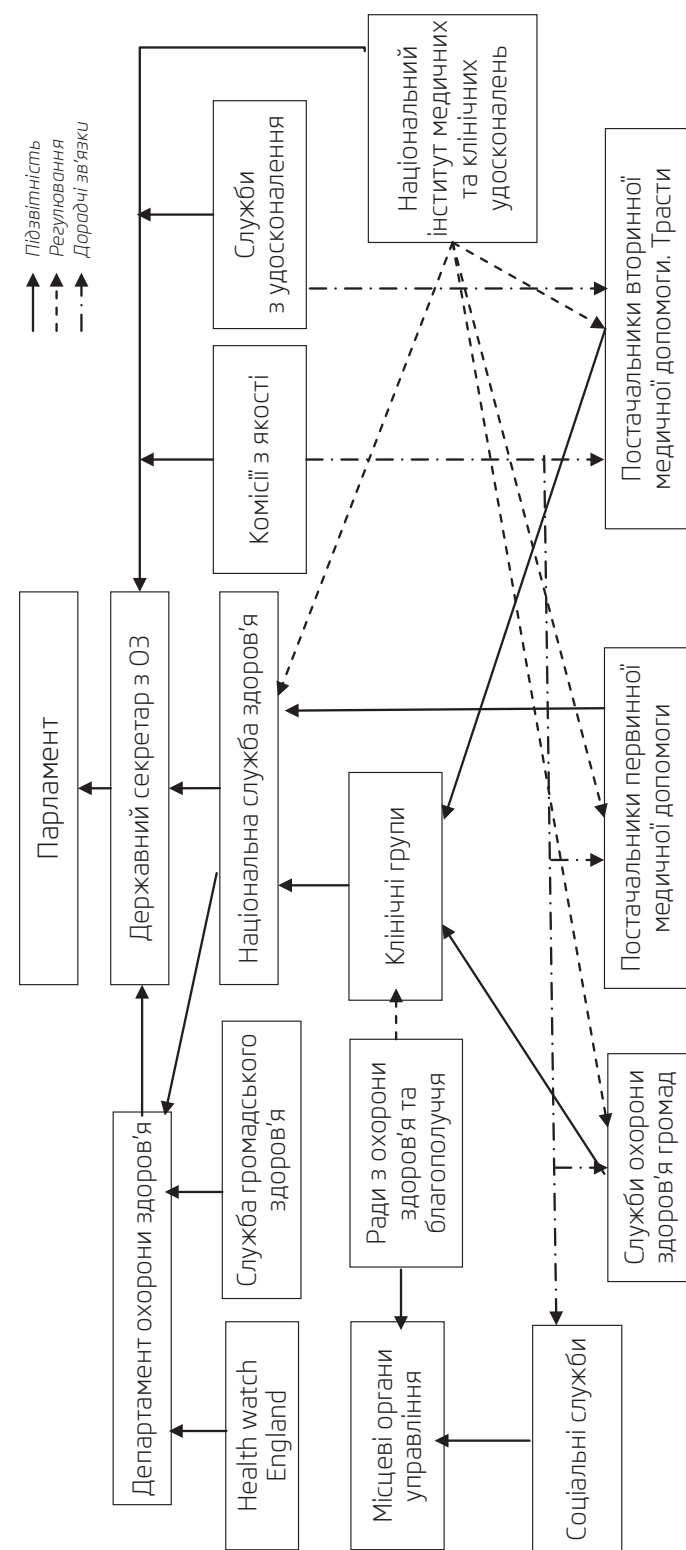


Рис. 1.9. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Великобританії

Джерело: адаптовано автором [383]

впливати на процес прийняття рішень у сфері охорони здоров'я. Заслуговує уваги практика, яка існує протягом останніх 20 років, коли на місцевому рівні створюються ради охорони здоров'я місцевих громад. Їх мета – захист інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Загалом ефективність національної системи охорони здоров'я Великобританії висока. Так, за рейтингом ефективності охорони здоров'я країна в 2018 році посіла 35 місце, а за індексом безпеки життя у 2019 році – 2 місце серед 195 країн світу (табл. А.2,3 Додатку А).

**Національна система охорони здоров'я в Австралії.** В Австралії три рівні влади несуть колективну відповідальність за надання універсальної медичної допомоги:

- федеральний;
- державний та територіальний;
- місцевий.

Федеральний уряд в основному здійснює фінансування та опосередковану підтримку штатів та медичного персоналу, субсидуючи лікарів первинної медичної допомоги за допомогою схеми виплат медикаментів (*Medicare Benefits Scheme, MBS*) та схеми фармацевтичних пільг (*Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS*) та розподіляючи кошти на державні послуги. Федеральний уряд має обмежену роль у прямому наданні медичних послуг.

Уряд штатів несе основну відповідальність за регулювання та координацію діяльності державних закладів охорони здоров'я, служб швидкої допомоги, надання державної стоматологічної допомоги, послуг громадського здоров'я та охорону психічного здоров'я. Вони здійснюють власне фінансування як додаткове до федерального.

Місцеві органи влади відповідальні за реалізацію програм охорони здоров'я населенню та профілактики, зокрема імунізація та регулювання харчових стандартів.

Загальні видатки на охорону здоров'я у 2018 році становили 9,3% від ВВП, а на одного громадянина вони становлять 5332 дол. США. Близько 67,0% – це державні витрати.

Федеральний уряд фінансує *Medicare*, універсальну програму державного медичного страхування, яка забезпечує безкоштовний або субсидований доступ до медичної допомоги, резидентами, які мають постійну візу, та громадянам Нової Зеландії вступу до програми та ідентифікації особи. Обмежений доступ надається громадянам певних зарубіжних країн, що регулюється відповідними міжнародними угодами. Інші іноземці не мають доступу до *Medicare*. Отже, державна медична програма страхування *Medicare* є доступною для громадян країни, біженців та іммігрантів з постійною візою.

*Medicare* фінансується за рахунок обов'язкового податку на медичне обслуговування – *Medicare Levy*, який становить 2% від щомісячного оподаткованого доходу. Навіть якщо в родині тільки один працюючий, дія програми страхування поширюється на всіх членів сім'ї. Сім'ї із річним доходом нижче 21 тис. дол., пенсіонери, студенти та безробітні звільняються від сплати цього податку.

Уряд країни щорічно затверджує офіційні розцінки (*Schedule of Fees*) на різні види медичної допомоги. Послуги з переліку повністю покриваються *Medicare*. Державні заклади охорони здоров'я надають медичну допомогу згідно з офіційними розцінками. Виняток становлять послуги з фізіотерапії, мануальної терапії і стоматології.

Приватним лікарям дозволено встановлювати більш високу вартість на свої послуги, тому їх вартість вище офіційних, встановлених державою. *Medicare* відшкодовує 85% від офі-

ційної вартості лікування, решта 15% і надбавку, встановлену приватною клінікою, сплачує споживач медичної послуги. Пацієнт сплачує такі витрати, як проживання в лікарні, оплата за операцію (імплантація) та діагностичні тести. Щоб отримати компенсацію, потрібно принести квитанцію про оплату послуг в офіс *Medicare*.

Деякі приватні лікарі працюють за системою прямого платежу (*Bulk Billing*) – надають допомогу відповідно до офіційних розцінок, встановлених в країні.

Рівень заробітної плати медичного персоналу є досить високим: фахівці отримують приблизно 247 000 дол. США на рік, а лікарі загальної практики – близько 91 000 дол. США. Середня заробітна плата лікарів становить 72000 дол. США на рік [366].

В Австралії приватне медичне страхування є досить розвиненим і доступним для населення. Приватні страхові організації пропонують значний вибір постачальників медичних послуг, більш швидкий доступ до послуг екстреної допомоги та знижки на певні медичні послуги. Уряд заохочує населення до участі у добровільному страхуванні, щоб знизити навантаження на бюджет, за рахунок податкових знижок чи компенсацій (так, сума компенсації залежить від річного доходу застрахованої особи або сім'ї), а для груп з високим рівнем доходу, що є вищим визначеного рівня (88 тис. дол. – для одного громадянина і 176 тис. дол. – для сім'ї), встановлює штрафи за відсутність приватного добровільного медичного страхування (як надбавка до *Medicare Levy – Medicare Levy Surcharge* – у розмірі 1%).

Програма безстрокового страхування здоров'я (*Lifetime Health Coverage program*) спрямована на збільшення числа молодих людей з приватним страховим полісом. Вона встановлює нижчий рівень страхових внесків у випадку, коли її учасники реєструються до 30 року. Для осіб, які не зареєструвались до 30 року, збільшується базовий внесок на 2% за кожен рік після 30 року. Отже, учасниками цієї програми страхування є, значною мірою, громадяни до 30 років. Так, якщо вартість полісу в 30 років становить 150 дол., то в 40 років він буде на 20% дорожче – 180 дол. Проте вартість страхування не може рости безкінечно – максимальна ціна може вирости на 70%.

Для іммігрантів є також певні умови – необхідно придбати приватну страховку протягом року з моменту отримання *Medicare*. Якщо цього не зробити, з кожним роком страхові внески будуть також збільшуватися на 2%.

Для одержувачів допомог від *Centrelink* – відділу міністерства соціального забезпечення Австралії – передбачена карта *Health Care Card*, яка надає додаткові пільги при купівлі фармацевтичних препаратів і отриманні медичної допомоги, включаючи послуги швидкої і стоматолога. Також громадяни та постійні мешканці Австралії з *Medicare* отримують фармацевтичну знижку (*Pharmaceutical Benefits Scheme*). Знижка діє тільки на фармацевтичні препарати, які видаються за рецептом лікаря.

Для тих осіб, які мають значні витрати на придбання рецептурних фармацевтичних препаратів, існує додаткова знижка – *PBS Safety Net*. Так, якщо громадянин протягом календарного року витратив на фармацевтичні препарати 1 475 дол., то залишок року ціна на них буде всього 6 дол. Для отримання знижки *Safety Net* необхідно вести облік куплених рецептурних препаратів, спеціальний бланк для обліку можна отримати в аптеці. Для пенсіонерів та власників *Health Care Card* фармацевтичні препарати будуть видаватися безкоштовно, за умови, що витрати на них за рік склали 372 дол.



Майже половина населення Австралії (47%) отримує медичну допомогу за приватним страхуванням, і 56% отримують медичну допомогу за державними програмами.

Страхові організації представлені як комерційними, так і некомерційними організаціями. У 2018 році видатки на приватне медичне страхування становили 8,7% від усіх витрат на охорону здоров'я.

Послуги, що надаються в межах приватного медичного страхування, включають клінічну, амбулаторну та екстрену медичну допомогу. При зверненні до закладів охорони здоров'я споживачі медичних послуг мають право обрати свій статус: (1) державного пацієнта (з повним покриттям вартості медичної послуги за рахунок держави) або (2) приватного пацієнта (з покриттям вартості медичної послуги 75%).

Медичні послуги приватного медичного страхування складаються з послуг, що не передбачені державним, а саме стоматологічна, фізіотерапевтична, мануальна, ортопедична медична допомога, послуги медичних сестер на дому, послуги швидкої допомоги, а також послуги з оптометрії.

Вартість страхового поліса залежить від компанії-страховика. Покриття приватного медичного страхування залежить від соціально-економічного статусу: воно охоплює кожного п'ятого громадянина країни (22,1%) з 20% найменш соціально незахищених верств населення, і 57,2% – серед населення з високим рівнем доходу, що частково пояснюється надбавкою *Medicare Levy*.

Першою ланкою надання медичної допомоги є лікарі загальної практики (сімейні лікарі), які далі направляють до спеціалізованого лікаря для подальшого обстеження, діагностики і лікування. Вони зазвичай працюють за системою прямого платежу. В екстреному випадку і критичному стані можна одразу звернутися до відділення травматології (*Casualty*) або невідкладної допомоги (*Emergency*) в державній лікарні, при наявності *Medicare* карту і *Health Care Card*. Послуги швидкої допомоги в Австралії платні. Вартість варіюється від штату та стану пацієнта.

Консультації з питань здоров'я, стоматологічні, фізіотерапевтичні та інші послуги вузьких фахівців надаються також в громадських центрах охорони здоров'я (*Community Health Centres*). Вони надають медичні послуги жінкам, іммігрантам, непрацездатним особам і сім'ям з маленькими дітьми (для сімей з дітьми дошкільного віку – безкоштовно, у т.ч. і вакцинація дитини).

У країні досить розвинена система медичної та соціальної допомоги для літніх людей. Надається організацією *Aged Care Assessments Teams*, яка назначає догляд на дому чи направляє до будинку для літніх (*Nursing Home* чи *Aged Care Home*) залежно від стану здоров'я та побажання пацієнта.

Система координації та регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я Австралії досить децентралізована. Міжурядова співпраця та прийняття рішень на федеральному рівні відбуваються через Раду урядів Австралії (*Council of Australian Governments, COAG*) за участю прем'єр-міністра та перших міністрів кожного штату. *COAG* зосереджується на найвищих пріоритетних питаннях в сфері охорони здоров'я, таких як основні питання фінансування та координація діяльності урядів штатів у сфері охорони здоров'я. Рада охорони здоров'я *COAG (COAG Health Council)* відповідає за більш детальні питання політики

та підтримується Консультативною радою міністрів охорони здоров'я Австралії (*Australian Health Ministers' Advisory Council*).

Федеральний департамент охорони здоров'я здійснює нагляд за реалізацією національної політики та програмами *MBS* та *PBS*. Виплати за цими програмами страхування здійснює Департамент соціального забезпечення (*Department of Human Services*).

Декілька національних агентств, відомств та державних урядових органів відповідають за якість та безпеку медичної допомоги. Австралійський інститут охорони здоров'я та добробуту (*Australian Institute of Health and Welfare*) та Австралійське статистичне бюро (*Australian Bureau of Statistics, ABS*) є основними органами, що здійснюють інформаційне забезпечення охорони здоров'я.

Регулювання та контроль забезпечується низкою агентств: Агентство з визначення стандартів та акредитації допомоги для літніх; Австралійське агентство з регулювання діяльності медичного персоналу тощо.

Уряди штатів мають власні відділи охорони здоров'я та делегували управління лікарнями до місцевих лікарняних мереж [318].

Організаційно-функціональна структура охорони здоров'я Австралії представлена на рис. 1.10.

Охорона здоров'я в Австралії знаходить на досить високому рівні. Проте вона має переважно риси бізнес-практики, відходячи в деяких питаннях від принципу гуманізму. Проте це не знижує її ефективності. Так, за показником ефективності охорони здоров'я Австралія у 2018 році зайняла 8 позицію, а за індексом безпеки життя у 2019 році – 4 позицію серед 195 країн світу (табл. А.2, А.3 Додатку А).

**Національна система охорони здоров'я в Італії.** Національна система охорони здоров'я Італії відповідає характеристикам моделі Беверіджа. Вона надає універсальну медичну допомогу.

Італійська національна система охорони здоров'я (*Servizio Sanitario Nazionale*) була створена у 1978 році. Її основними принципами є принципи загального охоплення медичною допомогою, солідарність, гідність людини та здоров'я. Система формується за регіональним принципом та має національний, регіональний та місцевий рівні.

Центральна влада країни є єдиним платником за медичні послуги.

Проте, на відміну від адміністративно-керованої моделі, системі охорони здоров'я Італії притаманна децентралізація. Уряд країни керує адміністративними та фінансовими процесами в галузі через мережу агентств. У межах системи існує 20 регіональних міністерств та приблизно 600 місцевих органів управління охороною здоров'я [372].

Центральний уряд несе загальну відповідальність за надання методичної допомоги, належного рівня та якості по всій країні. Відповідно до Конституції Італії, центральний уряд контролює розподіл податкових надходжень на медичну допомогу, що фінансується державою, та визначає національний пакет медичних послуг, який має бути запропонований всім жителям у кожному регіоні країни (*livelli essenziali di assistenza, LEA*). Отже, усі громадяни країни мають право на рівний доступ до гарантованого пакету медичних послуг. Основні медичні послуги надаються безкоштовно або за мінімальною платою [349].

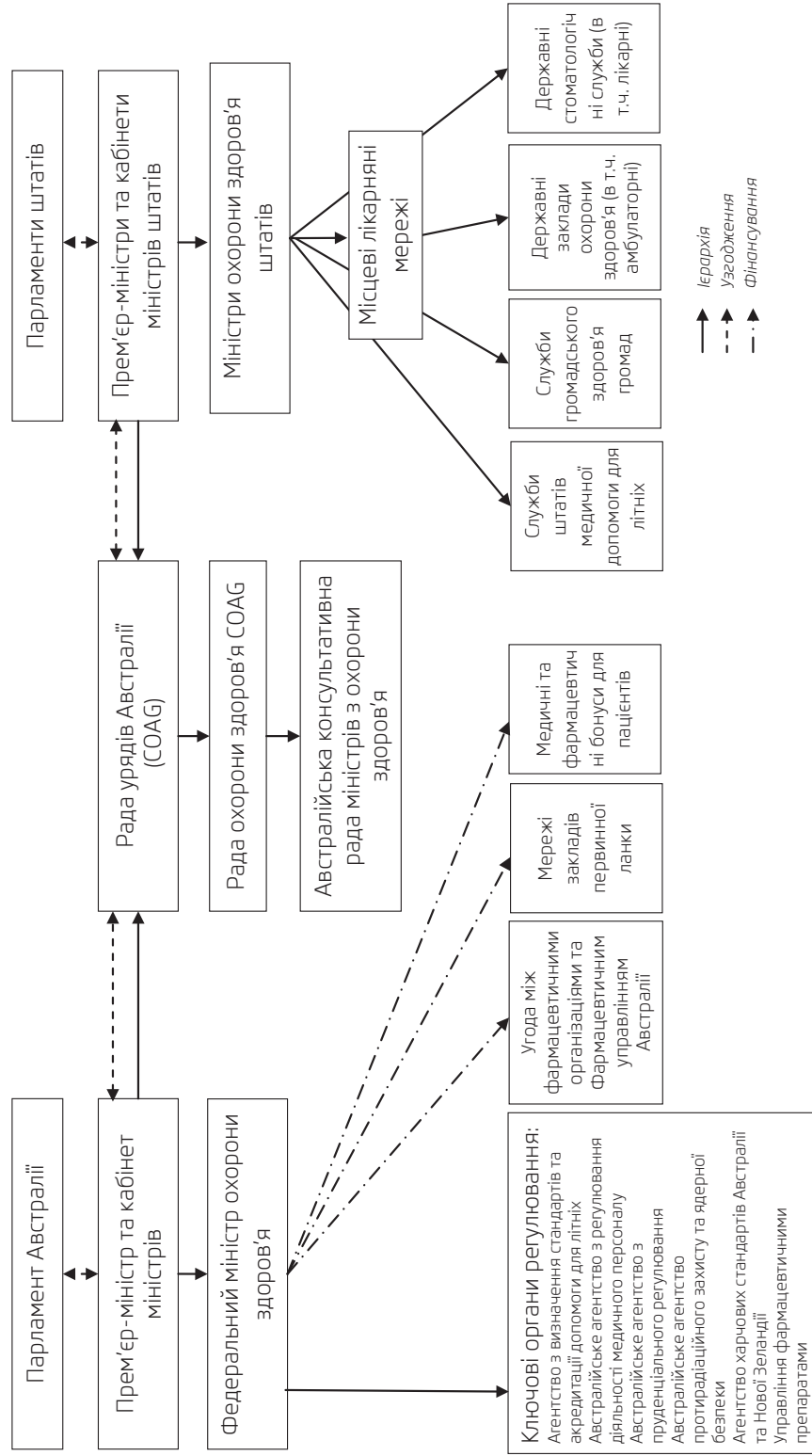


Рис. 1.10. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Австралії

Джерело: адаптовано автором [318]

Органи управління 19 регіонів та двох автономних провінцій несуть відповідальність за організацію та надання медичних послуг через місцеві відділення охорони здоров'я. Регіони мають значний рівень самостійності у визначенні макроструктури їхніх систем охорони здоров'я. Місцевими відділеннями охорони здоров'я керує генеральний менеджер, що призначається губернатором регіону. Вони регулюють та організують надання первинної медичної допомоги, клінічну медичну допомогу, амбулаторну спеціалізовану допомогу, громадське здоров'я та медичні послуги, пов'язані із соціальним обслуговуванням.

Національна система охорони здоров'я охоплює всіх громадян та іноземних резидентів. Починаючи із 1998 року, іммігранти, які не мають документів, мають доступ до екстреної та життєво необхідної медичної допомоги. Тимчасові відвідувачі отримують медичні послуги, що оплачуються прямими виплатами чи за рахунок медичного страхування.

У 2018 році державні видатки становили 75,8% від загальних витрат на охорону здоров'я, загальні витрати становлять 8,8% від ВВП, а на одного громадянина країни – 2840 дол. США. Охорона здоров'я в основному фінансується з коштів цільового оподаткування на центральному та регіональному рівні за рахунок податку на прибуток, який стягується з доданої вартості компаній, податку на заробітну плату державних службовців і додаткового регіонального прибуткового податку. Останній стягується на національному рівні, але 90% від зборів повертається в бюджет регіонів, що сприятливо позначається на економіці регіонів де розвинена промисловість.

Регіонам дозволено отримувати власний додатковий дохід, що призводить до подальших міжрегіональних відмінностей у фінансуванні. Щорічно Постійна конференція з питань регулювання відносин між державою, регіонами та автономними провінціями (з президентами регіонів та представниками центральної влади та її членів) встановлює критерії для виділення фінансових коштів регіонам (як правило, залежно від чисельності населення та вікової демографіки). Місцеві підрозділи охорони здоров'я фінансуються в основному через капітаційну систему.

Структура витрат на охорону здоров'я Італії представлена наступним чином. Фінансування стаціонарів становить значну частину витрат на охорону здоров'я і становить близько 46%. Фінансування первинної ланки – 46% обсягу загальних витрат. Адміністративні витрати складають 4,3%.

Стаціонарна і первинна медична допомога є безкоштовними в момент її надання. Особисті витрати домогосподарств здійснюються в двох формах. Перша форма – участь домогосподарств у витратах: співплатежі за діагностичні дослідження, послуги вузьких фахівців і придбання фармацевтичних препаратів. З 2007 року введено фіксовані співплатежі за необґрунтоване відвідування відділень швидкої допомоги. Друга форма – прямі платежі домогосподарств на отримання медичних послуг приватним чином і придбання ліків, що відпускаються без рецепта.

Оскільки Національна служба охорони здоров'я не дозволяє людям відмовитися від національної системи охорони здоров'я, в країні замісного страхування не існує, проте додаткове та доповнююче приватне медичне страхування доступне для населення.

Приватне медичне страхування відіграє незначну роль у системі охорони здоров'я Італії, і становить приблизно 1% від загальних витрат у 2018 році. Приватні страхові організації

пропонують більш високий рівень сервісу в закладах охорони здоров'я та більш широкий вибір серед державних та приватних постачальників медичних послуг. Деякі поліси приватного медичного страхування також охоплюють доплати за послуги, що надаються приватно, або щоденну ставку компенсації під час госпіталізації.

Існує два види приватного медичного страхування: (1) корпоративне, за яким організації застраховують працівників, а іноді і їх сім'ї, і (2) некомерційне, за яким фізичні особи купують програму страхування для себе або своїх сімей.

Добровільне страхування надається комерційними та некомерційними страховими організаціями. Для ринку медичного страхування Італії характерні три типи некомерційних організацій: (1) добровільні організації взаємного страхування; (2) корпоративні та (3) колективні фонди, організовані роботодавцями або професійними асоціаціями для своїх працівників або членів.

У 2018 році близько 5,5% населення були застраховані через систему добровільного медичного страхування.

За останні двадцять років значно зросла чисельність медичного персоналу, у т.ч. лікарів загальної практики, педіатрів, лікарів стаціонарів і стоматологів. Винятком в даному випадку є медичні сестри стаціонарів, чисельність яких є нижчою, ніж існує потреба в них.

Послуги громадського охорони здоров'я надаються локальними закладами охорони здоров'я, що надають послуги в сфері профілактики захворювань і формування здорового способу життя, безпеки продуктів харчування, запобігання професійних захворювань і виробничих травм, ветеринарії.

Послуги первинної медико-санітарної допомоги надаються лікарями загальної практики, педіатрами та самозайнятими незалежними лікарями, які працюють самостійно за державним контрактом. Послуги первинної допомоги оплачуються за «подушним» принципом за кількістю прикріпленого населення до лікаря (дітей і дорослих). Незважаючи на існуючі механізми фінансового стимулювання лікарів первинної медико-санітарної допомоги, спрямовані на спільне використання приміщень клінік і розвиток групових практик, вони, як правило, працюють самостійно (соло практика).

Спеціалізована амбулаторна допомога, що включає консультації та діагностику, надається локальними закладами охорони здоров'я, або акредитованими державними і приватними закладами, які підписали контракт з ними. Перелік послуг, що надаються, значно варіюється за регіонами. Пацієнти можуть отримати допомогу вузького фахівця за направленням лікаря загальної практики, в окремих випадку для певних послуг вони можуть звернутися до вузького спеціаліста безпосередньо, скориставшись центральною електронною системою запису (*centrounico di prenotazione, CUP*).

Стаціонарна допомога надається в основному державними установами (669 стаціонарів). Локальні заклади охорони здоров'я укладають контракти на надання послуг з приватними лікарнями, в основному некомерційними.

Рівень госпіталізації в Італії є одним з найнижчих серед країн Європейського Союзу. Пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в лікарнях при локальних закладах охорони здоров'я, де вони зареєстровані, або в іншому закладі (свого регіону або в іншому регіоні). Таким чином, локальний заклад охорони здоров'я оплачує лікування своїх пацієнтів в інших

регіонах (так звана, «зовнішня мобільність») і, навпаки, отримує гроші за надання медичних послуг хворим з інших регіонів («внутрішня мобільність»).

У середньому заробітна плата лікаря в Італії 124 629 євро на рік, при цьому лікар початкового рівня (стаж 1-3 роки) отримує середню зарплату в розмірі 84 113 євро на рік, а лікар з досвідом роботи (8+ років досвіду) – в розмірі 161,133 євро на рік [305].

Держава забезпечує безкоштовну стоматологічну допомогу для наступних категорій населення: діти до 16 років, соціально незахищені групи населення (люди з обмеженою дієздатністю, ВІЛ-інфіковані, пацієнти з рідкісними захворюваннями) і тим, кому потрібна невідкладна / екстрена стоматологічна допомога. Інші категорії повинні оплачувати стоматологічну допомогу за власний рахунок. Тарифи на стоматологічні послуги встановлюються централізовано в національному формулярі. Регіонам також дозволяється проводити додаткові заходи та акції з просування стоматологічної допомоги: так, в Лаціо була успішно проведена і впроваджена програма з надання даного виду послуг престарілим.

Механізми ефективної координації медичної та соціальної допомоги з метою забезпечення довготривалої допомоги людям похилого віку та людям з обмеженою дієздатністю досі не цілком сформувалися, що частково пояснюється наявністю безлічі постачальників з різних видів послуг.

У результаті, деякі муніципалітети передали повноваження з організації довготривалої допомоги на рівень локальних закладів охорони здоров'я. Догляд за цими групами населення здійснюється в лікарнях і будинках престарілих (установи кваліфікованого сестринського догляду) і на дому. Послуги в установах кваліфікованого сестринського догляду зазвичай надаються пацієнтам, чий стан здоров'я вимагає інтенсивної допомоги та використання медичних ресурсів; допомога на дому надається пацієнтам, які не мають критичних проблем зі здоров'ям.

З кінця 1990-х років була введена державна політика в галузі надання паліативної допомоги, в результаті чого вдалося привернути увагу до даного питання і збільшити обсяг надаваних населенню послуг у хоспісах, денних стаціонарах і відділеннях паліативної допомоги в лікарнях.

У секторі охорони психічного здоров'я Італії відбулися істотні зміни: перехід від психіатричних лікарень старого типу (до 1978 року) до нових психіатричних служб, які працюють на локальному рівні. На сьогодні у кожному локальному закладі охорони здоров'я працюють відділи охорони психічного здоров'я, що включають працівників різних спеціальностей. Їх діяльність спрямована на організацію заходів з профілактики психічних захворювань, забезпечення лікування та реабілітації на підвідомчій території. Послуги надаються в ряді закладів, включаючи місцеві центри охорони психічного здоров'я, відділення стаціонару загальних лікарень, денні стаціонари та лікарні, будинки престарілих. У секторі відзначена тенденція до тіснішої співпраці різних служб. Значна частина послуг, що надаються людям з психічними розладами і нездатністю до навчання, надається громадськими організаціями.

Загалом організаційно-функціональну систему охорони здоров'я Італії можна представити на рис. 1.11.

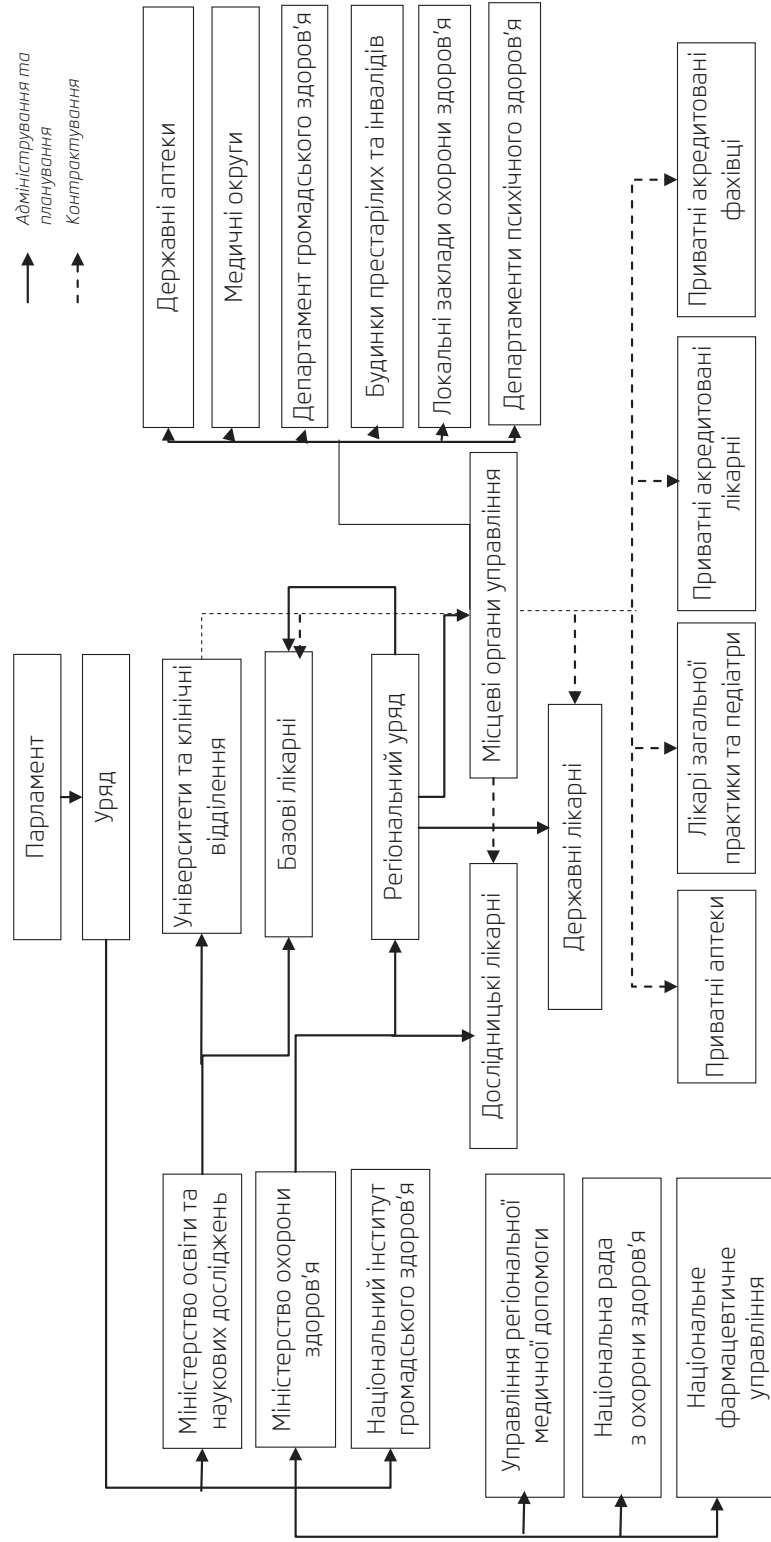


Рис. 1.11. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Італії  
Джерело: адаптовано автором [306]

Так, Міністерству охорони здоров'я підпорядковано 12 управлінь, які здійснюють нагляд за окремими напрямками охорони здоров'я (планування охорони здоров'я; істотний рівень догляду та етики системи охорони здоров'я; управління людськими ресурсами та медичними працівниками; інформаційні системи; фармацевтичні та медичні засоби) або здійснюють контроль за основними установами, що пов'язані з Міністерством охорони здоров'я (наприклад, Національною радою охорони здоров'я, Національним інститутом охорони здоров'я).

Магістральні неурядові організації, що підтримують діяльність Міністерства охорони здоров'я, включають Національну раду з охорони здоров'я (*National Health Council*) (яка забезпечує підтримку національного планування охорони здоров'я, гігієни та охорони здоров'я, фармакології та фармакоепідеміології, постійну медичну освіту для медичних працівників та інформаційні системи) та Національний інститут громадського здоров'я (*National Institute of Public Health*) (що забезпечує рекомендації та контроль у сфері охорони здоров'я).

Національний комітет з медичних виробів (*National Committee for Medical Devices*) за результатами фармако-економічного аналізу визначає референтні ціни на медичні вироби. Агентство регіональних служб охорони здоров'я є єдиною установою, яка відповідає за аналіз порівняльної ефективності та підвітна регіональному керівництву та Міністерству охорони здоров'я.

Національне фармацевтичне управління (*National Pharmaceutical Agency*) відповідає за всі питання, пов'язані з фармацевтичною галуззю, включаючи ціноутворення та відшкодування вартості фармацевтичних препаратів. Воно є підвітним Міністерству охорони здоров'я та Міністерству економіки та фінансів.

У деяких регіонах були створені агенції для оцінки та моніторингу якості охорони здоров'я та надання порівняльних оцінок ефективності та наукової підтримки регіональних управлінь охорони здоров'я. Регіональні уряди періодично підписують «Пакти на охорону здоров'я» (*Patto per la Salute*) з національним урядом, пов'язуючи додаткові ресурси для досягнення цілей планування охорони здоров'я та витрат.

Політика захисту прав пацієнтів залежить від окремих регіонів, які запровадили різні моделі: одні через постійні комітети, до складу яких входять члени об'єднань громадян як інституційний засіб залучення пацієнтів, інші – наголошуючи на систематичних обстеженнях щодо рівня задоволеності пацієнтів.

Кожна державна установа має офіс зв'язків із громадськістю (*Ufficio Relazioni con il Pubblico*), що надає інформацію громадянам і, у багатьох випадках, контролює якість послуг з точки зору споживачів медичних послуг [306].

Узагальнюючи національну систему охорони здоров'я Італії слід зазначити, що вона є досить децентралізованою. Охорона здоров'я Італії знаходиться у постійному процесі удосконалення. Країна перебуває в перманентному пошуку кращого варіанту організації медичної допомоги населенню країни.

За рівнем ефективності національної системи охорони здоров'я країна займала в 2018 році 4 місце, а за індексом безпеки життя – 31 місце серед 195 країн світу (табл. А.2, А.3 Додатку А).

### 1.3. Організація охорони здоров'я в країнах з перехідною економікою та країнах з низьким економічним розвитком

**Національна система охорони здоров'я Греції.** Національна система охорони здоров'я в Греції характеризується співіснуванням державної системи охорони здоров'я (*National Health System, NHS*), загальнообов'язкового соціального страхування та потужної системи добровільного медичного страхування. Державна система охорони здоров'я забезпечує універсальне охоплення населення загальнообов'язковим соціальним медичним страхуванням. Частка додаткового добровільного медичного страхування значна – 15% населення (у т.ч. прями оплати за кошти домогосподарств).

Загалом витрати на охорону здоров'я в до ВВП країни в Греції становлять 7,8%, 1517 дол. США на одного громадянина на рік (табл. А.1, рис. А.1 Додатку А).

Державна система охорони здоров'я фінансується за змішаною схемою, у якій частина внесків із заробітної плати направляється безпосередньо до державного бюджету, а решта – до страхових фондів.

Вартість медичної допомоги розраховуються на основі складної системи відшкодувань, яка в одному випадку враховує тривалість госпіталізації, в іншому – витратні матеріали, фармацевтичні препарати та інші витрати за попередньо встановленою платою за проведене втручання. Отже у Греції існує декілька різних методів відшкодування вартості медичної допомоги, залежно від конкретного випадку.

Персонал, який працює в державному секторі, не має право займатися приватною діяльністю. Відтак, у державному секторі охорони здоров'я існує значний дефіцит медичних працівників.

Бюджет на охорону здоров'я щорічно визначається Міністерством фінансів. Податки становлять 70% фінансування фонду Державної системи охорони здоров'я, а 30% надходить за рахунок соціального медичного страхування та прямої оплати від домогосподарств.

Державна система охорони здоров'я має 130 загальних та спеціалізованих лікарень, що налічує близько 40 000 ліжок. Заклади фінансуються із державного бюджету та фондів соціального страхування і забезпечують невідкладну, амбулаторну та стаціонарну допомогу.

Також в Греції існує приблизно 13 військових госпіталів та дві університетські клініки, що управляються та фінансуються Міністерством оборони та Міністерством освіти, відповідно, загальною місткістю близько 4000 ліжок. Державна система охорони здоров'я також включає близько 200 центрів охорони здоров'я первинної медичної допомоги та 1500 сільських медичних кабінетів, які надають безкоштовні послуги первинної медичної допомоги в сільській місцевості та фінансуються за рахунок державного бюджету.

Зкладами первинної, вторинної та третинної ланок медичної допомоги керують сім регіональних служб охорони здоров'я, які підпорядковані Міністерству охорони здоров'я та соціальної солідарності. Міністерство відповідає за розробку політики в галузі охорони

здоров'я та здійснює координацію надання медичної допомоги, а також здійснює контроль за діяльністю виконавчих органів, які у підпорядковані, зокрема Національної організації фармацевтичних препаратів, Національної служби з надзвичайних ситуацій, Національного центру інфекційних хвороб тощо.

Як зазначалося у Греції існує розвинена система медичного страхування. Близько 30 фондів соціального страхування закуповують медичні послуги для населення, які вони покривають за Державною системою охорони здоров'я; укладають договори щодо надання медичної допомоги як з державними, так і приватними постачальниками медичних послуг. Більшість фондів медичного страхування є незалежними суб'єктами господарювання, що охоплюють своїми послугами різні професійні населення країни. Контроль за діяльністю цих фондів здійснює Міністерство праці та соціальної політики, вони пропонують послуги на конкурентній основі.

Так, найбільшими фондами є *IKA* – найбільший фонд соціального медичного страхування, що покриває 50% населення, *OGA* – 20% населення, Фонд торговців, виробників та суміжних професій (*OAEF*) – 13% населення та Фонд державних службовців (*OPAD*) – 12% населення. Крім придбання послуг у закладів охорони здоров'я, фонди надають медичну допомогу через власну мережу закладів.

Приватний сектор охорони здоров'я Греції складається з лікарів, медичних практик, діагностичних центрів, лабораторій та лікарень. Так, система охорони здоров'я Греції рухається у напрямку приватизації. На цю тенденцію впливає економічне зростання в країні, невдоволення населення рівнем доступу та якістю державної допомоги, бажанням отримати медичні послуги вищого рівня сервісу, що в цілому збільшує попит на приватну охорону здоров'я. Заклади приватного сектору фінансуються за рахунок зборів від приватного добровільного страхування, фонду закладу та прямої оплати від споживачів медичних послуг. Наприклад, Фонд державних службовців має укладені договори з 20 000 лікарями та лабораторіями для забезпечення потреб своїх клієнтів.

У Греції співвідношення лікарів на душу населення є найвищим серед країн Європейського Союзу і складає 4,9 : 1000 населення. Серед них значна частка – лікарів-спеціалістів і лише 5% лікарів загальної або сімейної практики. З іншого боку, в Греції співвідношення середнього медичного персоналу на душу населення складає лише 3,8 : 1000 населення, що значно нижче середнього показника в країнах Європейського Союзу (середній показник становить 8,6 : 1000) [276].

Організаційно-функціональна структура охорони здоров'я Греції представлена на рис. 1.12.

Лікарі в середньому отримують заробітну плату близько 14600 євро на місяць, заробітна плата коливається від 6.590 євро (найнижчий середній рівень) до 24 800 євро (найвища середня, фактична максимальна заробітна плата вище) [298].

Наголошуємо, що населення Греції є однією з найздоровіших націй світу. Для цієї країни характерні високий рівень тривалості життя серед країн Європейського Союзу. Так, за ефективністю охорони здоров'я країна в 2018 році займає 14 місце, а за показником індексу безпеки життя в 2019 році – 37 серед 195 країн світу, випереджуючи, наприклад, США (табл. А.2, А.3 Додатку А).

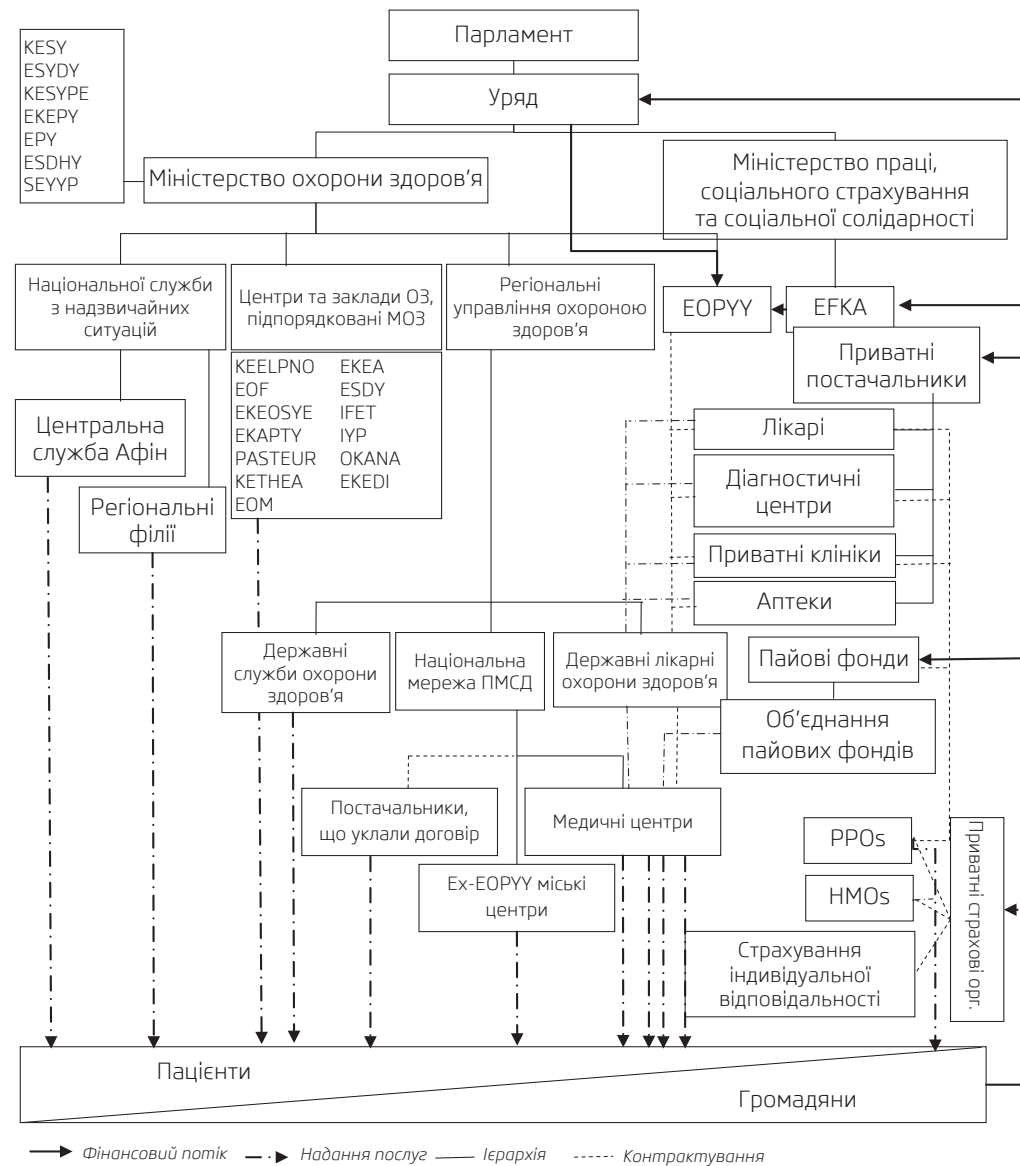


Рис. 1.12. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я в Греції

Джерело: адаптовано автором [309, с. 16]

**Національна система охорони здоров'я Чеської Республіки.** Національна система охорони здоров'я Чехії засновується на обов'язковому медичному страхуванні. Загальна доступність медичної допомоги визначається законодавством, зокрема Законом про державне медичне страхування (*Zákon o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 sb.*).

Система охорони здоров'я в Чехії має три основні організаційні особливості:

1. Обов'язкове медичне страхування з практично універсальним членством, що фінансується за рахунок обов'язкових внесків із заробітної плати.

2. Різноманітність надання послуг, з амбулаторно-поліклінічними закладами (в основному – приватними) та лікарнями (в основному – державні, з різними формами власності), що укладають договір з фондами медичного страхування.

3. Постійні переговори ключових суб'єктів системи охорони здоров'я щодо питань покриття та відшкодування витрат.

Основним джерелом фінансування охорони здоров'я є обов'язкові внески на медичне страхування з заробітної плати. До інших джерел фінансування відносяться загальне оподаткування та приватні виплати домогосподарств.

У Чеській Республіці витрати на охорону здоров'я в відсотках до ВВП країни складають 7,5%, 1476 дол. США на одного громадянина на рік (табл. А.1, рис. А.1 Додатку А).

У межах національної системи охорони здоров'я існує сім фондів медичного страхування, членство в одному із них є обов'язковим для всіх громадян Чехії, які проживають у країні, а також для інших постійних мешканців країни.

Фонди медичного страхування – це квазідержавні органи самоврядування, які виступають платниками та покупцями медичних послуг. Вони «змагаються» між собою за громадян з метою їх страхування. Вони збирають внески від населення, а також підприємств, і сплачують медичні послуги, що надаються постачальниками, на підставі договорів, які були укладені з ними (включаючи екстрену допомогу). Найбільший фонд медичного страхування – VZP.

Організаційні відносини між фондами медичного страхування та медичними працівниками базуються на довгострокових контрактах. З точки зору регулювання, у національній системі охорони здоров'я Чехії існують три основні суб'єкти системи охорони здоров'я – це фонди медичного страхування, центральний уряд та регіональна влада. Фонди медичного страхування збирають внески на обов'язкове медичне страхування та «купають» медичні послуги; фонд медичного страхування VZP також здійснює управління спеціальним центральним рахунком, який використовується для перерозподілу внесків серед фондів медичного страхування за схемою коригування ризиків. Центральний уряд відіграє важливу роль у регулюванні та управлінні фондами медичного страхування; меншою мірою він також бере участь у прийнятті управлінських рішеннях через наглядові ради фондів. Нарешті, регіональна влада відіграє важливу роль у системі охорони здоров'я, реєструючи та контролюючи всіх медичних працівників, окрім університетських клінік та спеціалізованих медичних центрів, які безпосередньо підпорядковані Міністерству охорони здоров'я чи іншим міністерствам.

Отже, основними органами державного управління сферою охорони здоров'я Чехії є Парламент, який є головним законодавчим органом в країні, і Міністерство охорони здоров'я – центральний керівний орган, до обов'язків якого входить визначення політики в галузі охорони здоров'я та здійснення контролю за системою охорони здоров'я. Також до основної сфери відповідальності Міністерства належать підтримка наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, ліцензування лікарів, координація та регулювання діяльності закладів охорони здоров'я, що знаходяться під його керівництвом, вивчення та дослідження природних лікувальних джерел, забезпечення доступності та контроль за фармацевтичними та медичними профілактичними, діагностичними та клінічними технологіями;

здійснення контролю спільно з Міністерством фінансів за страховими фондами, а також керівництво над інформаційною системою у сфері охорони здоров'я.

Міністерству охорони здоров'я підпорядкований Національний інститут громадського здоров'я (*Státní zdravotní ústav, SZÚ*), Державний інститут контролю за фармацевтичними препаратами (*Státní ústav pro nadzor léčiv, SinateKL*), та регіональні органи охорони здоров'я.

Асоціації постачальників медичних послуг, зокрема асоціації лікарів, також відіграють значну роль у формуванні та прийнятті рішень у чеському системі охорони здоров'я.

У безпосередньому підпорядкуванні Міністерства охорони здоров'я знаходяться великі лікарні національного рівня, включаючи деякі вузькоспеціалізовані заклади третинної ланки (9 університетських клінік, які склали понад чверть усіх лікарняних ліжок країни), а також психіатричні лікарні та деякі терапевтичні медичні центри.

Національна охорона здоров'я представлена двома рівнями: національним та регіональним (регіони, райони та муніципалітети). Регіональні органи влади відіграють важливу регулюючу роль у системі охорони здоров'я країни, оскільки вони є власниками закладів охорони здоров'я та здійснюють функцію їх реєстрації та ліцензування, а також здійснюють контроль за ними. Ці заклади охорони здоров'я можуть бути як безпосередньо підпорядкованими регіональній (або муніципальній) владі, так і мати акціонерну форму власності (зі значною часткою державних акцій).

Також в країні існує відомча медицина. Так, Міністерство оборони і Міністерство юстиції мають у своїй власності декілька закладів охорони здоров'я. Політика заробітної плати та інші грошові виплати не поширюються на загальнообов'язкове медичне страхування в межах цих закладів, але є частиною системи соціального забезпечення, якою управляє Міністерство праці та соціальних питань та фінансується за рахунок окремих внесків на соціальне страхування [274, с. 16-35].

У країні досить розвинений приватний сектор. До нього входять приватні фармацевтичні організації, приватні медичні практики (90% амбулаторій є приватними), аптеки та діагностичні лабораторії, а також незначний відсоток невеликий лікарень. Постачальники екстрених медико-санітарних послуг, як правило, мають державну форму власності.

Лікарі в середньому отримують зарплатню близько 5879 дол. США на місяць, від 1800 дол. США (найнижчий середній рівень) до 18 740 дол. США (найвищий середній, фактична максимальна зарплата вище) [330].

Організаційно-функціональна структура охорони здоров'я Чехії представлена на рис. 1.13.

З початку 1990-х національна система охорони здоров'я Чехії зазнала різноманітних реформ та трансформацій, і є досить ефективною у порівнянні з іншими країнами світу. Так, за деякими показниками Чехія займає провідні позиції серед Європейських країн, зокрема: показники смертності від респіраторних хвороб є найнижчими в Європейському Союзі, а показник дитячої смертності – найнижчим серед всіх країн світу. Так, в 2018 році за показником ефективності охорони здоров'я в рейтингу країн світу Чеська Республіка займає 30 місце, а в 2019 році за індексом безпеки життя – 42 серед 195 країн світу (табл. А.2, А.3 Додатку А).



Рис. 1.13. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я в Чеській Республіці

Джерело: адаптовано автором [274]

**Національна система охорони здоров'я країн Прибалтики.** Незважаючи на те, що розвиток і становлення систем охорони здоров'я країн Прибалтики пройшов практично ідентичний шлях з проведенням схожих реформ – від адміністративно-командної системи в складі Радянського Союзу до частково- або децентралізованих систем з обов'язковим медичним страхуванням – кінцевий результат в цих країнах відрізняється. Отже, проаналізуємо національну систему охорони здоров'я в цих країнах окремо.

*Національна система охорони здоров'я в Естонії.* На відміну від інших країн, до моменту розпаду СРСР, Естонія була більш підготовленою та досягла значних успіхів у розвитку національної системи охорони здоров'я. Таким чином, невелика територіально країна з населенням близько 1,3 млн. осіб може слугувати унікальним прикладом швидкого та ефективного впровадження реформ та комплексного підходу до вирішення проблем у сфері охорони здоров'я.

В Естонії у 1992 році була введена в дію система обов'язкового медичного страхування. Основну нормативно-правову базу реформування в охороні здоров'я становлять закон про медичне страхування (1991) та закон про організацію надання медичних послуг (1994). У 2002 р. було прийнято закон про обов'язкове право, який визначив новий формат правових відносин між пацієнтами та медичними працівниками.

Наразі, воно покриває витрати населення на лікування захворювань, їх профілактику та протезування зубів, фінансує придбання законодавчо встановленого переліку ліків та медичних пристроїв, а також компенсує дохід, не отриманий через тимчасову непрацездатність.

Охорона здоров'я фінансується за рахунок внесків цільового податку на соціальне страхування, що стягується з кожного працівника. Зазначений внесок повністю сплачує роботодавець за свого працівника. При цьому дітям до 19 років, студентам разом із аспірантами та докторантами, пенсіонерам, офіційно зареєстрованим безробітним (не більше 9 міс.), вагітним, інвалідам та опікунам інвалідів медична страховка надається безоплатно. Загальна ставка соціального податку в Естонії становить 33%. До державного бюджету соціального страхування відраховуються 13%, решта 20% спрямовуються в бюджет пенсійного страхування [96], 20% на соціальне страхування сплачує самозайняте населення.

Отже, основним джерелом фінансування охорони здоров'я є податки – на них приходить більше 60% усіх витрат на охорону здоров'я. ЕФМС акумулює та перерозподіляє оплату на охорону здоров'я. В Естонії 95,2% населення охоплені обов'язковим медичним страхуванням, що надається ЕФМС. Право на соціальне медичне страхування отримують населення Естонії, які постійно проживають в країні та які відносяться до визначених законодавством груп: (1) громадяни, які самі сплачують податок на медичне страхування; (2) громадяни, за яких держава сплачує податок; (3) громадяни, як мають право на безоплатне страхування; (4) громадяни, які застраховані за міжнародними угодами.

З 2002 року було дозволено добровільне страхування в ЕФМС для тих, хто залишився без медичного страхування. У такому випадку внесок складає 13% від середньої заробітної плати в країні за попередній рік.

Програма соціального медичного страхування передбачає два типи пільг: грошова допомога (лікарняні виплати, виплати дорослим на стоматологічні послуги, додаткове відшкодування вартості рецептурних пільгових препаратів, а також витрати на транспортування хворого до закладу охорони здоров'я) і власне медичні послуги.

Загалом витрати на охорону здоров'я до ВВП країни складають 6,4%, 1300 дол. США на одного громадянина на рік (табл. А.1, рис. А.1 Додатку А).

Відповідальним державним органом у сфері охорони здоров'я Естонії є Міністерство соціального забезпечення, яке було сформовано у 1993 р. шляхом злиття трьох окремих міністерств: охорони здоров'я, соціального забезпечення та праці. Воно виконує функції планування, управління, регулювання та фінансування охорони здоров'я в країні. Також до сфери його компетенції входять організація надання медичної допомоги, соціальне обслуговування та прийняття кадрових рішень.

Крім того, до керівних органів відносяться Департамент здоров'я, до основних функцій якої відносяться ліцензування закладів охорони здоров'я та реєстрація медичних працівників, контроль за якістю медичних послуг, фінансування та організація служб екстреної допомоги; Департамент фармацевтичних препаратів здійснює контроль за якістю фармацевтичних препаратів та товарів медичного призначення; Інститут розвитку здоров'я відповідальний за прикладну наукову діяльність та аналіз у сфері охорони здоров'я, а також ЕФМС. У 2001 р. Фонд медичного страхування Естонії (ЕФМС) отримав статус самокерованої

державно-правової організації, при цьому він замінив 17 регіональних та один центральний фонд медичного страхування. До його основних обов'язків належить: (1) укладання договорів з виробниками медичних послуг; (2) оплата медичних послуг; (3) оплата пільгових фармацевтичних препаратів; (4) виплати допомоги за лікарням листом, у зв'язку з вагітністю та пологами [152].

При цьому для Естонії характерна відомча медицина. Так Міністерство юстиції відповідає надання та фінансування стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги в'язням, Міністерство внутрішніх справ здійснює контроль за здоров'ям арештованих осіб, які знаходяться в арештних домах, чи осіб, які знаходяться під спостереженням, але не обов'язково є ув'язненими. Міністерство оборони керує системою амбулаторного лікування робітників Міністерства під час проходження ними військової служби. Стаціонарне лікування здійснюється в межах загальної системи охорони здоров'я [171].

Загалом структура державного управління в Естонії складається з двох рівнів: центрального та муніципального. Надається як первинна, так і спеціалізована медична допомога. Вони регулюється різними правовими нормами та надається в різних закладах охорони здоров'я.

Головним елементом системи є сімейні лікарі. Сімейні лікарі укладають договори з ЕФМС, у той же час вони мають право працювати без такого договору. Сімейний лікар повинен обслуговувати загалом не менше 1,2 тис. пацієнтів, проте не більше 2 тис. осіб. За кожного лікар отримує певну суму незалежно від кількості відвідувань у розрахунку на місяць. До переліку основних послуг, що надаються сімейними лікарями, належать: діагностичні процедури, лікування загальних хвороб, консультування щодо питань здоров'я та його зміцнення й профілактики.

До вузькопрофільного фахівця та закладів охорони здоров'я (крім екстрених випадків) можна потрапити тільки за скеруванням сімейного лікаря. За відсутності направлення сімейного лікаря самостійно можна звертатись тільки до таких фахівців, як гінеколог, дерматовенеролог, офтальмолог, психіатр, стоматолог, а в разі травми – травматолог та хірург.

У середньому на рік лікар початкового рівня (стаж 1-3 роки) отримує середню зарплату 39 099 євро, а лікар вищого рівня (8+ років досвіду) отримує середню зарплату в розмірі 74 901 євро. Середній рівень заробітної плати лікарів в країні складає 57 883 євро на рік [353].

Спеціалізована медична допомога поділяється на два рівня: амбулаторна та стаціонарна. За останні роки естонська система спеціалізованої медичної допомоги була радикально змінена: високоспеціалізована допомога – централізована, а амбулаторна спеціалізована допомога – децентралізована. Амбулаторну спеціалізовану допомогу надають поліклініки, медичні центри, поліклінічні відділення лікарень та незалежні лікарі-фахівці (наприклад, стоматологи, гінекологи, урологи, офтальмологи, отоларингологи). Усі лікарі мають право заключати договори з ЕФМС, незалежно від того, чи працюють вони в приватному або державному секторі.

Послуги стаціонарної спеціалізованої допомоги надають заклади, які були перетворені в акціонерні компанії та некомерційні організації. Серед основних закладів такого типу слід виділити дві регіональні лікарні, кожна з яких обслуговує населення близько 500 тис.



осіб. Це клініка Тартуського університету та Талліннська регіональна лікарня, 4 центральні лікарня обслуговують іншу частину країни (близько 200 тис. осіб кожна). Крім того існують декілька вузькоспеціалізованих лікарень.

З 2001 року в Естонії з метою скорочення термінів очікування були визначені граничні терміни прийому у лікаря-фахівця та госпіталізації: для амбулаторної спеціалізованої допомоги – 3 тижні (в екстрених випадках – 1 тиждень), для термінової госпіталізації – 1 тиждень, для планової – 6.

Також важливо зазначити, що Естонія була однією з перших країн Європейського Союзу, яка запровадила систему *e-Health*. В країні діє повністю автоматизована та діджиталізована система охорони здоров'я.

Отже, в загальному вигляді організаційно-функціональну структуру охорони здоров'я Естонії представлено на рис. 1.14.



Рис. 1.14. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Естонії

Джерело: адаптовано автором [171]

Підсумовуючи, можемо впевнено стверджувати, що в Естонії успішно вдалося впровадити систему обов'язкового медичного страхування, що значно підвищило якість медичних послуг та соціально-демографічні показники (тривалість життя та дитячу смертність). Проте під час масштабного впровадження системи соціального страхування більше проявилися фінансові проблеми. Після об'єднання внесків у страховий та пенсійний фонди в загальний соціальний податок було підвищено контроль за зборами з участю співробітників податкової служби, цим були не задоволені приватні підприємці. Інша проблема полягає у збільшенні кількості осіб, що прирівнюються до застрахованих, кошти за яких в ЕФМС не надходять. Також незважаючи на досить високий рівень перетворень, що відбулися в національній системі охорони здоров'я Естонії, є проблеми, що характеризуються скороченням закладів охорони здоров'я та масовим відтоком медичного персоналу

за кордон (близько 3 тис. естонського медичного персоналу працюють за кордоном), що пов'язано з невисоким рівнем заробітної плати в країні, у порівнянні з іншими європейськими країнами. Істотною проблемою, що склалася в Естонії, є досить високий показник ВІЛ-інфікованого населення, хворих туберкульозом та рівня самогубств [258, с. 170-171; 217, с. 1141-1142].

Тим не менш, сьогодні за висновками експертів організації *Health Consumer Powerhouse (HCP)*, які проаналізували стан медичної допомоги у 27 країнах Європейського Союзу, а також Швейцарії, Норвегії, система охорони здоров'я Естонія належить до європейських країн з високими рівнями ефективності національної системи охорони здоров'я. У 2019 році рейтинг країн за індексом безпеки життя Естонія займає 29 місце з 195 країн світу (табл. А.3. Додатку А).

*Національна система охорони здоров'я в Литві.* Із середини 1997 р. у Литві діє обов'язкове медичне страхування, яке адмініструє централізована система державних лікарняних кас.

Основним органом управління охороною здоров'я є Міністерство охорони здоров'я, яке здійснює стратегічне управління галуззю. Проте в Литві є Рада обов'язкового медичного страхування, до складу якої входять: Міністерство охорони здоров'я, Міністерство фінансів, Міністерство соціального захисту та праці, Національна рада здоров'я при Уряді, Організація роботодавців, Асоціація організацій пацієнтів, Асоціація муніципалітетів, профспілки лікарів, медичних сестер та немедичних працівників галузі, організація постачальників медичних послуг, організація фармацевтів, представники Фонду. До його основних функцій відносяться: (1) надання пропозицій в Міністерство охорони здоров'я відносно переліку послуг; (2) надання висновку про щорічний звіт щодо проекту бюджету Фонду та його виконання; (3) надання висновку про проект Фонду, збірки консолідованих звітів Фонду; (4) надання пропозицій відносно нормативно-правових актів, що регламентують обов'язкове медичне страхування в країні; (5) надання пропозицій щодо порядку укладання договорів між територіальними лікарняними касами та закладами охорони здоров'я; (6) вивчає фінансову та економічну діяльність Фонду.

Внески на охорону здоров'я встановлено як частина податку на прибуток у розмірі 30% і три відсоткових пункти тарифу соціального страхування. У 2020 р. розмір внесків на обов'язкове медичне страхування складав у Литві 42,37 євро на місяць [167].

Особи, які мають право на безкоштовне медичне обслуговування в Литві, є: (1) особи, які самостійно сплачують внесок на медичне страхування, а саме: самозайняте населення; (2) особи, за яких внесок сплачує роботодавець (особи, які працюють за трудовим договором, державні службовці); (3) особи, які застраховані за рахунок державних коштів (безробітні, які зареєстровані на біржі праці, вагітні, один з батьків, який виховує дитину у віці до 8 років, а також один з батьків, який виховує двох або більше неповнолітніх дітей, пенсіонери, особи віком до 18 років, студенти очної форми навчання, інші соціально незахищені громадяни); (4) інші групи населення, які встановлені законодавством [167].

Застраховані особи мають право самостійно обирати заклад охорони здоров'я та лікаря, але на практиці це положення не завжди можна реалізувати через матеріальні можливостей та бюрократичні бар'єри.

Застрахованим особам надаються гарантований державою обсяг медичних послуг без додаткової оплати. Незастраховані отримують тільки необхідну допомогу (у т.ч. екстрену). Однак до сьогодні перелік послуг чітко не окреслено. Вартість фармацевтичних препаратів компенсується пацієнтам за списком лікарських засобів. Оскільки відшкодовується вартість не самого препарату, а його діючої речовини, за більшість фармацевтичних засобів населення повинне доплачувати. За рахунок медичного страхування, частково (в зимовий період – повністю) компенсується санаторне і реабілітаційне лікування.

Отже, держава гарантує застрахованим особам безоплатне медичне обслуговування в державних та муніципальних закладах охорони здоров'я (за винятком випадків, коли певні аналізи чи процедур не сплачуються з бюджету Державної лікарняної каси) та в приватних закладах, які уклали договір з територіальними лікарняними касами (для закупівлі медичних послуг сформовані 5 територіальних лікарняних кас). Втім особи, що не мають обов'язкового медичного страхування, самостійно оплачують медичні послуги.

Медичні послуги оплачуються за договорами, укладеними між закладами охорони здоров'я і лікарняними касами. Однак розцінки послуг встановлює Міністерство охорони здоров'я, вартість їх відносно не висока.

Договори з лікарняними касами можуть укладати і приватні заклади, проте ціни їх послуг регулюються (вони не можуть перевищувати державні більше, ніж на 60%).

Загального переліку платних послуг у державних закладах охорони здоров'я не існує – кожен заклад самостійно встановлює ціни, керуючись базовим переліком цін [167].

У Литві з населенням 3,4 млн громадян на 1000 жителів припадає близько 40 лікарів і 100 ліжок в закладах охорони здоров'я. Кількість лікарів за останні роки майже не змінилася, загалом 474 працівника галузі. При цьому на 1 лікарняну касу припадає близько 6200 населення. Почалася підготовка лікарів загальної практики (сімейних), в яких перекваліфікувалися багато практикуючих терапевтів.

Загалом державна охорона здоров'я фінансується недостатньо (загальні витрати на охорону здоров'я в Литві складають 6,8% від ВВП, 1078 дол. США – витрати на одного громадянина на рік) (табл. А.1. Додаток А).

Зростає число приватних закладів охорони здоров'я, що пропонують допомогу високої якості. Однак поширенню цих послуг заважають неоднакові в порівнянні з державними структурами умови конкуренції (регулювання цін і кількості пацієнтів, ліцензування тощо).

Крім того, не зовсім зрозумілим є місце приватних закладів у системі охорони здоров'я, оскільки не встановлено перелік медичних послуг, що надаються державним медичним сектором.

Лікарі в закладах охорони здоров'я отримують фіксований оклад. У секторі первинної медичної допомоги лікарям платять за числом хворих, які уклали договір з лікарем, з урахуванням їх вікового складу. Фахівцям в амбулаторних закладах сплачують за числом пролікованих випадків. Фінансування лікарень здійснюється на основі загальних бюджетів і за кількістю випадків госпіталізації.

У середньому заробітна плата лікарів у 2019 році становила 3840 дол. США, 1730 дол. США – найнижчий рівень, 6520 дол. США – найвищий рівень [300].

Організаційно-функціональна структура охорони здоров'я Литви зображена на рис. 1.15.



Рис. 1.15. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Литви

Джерело: адаптовано автором [226]

На думку литовських медиків, модель фінансування охорони здоров'я з податків застаріла і не може повноцінно функціонувати. Крім того, варто відзначити, що в країні катастрофічно знизилась народжуваність, збільшилася кількість людей пенсійного віку. Податків, які сплачує працездатна частина населення, не вистачає на утримання всього населення. Підраховано, що 80% фінансових коштів, що виділяються на охорону здоров'я в Литві, направляється на два останні роки життя людини. Парадокс у тому, що навіть при недостатньому фінансуванні охорони здоров'я з бюджету держави, систему охорони здоров'я Литви вважають однією з кращих в Європі. За щорічними даними Шведського інституту досліджень, Литва знаходиться на 4-му місці серед країн Європейського союзу по відношенню якості і ціни медичних послуг [152]. А в 2019 р. за індексом безпеки життя займає 33 місце серед 195 країн світу (табл. А.3 Додатку А).

*Національна система охорони здоров'я в Латвії.* Незважаючи на швидкі темпи і ґрунтовність економічних перетворень у Латвії в порівнянні з більшістю республік Радянського Союзу, ситуація у сфері охорони здоров'я в країні гірша, ніж в інших країнах Прибалтики. Про це свідчить Європейський індекс споживачів охорони здоров'я. Так, за даними останнього дослідження, із 1000 можливих пунктів Латвія набрала всього 449 балів і посіла останнє, 31-е місце [152]. У 2018 р. витрати на охорону здоров'я в країні у відсотках до ВВП становлять 5,9%, 930 дол. США – на одного громадянина на рік (табл. А.1 Додатку А). Це найгірший показник з представленої групи країн. Хоча за індексом безпеки життя в 2019 р. національна система охорони здоров'я зайняла 17 місце в рейтингу, випередивши і Естонію, і Литву (табл. А.3 Додатку А).

Система обов'язкового медичного страхування покриває в Латвії наступні категорії населення: (1) громадян країни; (2) негромадян країни; (3) громадян країн Європейського Союзу, Європейської економічної зони та Швейцарської Конфедерації, які знаходяться в Латвії у зв'язку з занятістю чи в якості самозайнятих резидентів, а також членам їх сімей; (4) іноземців, які мають вид на проживання в Латвії; (5) біженців та осіб, які надано альтернативний статус; (6) затриманим, які перебувають в ув'язненні і засудженим до позбавлення волі особам [172].

Гарантований державною пакет безоплатних медичних послуг можна отримати тільки в тих закладах охорони здоров'я, які уклали договір з Національною службою охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я є основним органом управління галузі, а також виконує роль єдиного покупця медичних послуг в країні та формування національної політики у сфері охорони здоров'я, у підпорядкуванні знаходиться Національна служба охорони здоров'я (National Health Service, NHS), яка сьогодні відповідальна за реалізацію національної політики у сфері охорони здоров'я, регулює фінансування охорони здоров'я, визначає пакет гарантованих медичних послуг, укладає договори з постачальниками послуг, запроваджує систему e-health, а також визначає клінічні протоколи та медичні технології.

Національна система охорони здоров'я представлена двома рівнями: державним та муніципальним. До державних закладів охорони здоров'я відносяться заклади охорони здоров'я третинної ланки надання медичної допомоги (університетські клініки), а також монопрофільні високоспеціалізовані лікарні (наприклад, психіатричні), у той же час до муніципальних – менші за розміром заклади та регіональні лікарні.

Більшість лікарів загальної практики мають власну приватну практику. Деякі постачальники медичних послуг, що надають амбулаторну вторинну допомогу (такі, що не працюють в лікарнях чи в центрах здоров'я), можуть здійснювати діяльність на засадах приватної практики чи як самозайняті. Більшість стоматологічних кабінетів та аптек – приватної форми власності [355].

У середньому заробітна плата лікарів у 2019 році становила 11 760 дол. США, 5300 дол. США – найнижчий рівень, 19 960 дол. США – найвищий рівень [299].

Організаційно-функціональна структура охорони здоров'я Латвії зображена на рис. 1.16.

Складна ситуація в латвійській охороні здоров'я створена правлячими партіями, що виходять із принципу, що кожен житель країни сам повинен піклуватися про своє здоров'я. Таким чином, влада намагається перекласти матеріальну сторону питання на пацієнтів, а моральну відповідальність – на лікарів. У підсумку показник здоров'я населення Латвії значно гірше, ніж в інших країнах Європейського Союзу, і позитивна тенденція не спостерігається.

Звертаючись за медичною допомогою, пацієнт стикається з трьома основними проблемами:

- 1) недоступністю медичних послуг через брак коштів;
- 2) низькою якістю послуг, що надаються;
- 3) високою вартістю ліків.

Так, фінансових коштів, що виділяються державою на охорону здоров'я, недостатньо. Сфера охорони здоров'я в Латвії фінансується за залишковим принципом: не рівень бюджетних коштів визначається залежно від обсягу необхідних медичних послуг, а послуги надаються виходячи з виділеного фінансування.

Отже, у країні діє система обов'язкового медичного страхування. Так, з 1 січня 2009 р. внесок на обов'язкове медичне страхування в Латвії становить 13%, з них 3% сплачує роботодавець, а 6% – працівник. Значна частина населення відмовляється від необхідної медичної допомоги через надмірно високий рівень внесків. Більш того, нерідко, заплативши завищені внески, пацієнт не отримує оптимальних послуг. Занадто висока вартість стаціонарного лікування змушує більшість латвійців від нього відмовлятися.

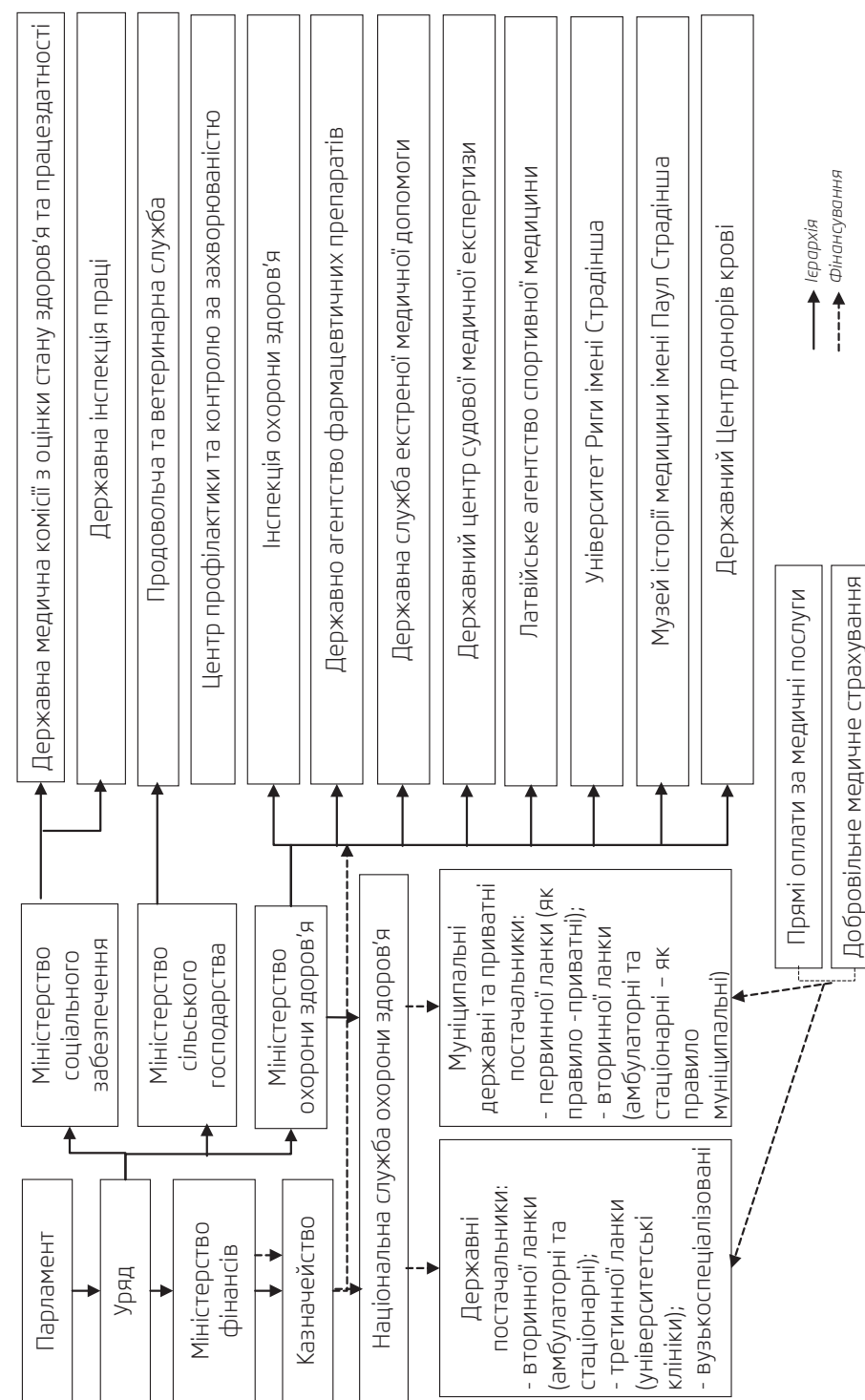


Рис. 1.16. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Латвії

Джерело: адаптовано автором [355, с. 20]

Іншим джерелом фінансування охорони здоров'я є приватні кошти домогосподарств, що є необхідними в умовах хронічного недофінансування галузі.

Лікарі в державних закладах охорони здоров'я відмовляються надавати послуги за офіційну оплату, в цих закладах штучно створюються черги, які підштовхують пацієнтів користуватися послугами приватних фахівців. Основною причиною цьому є надмірно низька офіційна заробітна плата лікарів. Отже, типовою рисою охорони здоров'я Латвії стали величезні черги до сімейних лікарів. Вони виникають, по-перше, через нестачу фінансування: обсяг оплачуваних державою послуг обмежений, він нижче потреби населення. По-друге, причина також в дефіциті кадрів: існуючої кількості лікарів недостатньо, щоб надати послуги всім пацієнтам [152].

**Національна система охорони здоров'я Російської Федерації.** Модель охорони здоров'я, яка представлена в Російській Федерації (РФ), є державною (а саме бюджетно-страховою) та направлена на реалізацію наступного принципу: держава регулює та фінансує систему охорони здоров'я з метою отримання усіма громадянами країни максимального обсягу медичної допомоги. Отже, національна система охорони здоров'я в Росії є багатоканальним фінансуванням. Бюджетно- страхова модель забезпечується за рахунок коштів:

- державного бюджету (федерального та регіонального бюджетів, державні цільові програми в сферу охорони здоров'я);
- позабюджетні кошти медичного страхування (обов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного приватного медичного страхування).

Отже, система обов'язкового медичного страхування в Російській Федерації не замінила бюджетну систему, яка існувала раніше, а тільки доповнила її – кошти, які акумулюються завдяки обов'язковому медичному страхуванню, не перевищують 40% загального обсягу державного фінансування охорони здоров'я [361, с. 96].

У період з 2012-2015 рр. у РФ було запроваджено системи обов'язкового державного соціального медичного страхування, що направлена на забезпечення додатковими фінансовими коштами системи за рахунок доручення споживачів медичних послуг у систему відносин охорони здоров'я, активізацію їх участі в збереженні та зміцненні здоров'я [130].

У різні періоди становлення системи обов'язкового медичного страхування в межах національної системи охорони здоров'я РФ була представлена різними організаційно-фінансовими моделями:

- 1) страхова модель – страхова медична організація безпосередньо організовує роботу з застрахованим населенням та закладами охорони здоров'я, контролює обсяги та якість медичних послуг, що передбачаються обов'язковим медичним страхуванням;
- 2) змішана модель – страховальником виступає як страхова медична організація, так і територіальний фонд обов'язкового медичного страхування;
- 3) фондова модель – вилучає участь страхових медичних організацій, їх функції виконують територіальні фонди обов'язкового медичного страхування та їх філії;
- 4) модель, яка не передбачає участь фондів обов'язкового медичного страхування, їх філії та страхових медичних організацій – страхові кошти акумулюються в органах управління охороною здоров'я, через які і здійснюється фінансування галузі.

Сучасна модель обов'язкового медичного страхування РФ передбачає відсутність прямого зв'язку між фондом обов'язкового медичного страхування та закладом охорони здоров'я, а оплата медичних послуг здійснюється територіальним фондом обов'язкового медичного страхування через посередника – страховою медичною організацією, яка здійснює діяльність на некомерційній основі, а її прибуток повинен використовуватися з метою здійснення основної діяльності, тобто направляється на формування резервів для оплати медичної допомоги та оплати праці кадрів страхової організації. На відміну від європейських країн, страхова організація має право здійснювати як обов'язкове медичне страхування, так і добровільне. У цьому випадку здійснює обов'язкове медичне страхування дочірня організація. Така практика призвела до існування значного числа комерційних страхових компаній [50, с. 124].

Основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я РФ є кошти Фонду обов'язкового медичного страхування, основним завданням якого є забезпечення громадян країни безоплатною медичною допомогою в законодавчо визначеному обсязі.

Іншим джерелом фінансування є державні цільові програми, основною з яких є державна програма РФ «Розвиток охорони здоров'я». Вона направлена на реалізацію певних завдань до 2025 року: збільшення рівня тривалості життя, зниження рівня смертності серед працездатного населення, зниження смертності від хвороб системи кровообігу та новоутворень (у т.ч. злоякісних), збільшення рівня задоволення населення якістю медичної допомоги до рівня 45%.

Доля витрат на охорону здоров'я у ВВП країни становить 5,3% (табл. А.1 Додатку А). Цей показник на рівні інших країн є достатньо низьким, хоча темпи росту медичного ринку в РФ в середньому становлять 10%. Ситуація погіршується ще тим, що загальні витрати країни в абсолютному вираженні ростуть, а витрати на охорону здоров'я у відносному вираженні залишаються на тому ж рівні. Таким чином, можна з впевненістю стверджувати, що у сфері охорони здоров'я РФ спостерігається дефіцит фінансових ресурсів, що обумовлює необхідність пошуку додаткових джерел фінансування [228, с. 38; 109], що було основною метою реформування системи охорони здоров'я країни.

Міністерством охорони здоров'я та соціального розвитку було розроблено Концепцію розвитку охорони здоров'я РФ до 2020 р., що передбачає суттєве збільшення витрат на охорону здоров'я за рахунок зміни структури системи охорони здоров'я, механізмів її фінансування та управління ефективністю. Одне з основних завдань реформування є активне залучення коштів приватного сектору з метою забезпечення конкурентоспроможності сфери охорони здоров'я, підвищення рівня конкуренції на медичному ринку, забезпечення сталого розвитку галузі охорони здоров'я та підвищення ефективності діяльності.

Так, концепція передбачає 4 основних елемента:

- 1) перехід до єдиного каналу фінансування завдяки Федеральному фонду обов'язкового медичного страхування;
- 2) уточнення стандартів медичної допомоги та пов'язаних з ними заходів щодо підвищення економічної ефективності;
- 3) розширення фінансування обмеженого числа закладів охорони здоров'я та свобода вибору закладів для пацієнтів;

4) посилення регіональної автономії в прийнятті рішень щодо питань управління охороною здоров'я та ускладнення доступу на ринок для нових гравців [52].

Схематично Концепція розвитку охорони здоров'я РФ до 2020 року представлена на рис. 1.17.

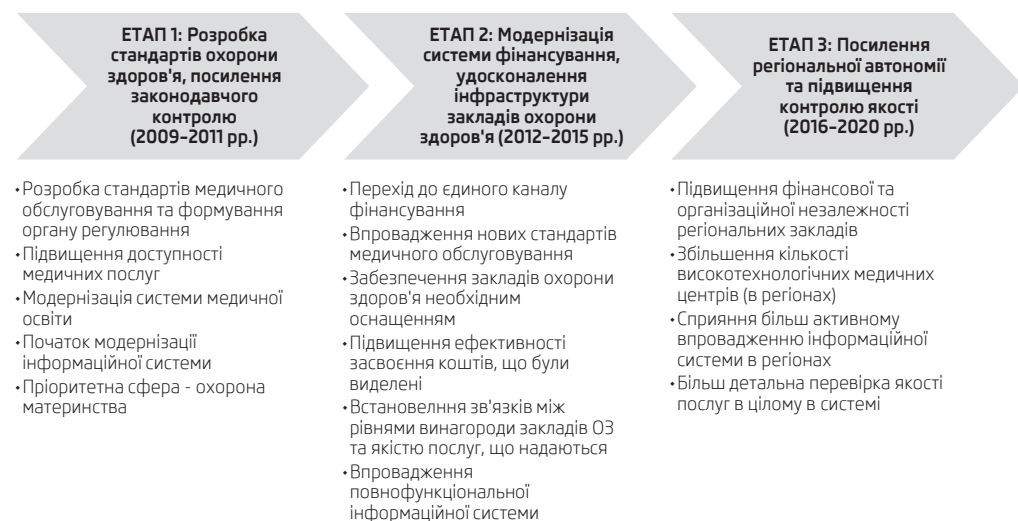


Рис. 1.17. Етапи реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я в РФ до 2020 р.

Джерело: адаптовано автором [52; 238, с. 163-168]

Вищим законодавчим органом в сфері охорони здоров'я є Верховна Рада РФ, яка визначає основні напрямки федеральної державної політики в сфері охорони здоров'я, формує нормативно-правову базу та затверджує федеральні програми з охорони здоров'я, а також затверджує республіканський бюджет РФ, у т.ч. витрати на охорони здоров'я, та контролює його виконання.

Уряд РФ реалізує федеральну державну політику в сфері охорони здоров'я, розробляє, затверджує та фінансує федеральні програми з розвитку охорони здоров'я, у межах, передбачених законодавством, координує діяльність органів державного управління в сфері охорони здоров'я, а також діяльність закладів охорони здоров'я, незалежно від форми власності.

У межах єдиної національної системи охорони здоров'я РФ окреслюють три основних організаційних рівня:

- 1) державний;
- 2) муніципальний;
- 3) приватний.

До державного рівня системи охорони здоров'я відносяться федеральні органи виконавчої влади та органи виконавчої влади суб'єктів РФ у сфері охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку, міністерства охорони здоров'я республік, органи управління охороною здоров'я автономних регіонів, округів, областей, м. Москви та Санкт-Петербургу), Російська академія медичних наук, Державний комітет санітарно-

епідеміологічного нагляду РФ, а також заклади охорони здоров'я, науково-дослідні, освітні, фармацевтичні, санітарно-профілактичні заклади, які є державною власністю, а також деякі інші підприємства, заклади, організації.

Муніципальному рівню підпорядковані органи місцевого самоврядування, уповноважені в здійсненні управління в сфері охорони здоров'я, а також усі заклади охорони здоров'я, які знаходяться в муніципальній власності.

Муніципальні органи управління несуть відповідальність за санітарно-гігієнічну освіту населення, забезпечення доступності населення до гарантованого обсягу медико-соціальної допомоги, розвитку муніципальної системи охорони здоров'я на території, що знаходиться в їх підпорядкуванні, здійсненні контролю над якістю надання медичної допомоги постачальниками медичних послуг.

Фінансування діяльності закладів охорони здоров'я на муніципальній системі охорони здоров'я здійснюється за рахунок державних коштів із бюджетів різних рівнів, цільових фондів, а також інших джерел, що не суперечать законодавству РФ.

Приватний рівень охорони здоров'я представлений приватними закладами охорони здоров'я та фармацевтичними закладами, а також особами, які займаються приватною медичною практикою та фармацевтичною діяльністю.

Координацію діяльності цих рівнів здійснює федеральний орган виконавчої влади в сфері охорони здоров'я – Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку. На кожному з представлених вище рівнів відповідний орган управління охорони здоров'я може здійснювати управління діяльністю закладів охорони здоров'я, державної та муніципальної форм власності.

Отже, до основних суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я можна віднести: Міністерство охорони здоров'я та соціального розвитку, регіональні органи управління охороною здоров'я, муніципальні органи управління охороною здоров'я, регіональні та муніципальні органи виконавчої влади, Федеральний фонд обов'язкового соціального медичного страхування, територіальний фонд обов'язкового соціального медичного страхування, страхові медичні організації [260].

Заклади охорони здоров'я надають населенню різноманітні види медичної допомоги. Розрізняють:

- первинну медико-санітарну допомогу;
- швидку медичну допомогу;
- спеціалізовану медичну допомогу;
- медико-соціальну допомогу населенню, що страждають від соціально значимих хвороб;
- медико-соціальну допомогу населенню, що страждають від хвороб, які є небезпечними для оточуючих.

Найбільш розповсюджений вид медичної допомоги є первинна медико-санітарна допомога, яка є базовою, безоплатною та доступною для кожного громадянина. Включає лікування найбільш розповсюджених хвороб, травм, отруєнь та інших невідкладних станів, здійснення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, медичної профілактики хвороб, санітарно-гігієнічної освіти, здійснення заходів охорони материнства, батьківства

та дитинства, інших заходів, що пов'язані із наданням медико-санітарної допомоги громадянам за місцем проживання.

Надання первинної медико-санітарної допомоги населенню муніципального району та міського округу здійснюється закладами муніципальної системи охорони здоров'я в межах територіальної Програми державних гарантій надання громадянам РФ безоплатної медичної допомоги. Постачальниками цього виду медичної допомоги можуть бути державні та приватні заклади охорони здоров'я, лікарі загальної практики, що мають приватну практику та відповідну ліцензію на даний вид діяльності.

Враховуючи види закладів охорони здоров'я, а також завдання, які вони реалізують, в національній системі охорони здоров'я РФ, розрізняють також наступні види медичної допомоги:

- амбулаторно-поліклінічна (поза лікарняна) медична допомога;
- стаціонарна (лікарняна) медична допомога;
- швидка медична допомога;
- санаторно-курортна (реабілітаційна) медична допомога [260].

Середній рівень заробітної плати лікарів у РФ становить 3200 дол. США у 2019 році, 1440 дол. США – найнижчий рівень, 5450 дол. США – найвищий рівень [301].

Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я РФ представлена на рис. 1.18.



Рис. 1.18. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я РФ

Джерело: адаптовано автором [52]

Загалом ефективність національної системи охорони здоров'я РФ у порівнянні з іншими країнами низька: порівняльний аналіз з іншими національними системами представлено у Додатку А.

**Національна система охорони здоров'я Китаю.** Національна система охорони здоров'я Китаю представлена державною моделлю, яка загалом покриває 90% населення країни. Уряд країни несе повну відповідальність за формування нормативно-правової бази, політики та стратегії в сфері охорони здоров'я, а також управління системою.

Основним принципом побудови системи охорони здоров'я Китаю є позиція, що кожний громадянин країни має право на базову медичну допомогу. Місцеві органи влади – провінцій, префектур, міст, районів (округів), селищ – відповідальні за надання медичної допомоги, з урахуванням особливостей надання залежно від територіальних умов.

Основними органами управління в сфері охорони здоров'я Китаю є Національний Комітет та місцеві комітети з планування здоров'я та сім'ї, що несуть основну відповідальність за організацію та надання медичної допомоги, а також контроль за діяльністю постачальників медичних послуг. Органи управління в префектурах, районах (округах) та селищах володіють обмеженими повноваженнями з реалізації стратегій охорони здоров'я – лише на місцевому рівні.

Національний Комітет з планування здоров'я та сім'ї підпорядковується Національному народному конгресу, який відповідає за розробку нормативно-правової бази. Більшість стратегій та реформ у сфері охорони здоров'я можуть бути ініційовані як Національним Комітетом, так і Центральним Комітетом Китайської народної партії.

Національний комітет із розвитку та реформування, який приймав участь у реформуванні національної системи охорони здоров'я, відповідальний за контроль планів розвитку інфраструктури та конкуренції на ринку медичних послуг.

Міністерство фінансів забезпечує фінансування за рахунок державних субсидій та дотацій, внесків медичного страхування тощо. Міністерство людських ресурсів та соціальної безпеки керує програмами міського базового страхування зайнятого населення та міського базового добровільного страхування для резидентів. Управління з продовольства та фармацевтичних препаратів відповідає за ліцензування медичних препаратів, проте досі не здійснюється оцінювання медичних технологій та аналіз «витрати-ефективність».

Національному Комітету з планування здоров'я та сім'ї підпорядковані: Центр з контролю захворювань та профілактики, Академія медичних наук, яка є національним науково-дослідницьким центром сфері охорони здоров'я, а також деякі заклади охорони здоров'я в м. Пекін та національні університети, що підпорядковані Міністерству освіти, та деякі афілійовані з університетами заклади охорони здоров'я.

Місцеві органи управління – Бюро здоров'я та комітети з планування здоров'я та сім'ї кожної провінції – володіють схожою ієрархічною структурою та власними місцевими закладами охорони здоров'я. Центри контролю за захворюваністю та профілактики також існують на регіональному рівні, їхня діяльність регулюється місцевими бюро та департаментами здоров'я.

Загалом, національний Комітет із планування здоров'я та сім'ї володіють повним спектром відповідальності за забезпечення якості та безпеки охорони здоров'я, контролю витрат, ціноутворення, впровадження інформаційних технологій та клінічних протоколів.

Медичне страхування має державний характер та фінансується з місцевих бюджетів. Станом на 2018 рік, витрати на охорону здоров'я в Китаї становили 5% від ВВП (441 дол. США на одного громадянина в рік) (Додаток А). Основними джерелами фінансування цих витрат є:

- 1) бюджетні асигнування з центрального та місцевих бюджетів – 30%;
- 2) медичне страхування, що фінансується державою – 38%;
- 3) приватне медичне страхування;
- 4) соціальні медичні пожертви.

У Китаї передбачається три основні види медичного страхування, що фінансуються державою (основним параметром класифікації є територіальна приналежність громадян країни). Отже, виділяють такі групи:

- міське базове страхування, засноване на занятості населення: для офіційно працевлаштованих міських жителів; фінансується за рахунок податків на доходи, що виплачуються роботодавцем та робітником. Передбачає мінімальне державне фінансування. Члени сімей, які не працюють, не покриваються страховим пакетом.
- міське базове добровільне страхування для резидентів: покриває міське самозайняте населення, а також дітей, студентів та доросле населення. Є добровільним та фінансується державою.
- «нова кооперативна медична схема» для міських резидентів: покриває мешканців сільської місцевості, є добровільним та фінансується державою.

Міське базове страхування, засноване на занятості населення, та міське базове добровільне страхування для резидентів регулюється Міністерством людських ресурсів та соціальної безпеки, та реалізується місцевими органами влади. «Нова кооперативна медична схема» регулюється, переважно, Національним Комітетом із планування здоров'я та сім'ї, реалізується місцевими органами.

Два останніх типи страхування фінансуються, переважно, за державні кошти з мінімальними індивідуальними страховими внесками. В регіони країни, де економіка найменш розвинена, направляється найбільша частка державних субсидій та дотацій; у більш розвинених регіонах більшість субсидій та дотацій забезпечується з місцевих бюджетів (значною мірою – бюджетом провінцій).

Загалом, покриття з державних фінансових джерел становить понад 95% населення країни. Також державне медичне страхування покриває декілька груп постійних іноземних резидентів. Нелегальні іммігранти, а також туристи не покриваються державною національною системою медичного страхування [344].

Також серед фінансових джерел охорони здоров'я Китаю виділяють доповнюючі приватне медичне страхування, яке направлено на покриття сум, що не входять до базового державного медичного страхового пакету, співоплату та інші форми дольової участі населення. Приватне медичне страхування – комерційне, оскільки, значною мірою, надається прибутковими приватними страховими компаніями. Станом на 2018 рік, відсоток приватного медичного страхування склав 5,9% загальних витрат на охорону здоров'я.

Основними клієнтами приватних страхових компаній є громадяни з високим рівнем доходу або роботодавці, які страхують свої робітників. Приватне медичне страхування дає

можливість отримати медичну допомогу вищої якості або медичні послуги з високою собівартістю, що не передбачені державними програмами страхування [373].

Первинна медична допомога, переважно, надається сільськими лікарями, медичним персоналом сільських клік, лікарями загальної практики в сільській та селищних громадських лікарнях, а також медичними фахівцями в лікарнях II та III рівнів. Сільські лікарі, які не є ліцензованими лікарями загальної практики, мають право проводити медичну практику лише в сільських клініках.

Хоча сільським пацієнтам рекомендується звертатися за допомогою до сільських клінік чи селищних лікарень, міським пацієнтам – до громадських лікарень, оскільки такі постачальники медичних послуг асоціюються із нижчими показниками розподілу витрат, резиденти мають право отримувати медичну допомогу у лікарів загальної лікарні в лікарнях вищого рівня.

Ліцензування лікаря загальної практики не є обов'язковою, винятком є лише певні регіони країни, у яких така реєстрація використовується як бар'єр. Станом на 2018 рік, лише 6,0% становив відсоток лікарів загальної практики, отримавши ліцензію, серед загального числа ліцензованих лікарів-терапевтів та їх помічників в країні.

Шкала цін на послуги первинної медичної допомоги в державних закладах охорони здоров'я регулюється місцевими органами управління в сфері охорони здоров'я, а також Бюро цін. Сільські лікарі та медичні робітники сільських клінік отримують відшкодування витрат на державні медичні послуги (наприклад, імунізація та обов'язкові скринінги хронічних хвороб), клінічні послуги та знижки на призначення фармацевтичних препаратів, а також державні субсидії та дотації. Рівень доходу залежить від регіону країни.

Лікарі загальної практики в лікарнях отримують базовий оклад з доплатами та надбавками, що засновуються на активності діяльності (наприклад, кількість приписного населення, кількість проведених хірургічних утручань тощо). Оскільки механізм оплати послуг лікарень засновується на виплатах за надані послуги, лікарі, що працюють в закладах охорони здоров'я, мотивовані у наданні більш якісної медичної допомоги. Статистика підтверджує що базовий розмір заробітної плати складає лише ¼ доходу лікаря, інша частина доходу – це доплати та надбавки.

Загалом в Китаї середній рівень заробітної плати на місяць становить 5820 дол. США, при цьому найнижчий рівень складає 1800 дол. США, а найвищий – 18 560 дол. США [331].

Амбулаторна спеціалізована допомога надається ліцензованими вузькими спеціалістами. Заробітна плата вузьких спеціалістів формується також, як і лікарів загальної практики.

Пацієнти можуть отримати амбулаторну спеціалізовану допомогу без призначення лікаря загальної практики та за власним вибором. Оплата вартості послуг, обсяг яких перевищує гарантований мінімум, та співплата здійснюється за місцем обслуговування. Заклад охорони здоров'я напряму надає страховій компанії рахунок за послуги, які покриваються страховим пакетом, у випадках оплати за надані послуги чи системи групування хвороб (DRG). Заклади охорони здоров'я отримують щорічні одноразові виплати (паушальні виплати) в межах бюджету чи цільових державних дотацій.

Заклади охорони здоров'я розрізняють державні – 55% та приватні – 45%; неприбуткові та прибуткові. Більшість селищних та громадських лікарень – це державні заклади охорони здоров'я; міські заклади охорони здоров'я II та III рівнів можуть бути як державні,

так і приватні. Як було вже наголошено, фінансування діяльності закладів охорони здоров'я здійснюється за рахунок прямої оплати, відшкодування в межах медичного страхування, а також державних дотацій – для державних закладів охорони здоров'я, що складає близько 13,2% загального доходу (станом на 2018 рік).

Значне число пацієнтів платить за 100% медичних послуг за системою прямих виплат, оскільки отримують медичні послуги понад гарантованого страхового пакету послуг. Незважаючи на переважний відсоток механізму оплати за надані послуги, в різних регіонах популярними є фінансування завдяки цільовим дотаціям, системи групування хвороб та загальних бюджетів.

Довготривала медична допомога та соціальна допомога. В Китаї існує незначне число офіційних постачальників довготривалої медичної допомоги, оскільки в країні є традиція допомоги старшим за віком членам сім'ї. Отже, функцію догляду за інвалідами та літніми людьми беруть на себе члени їхньої сім'ї. В країні не існує програми страхування довготривалої медичної допомоги. Послуги за медичну допомогу в закладах, що надають такий вид допомоги, оплачується напряму громадянами країни. Хоча існують місцеві дотації.

Механізм організації та фінансування охорони здоров'я Китаю схематично представлено на рис. 1.19.

**Національна система охорони здоров'я Туреччини.** У Туреччині спостерігаються активні процеси євроінтеграції, демографічні показники характеризуються достатньо високим рівнем приросту населення та високими темпами урбанізації. Внаслідок дії цих чинників у країні сформована система загальнодержавного соціального медичного страхування, що характеризується універсальністю медичного обслуговування.

За цією системою все населення країни (громадяни країни, біженці та іноземці, які протягом двох років вносять до фонду страхування внески та не мають програми страхування іншої країни), що зареєстровано в Інституті соціального захисту населення (*Social Security Institution, SGK*), можуть безкоштовно отримувати медичну допомогу в закладах охорони здоров'я та фармацевтичних закладах, що уклали договорів з SGK. Пакет гарантованої медичної допомоги включає первинну та превентивну медичну допомогу, у т.ч. послуги від наркоманії, поліклінічно-амбулаторну, стаціонарну, реабілітаційну та екстрену медичну допомогу, лабораторні послуги, лікарняних догляд за хворим, послуги з трансплантології (органів, тканин та стоволових кліток, а також терапевтичні послуги), догляд за вагітністю, у т.ч. екстракорпоральне запліднення. Косметологічна та косметологічна ортодонтична медична допомога, а також медичні послуги, що не забезпечуються Міністерством охорони здоров'я, не входять до пакету гарантованої медичної допомоги [384].

Внесок до фонду обов'язкового соціально страхування складає 12,5%, з них 5% сплачується робітником, а 7,5% – роботодавцем. Держава сплачує страхові внески за соціально незахищене населення – таке, яке отримує менше 1/3 мінімальної заробітної плати [327, с. 90].

Проте в країні існує проблема із забезпеченням доступу сільського населення до якісної медичної допомоги, оскільки осередок медичних послуг знаходиться у містах. Від 80 до 90% населення, включаючи самозайняте, отримують медичне обслуговування, що надається загальнонаціональною системою медичного страхування, проте значна частина

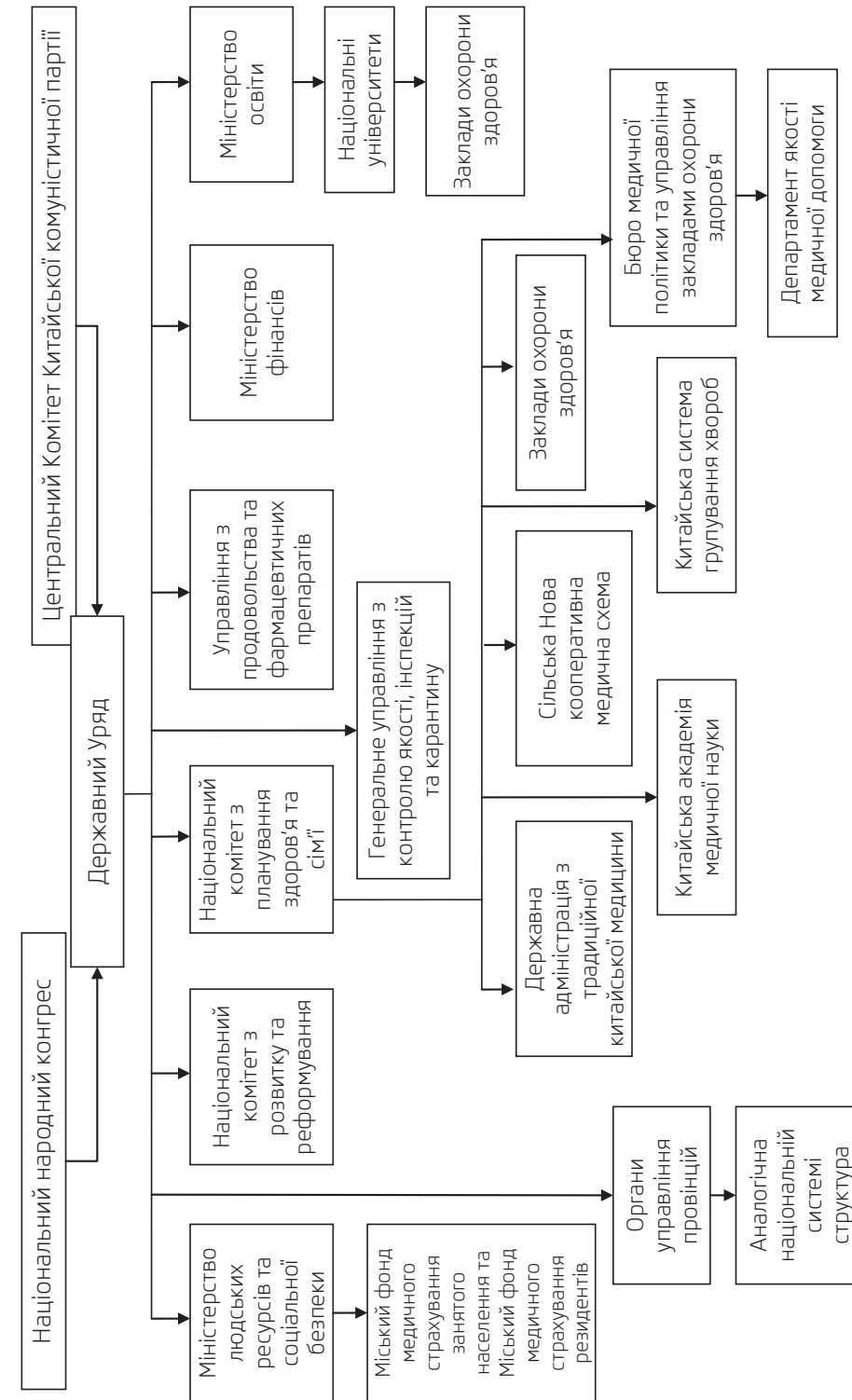


Рис. 1.19. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Китаю

Джерело: адаптовано автором [328]



населення звертають до приватних закладів охорони здоров'я в містах через більш якісний рівень медичного обслуговування, але незважаючи на це, Туреччина значно удосконалила систему надання медичної допомоги в межах Програми трансформації охорони здоров'я (*Health Transformation Program, HTP*) у 2003-2013 рр. Основні досягнення ґрунтуються, перш за все, на потужному секторі третинної ланки надання медичної допомоги, відповідальності корпоративних постачальників та розвитку людських ресурсів галузі. Ці досягнення були підкріплені відносно сильним економічним зростанням в останні кілька років.

Процеси удосконалення системи охорони здоров'я відображаються на значному покращенні показників результативності охорони здоров'я та збільшенні рівня надання медичних послуг, а також на змінах у тенденціях фінансування охорони здоров'я. В країні й надалі відбувається значний розвиток системи охорони здоров'я. Це підтверджує той, факт, що країна займає високі показники в рейтингах країн за ефективністю охорони здоров'я – 26 місце в 2018 році, 40 місце серед 195 країн світу – за індексом безпеки життя в 2019 році (табл. А.2, А.3 Додатку А).

У 2008 році в країні було прийнято Закон про соціальну безпеку та універсальне медичне страхування, що дозволив Туреччині створення єдиного покупця медичних послуг на державному рівні, який несе повну відповідальність за фінансування охорони здоров'я, включаючи збір доходів, об'єднання фінансових ресурсів і витрат, придбання відповідних медичних товарів та послуг [385].

Основними джерелами фінансування охорони здоров'я в країні є: (1) загальнодержавні витрати (83%), (2) страхові внески, пряма оплата та співплата домогосподарств (12%), податки на паливо та тютюнові вироби (5%) [332]. Обсяг витрат на охорону здоров'я до ВВП Туреччини у 2018 році становив 4,2%, витрати на одного громадянина на рік склали в цьому ж році 445 дол. США, причому 79,6% фінансування надходить за рахунок Інституту соціального захисту, а 15,4% складають витрати домогосподарств.

Система охорони здоров'я Туреччини має централізовану структуру. Однак у багатьох аспектах вона характеризується фрагментарністю та складністю процесів делегування та взаємозв'язку між її складовими елементами.

У межах охорони здоров'я Туреччини діють державні, напівдержавними (державно-приватними) та приватними закладами охорони здоров'я, але між ними існує обмежені процеси координації.

Міністерство охорони здоров'я є головним органом державної влади, відповідальним за розробку політики в галузі охорони здоров'я та впровадження національних стратегій охорони здоров'я. Міністерство також є основним постачальником первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, послуг з охорони здоров'я материнства, послуг з планування дітей та сім'ї, відповідає за ціноутворення на фармацевтичному ринку та здійснює контроль. По суті, це єдиний постачальник медичних послуг, що здійснює свою діяльність через розгалужену мережу закладів охорони здоров'я (медичні центри та пункти охорони здоров'я), що надають первинні, вторинні та високоспеціалізовані послуги у стаціонарах та амбулаторіях. За даними Міністерства охорони здоров'я Туреччини, в 2016 р. в країні діяло близько 30 000 закладів охорони здоров'я (в країні існує значна кількість університетських клінік, фінансування яких характеризується подвійними фінансовими джерелами: за раху-

нок бюджету через Раду вищої освіти (*Higher Education Board*) та самофінансування), відношення лікарів складає 1,7 : 1000 пацієнтів та 2,54 ліжка на 1000 осіб. При цьому в країні швидко збільшується кількість приватних закладів охорони здоров'я, що свідчить про зростання приватного сектору в країні [307, с. 588].

Державний сектор охорони здоров'я має низку проблем: він страждає від недостатнього фінансування. Заклади охорони здоров'я державної форми власності переповнені, надають безкоштовні послуги з госпіталізації, ведення вагітності, реабілітації та лікування на вторинній ланці, виписування рецептів. Оплата послуг, найперше, здійснюється за рахунок оплати медичних послуг від Інституту соціального захисту населення, а також прямої оплати споживачами медичних послуг.

Приватні заклади охорони здоров'я та приватно практикуючі лікарі пропонують медичні послуги із вищим рівнем сервісу та з меншим терміном очікування, ніж в закладах державної форми власності. Вони укладають договори з банками та страховими організаціями, які пропонують різноманітні медичні страхові програми населенню країни [307], але незважаючи на те, що приватний сектор галузі швидко зростає з 1990-х років, лише близько 2% населення, переважно в містах, мають приватне медичне страхування у 2005 році.

У Туреччині в межах приватного сектору досить розвинений сектор медичного туризму: 67% медичних туристів користувалися приватними закладами охорони здоров'я, 24% – державними та 9% – університетськими клініками [341]. Так, багато туристичних агентств розглядають Туреччину як основу для співпраці країн щодо медичного туризму, особливо це стосується європейських країн.

У середньому на рік заробітна плата лікаря в Туреччині становить 309 507 дол. США, при цьому на початковому етапі (стаж роботи 1-3 роки) – 211 349 дол. США, а лікарів з досвідом (8+ років стажу) – 404 750 дол. США [354].

У загальному вигляді організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Туреччини представлена на рис. 1.20.

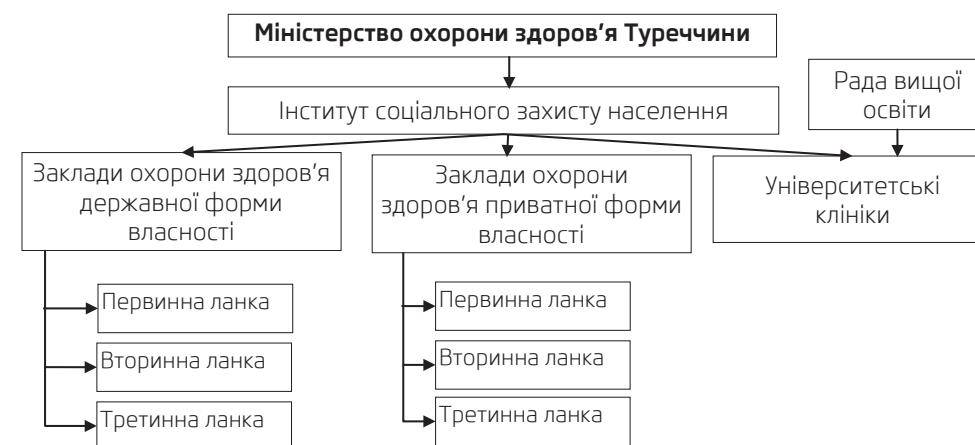


Рис. 1.20. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Туреччини

Джерело: адаптовано автором [307]

Отже, резюмуючи відзначаємо, що національна система охорони здоров'я Туреччини зазнала значної трансформації та має позитивні тенденції розвитку. Проте якість медичної допомоги в Туреччині залежить від місцевості (так в містах її рівень вищий, ніж в сільській місцевості), а також від форми власності (приватний сектор надає медичні послуги вищої якості, ніж державний).

**Національна система охорони здоров'я в Індії.** Національна система охорони здоров'я Індії має свої особливості. З однієї сторони, Індія належить до категорії країн із найнижчими показниками державних витрат на охорону здоров'я у поєднанні з найгіршими показниками рівня здоров'я населення серед країн з перехідною економікою.

У країні існує дефіцит медичного персоналу та лікарняних ліжок. Додатково до проблем з недосконалою медичною інфраструктурою додається проблема якості охорони здоров'я. Існуючі проблеми посилюються доступом населення до медичної допомоги. Так, 43,3% сільського населення з низьким рівнем доходу не мають доступу до медичної допомоги через фінансові причини, серед міського населення цей показник становить 1,9% [389, с. 145].

Обсяг витрат на охорону здоров'я у ВВП Індії становить 3,6%, 69 дол. США на одного громадянина (табл. А.1 Додатку А). При цьому спостерігається збільшення витрат домогосподарств на охорону здоров'я. Так, у 1987–1988 рр. цей показник складав 70%, а у 2002–2003 рр. – понад 80%. Державні витрати в загальному обсягу витрат на охорону здоров'я становлять 1,15%, що є одним з найнижчих показників серед країн із низьким рівнем доходу [286].

Показники здоров'я населення залишаються на досить низькому рівні. Так, очікувана тривалість життя серед населення на 3 роки нижче середнього світового показника, що погіршується високими показниками ризику інфекційних захворювань (малярія, туберкульоз, шлунково-кишковими захворюваннями тощо). При цьому країна займає друге місце серед країн світу за чисельністю населенням. Індія за індексом безпеки життя займає 57 місце серед 195 країн світу (табл. А.3 Додатку А).

Проте з іншої сторони, бізнес-сектор та представники наукової спільноти країни входять до числа світових лідерів у своїх галузях. Так, за два десятиріччя Індія вийшла на рівень одного з найбільших світових провайдерів медичного туризму. З кожним роком в країні спостерігається зростання цієї галузі на 30%. Для іноземних пацієнтів та своїх громадян з високим рівнем достатку Індія пропонує висококласні послуги охорони здоров'я. Причому для іноземних – за найдоступнішою ціною [156].

Отже, проаналізуємо організаційно-функціональну структуру національної охорони здоров'я Індії. Охорона здоров'я країни сформувалася під впливом форми державного устрою – федеративна республіка з поділом країни на штати. Влада штатів є відповідальною за організацію та надання медичної допомоги населенню. А центральний уряд несе відповідальність за національну політику (включаючи нормативно-правову базу та підтримку штатів) та міжнародні договори у сфері охорони здоров'я, медичну освіту, запобігання фальсифікації харчових та фармацевтичних продуктів, контроль якості у виробництві фармацевтичних препаратів, національний контроль за захворюваннями та програми планування сім'ї [325].

У 2008 році Міністерством праці та зайнятості було запроваджено систему медичного страхування сімей, які живуть за межею бідності. Вже у 2015–2016 рр. було застраховано

41,3 млн. сімей, що досягає 57% від запланованого рівня. Сьогодні за цією схемою надаються медичні послуги 11 іншим категоріям соціально незахищеним верствам населення з метою збільшення рівня покриття медичною допомогою населення [364].

Іншим джерелом фінансування галузі є система медичного страхування. Існує декілька державних страхових програм: Програма державного страхування робітників (*Employees State Insurance Scheme*) включає робітників фабрик, до якої сплачують внески як роботодавці, так і робітники; Центральна державна програма здоров'я, що покриває державних службовців, на цю програму приходиться 4% загальних державних витрат на охорону здоров'я; Програма страхування для робітників залізничної та оборонної галузі; Програми штатів для службовців. Загалом, ці програми покривають близько 8% державних витрат на охорону здоров'я [325]. Проте незважаючи на різноманіття цих програм, менше 20% населення покривається цими програмами.

Добровільне медичне страхування не є розвиненим в Індії – менше 4% загальних витрат на охорону здоров'я.

Отже, в країні задекларовано, що державна медична допомога, у т.ч. превентивні заходи та первинна медична допомога, діагностичні медичні послуги, амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна медична допомога, є безоплатною та доступною для всіх громадянам, оскільки національна охорона здоров'я є державною системою, основним джерелом фінансування якої є податки. На практиці ж вона характеризується значною часткою витрат домогосподарств на медичну допомогу, як вже раніше зазначалося. При цьому у зв'язку зі значним дефіцитом медичних кадрів та нерозвиненою медичною інфраструктурою доступ до медичної допомоги є обмеженим. Фармацевтичні препарати за основним переліком препаратів, що є важливими для підтримки життя, є безкоштовними, хоча й часто характеризуються дефіцитом, а додаткові препарати – можна придбати лише за власний рахунок у приватних аптечних закладах. При цьому в Індії здійснюється одна з найбільших у світі державних програм боротьби з ВІЛ, а також всі фармацевтичні препарати для програм контролю за хворобами, у т.ч. інфекційними (зокрема лихоманка денге та малярія), є безкоштовними, як клінічна медична допомога для боротьби з малярією. Також в країні є безкоштовними щеплення та послуги з охорони здоров'я матері та дитини [326].

Більшість медичних послуг, що надаються в межах Програми державного страхування робітників та Центральної державної програми здоров'я, є також безкоштовними, що загалом порушує принцип справедливості доступу до медичної допомоги населення.

Медичні послуги надаються складною мережею державних та приватних постачальників послуг: від лікарів, що здійснюють самостійно медичну практику, до – спеціалізованих та багатоспеціалізованих закладів третинної ланки медичної допомоги. Державна система охорони здоров'я має трирівневу структуру: первинні, вторинні та третинні заклади охорони здоров'я. У сільській місцевості послуги первинної медико-санітарної допомоги надаються через мережу «субцентрів», первинних центрів охорони здоров'я та громадських оздоровчих центрів. Субцентр є першою контактною точкою між системою первинної медико-санітарної допомоги та населенням (покривають 3 000-5000 пацієнтів). Щонайменше одна додаткова акушерка або медичний працівник жіночої статі, один медичний працівник чоловічої статі та один «відвідувач охорони здоров'я» жіночої статі контролюють шість субцентрів.

Центр первинної медико-санітарної допомоги є першою точкою контакту між сільською громадою та медичним працівником та надає лікувально-профілактичні послуги від 20 000 до 30 000 пацієнтам.

Медичні центри громади управляються та підтримуються урядами штатів і повинні мати чотирьох медичних фахівців, які підтримуються 21 фельдшером та іншим персоналом, з 30 ліжками, лабораторіями, рентгенологічними та іншим обладнанням. Такий центр охоплює від 80 000 до 120 000 пацієнтів.

Також первинна ланка в Індії представлена районними лікарнями або громадським оздоровчим центром, який обладнаний для цілодобової невідкладної акушерської допомоги та зберігання крові. Районні лікарні функціонують також як вторинний рівень для сільського населення.

Незважаючи на таку складну інфраструктуру, у закладах державного сектору охорони здоров'я залишається суттєвий дефіцит персоналу. В Індії відношення лікарів до населення складає 1 : 1,674, порівняно з нормою ВОЗ 1 : 1000, що призводить до гострої нестачі та нерівномірного розподілу лікарів.

Приватний сектор охорони здоров'я в Індії недостатньо регульований. Приватні медичні працівники надають широкий спектр амбулаторних послуг в приватних одноосібних практиках. Такі фахівці представлені як такими, що не зареєстровані у відповідних медичних радах, сертифікованими лікарями-практиками, а також невеликими будинками престарілих та багатоспеціалізованими клініками. Приблизно 40% приватної медичної допомоги в Індії надаються некваліфікованими постачальниками медичних послуг.

Приватний сектор в Індії має високі темпи розвитку, дуже розвиненим є державно-приватні партнерства. Так, у період 2002-2010 рр. приватний сектор створив понад 70% нових ліжок. Приватні заклади охорони здоров'я в даний час забезпечують близько 80% амбулаторної допомоги та 60% стаціонарної допомоги. До 1980-х років приватні заклади були переважно некомерційними організаціями у підпорядкуванні благодійних фондів. З економічною лібералізацією Індії, зростаючим середнім класом та зростанням медичного туризму кількість приватних комерційних закладів значно зросла [323, с. 67].

Загалом заклади охорони здоров'я первинної ланки медичної допомоги представлені державною формою власності, приватний сектор значною мірою представлений в містах. У той час, як заклади вторинної ланки представлені, значною мірою – 63% – приватними неприбутковими та прибутковими. Заклади державної форми власності функціонують у межах щорічного розподілу бюджету, при цьому у державному секторі оплата праці медичного персоналу здійснюється за окладами, вони не мають право працювати у приватних закладах в більшості штатів. Інший персонал також отримує фіксовані оклади.

Оплата лікаря в приватному секторі залежить від місцевих ринкових умов. Загалом, у приватному секторі оплата праці здійснюється за надані послуги прямою оплатою від споживачів медичних послуг [326].

Середній рівень заробітної плати лікарів в країні становить 14 260 дол. США на рік, при цьому найнижчий рівень на рік – 2222 дол. США, а найвищий – 54 024 дол. США на рік [304].

Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Індії схематично представлена на рис. 1.21.

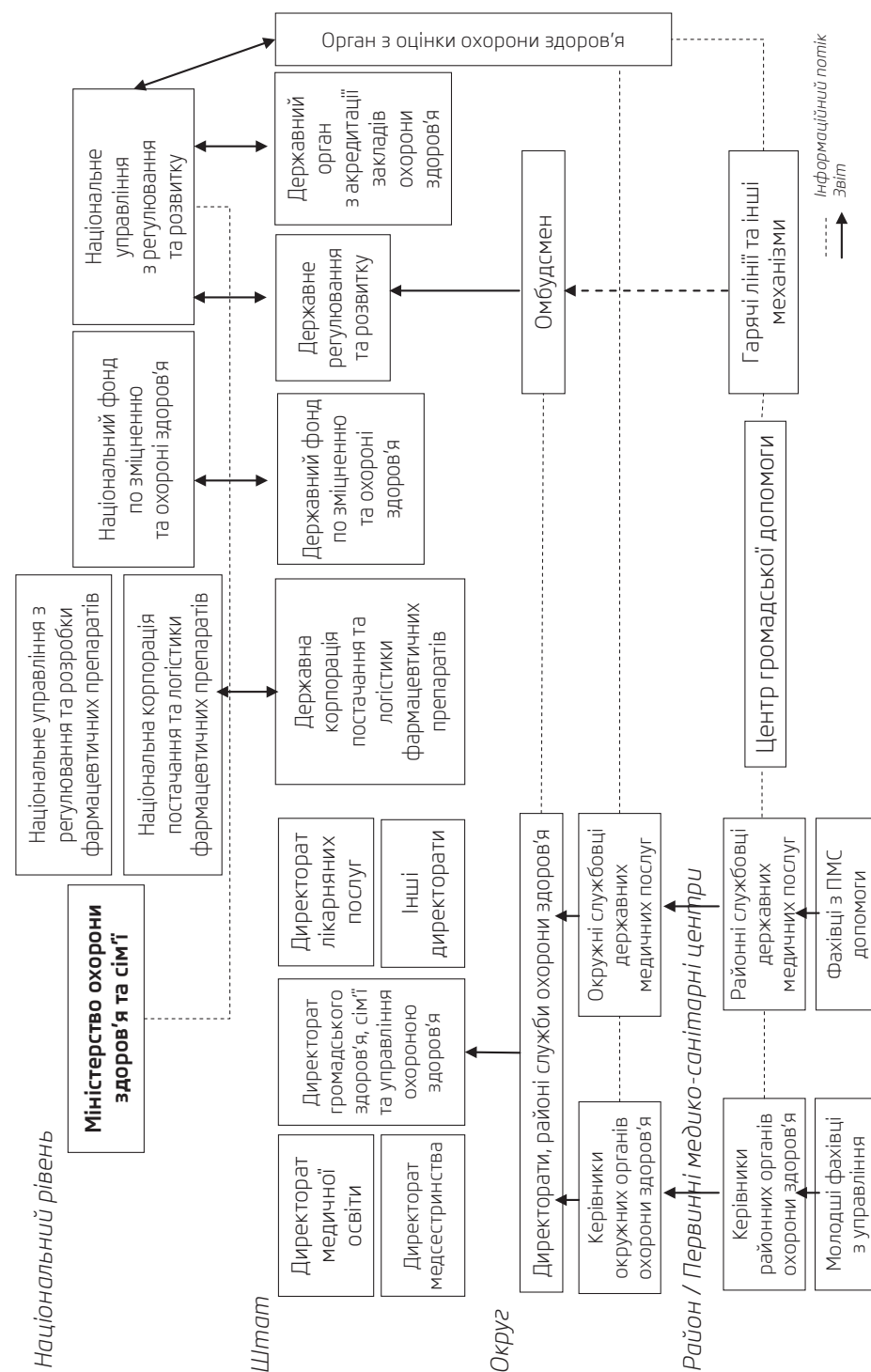


Рис. 1.21. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я Індії

Джерело: адаптовано автором [360]

Так, основним органом управління в національній системі охорони здоров'я Індії є Міністерство охорони здоров'я та сім'ї (*Ministry of Health and Family Welfare*), йому підпорядковані уряди штатів, муніципальні та місцеві органи. Кожний штат має свій директорат охороною здоров'я (*Directorate of Health Services*) та департамент охорони здоров'я та сім'ї (*Department of Health and Family Welfare*). Служби охорони здоров'я на рівні району забезпечують зв'язок між кожним штатом та службами первинної медичної допомоги.

Інші органи управління, що є частиною організаційно-функціональної системи охорони здоров'я, включають Управління регулюванням та розвитку страхування (*Insurance Regulatory and Development Authority*) та Національне управління з питань *e-Health* (*National eHealth Authority*).

Резюмуючи слід зазначити, що національна система охорони здоров'я Індії має досить низькі показники ефективності та якості надання медичних послуг. Та низку проблем, які мають бути вирішені на національному рівні – найперше, це стосується забезпечення рівного доступу всіх верств населення до якісної медичної допомоги.

**Національна система охорони здоров'я країн з низьким рівнем економічного розвитку.**

Більшість країн із низьким рівнем економічного розвитку мають спільні риси:

- 1) нерозвинена медична інфраструктура;
- 2) низький рівень витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП;
- 3) недотримання принципу забезпечення рівного доступу до якісного медичного обслуговування;
- 4) дефіцит кваліфікованих кадрів;
- 5) низький рівень показників здоров'я та ефективності охорони здоров'я.

Проілюструємо це на прикладах окремих країн.

*Ангола* – це країна, де 70% населення не має доступу до медичної допомоги та загальний стан медицини сьогодні знаходить на дуже низькому рівні, особливо в провінційних районах країни. Витрати на охорону здоров'я становлять 2,9% від ВВП країни, а на одного громадянина на рік – лише 95 дол. США.

Показник дитячої смертності, рівень інфекційних захворювань в Анголі є одним з найвищих у світі. В країні спостерігаються високі показники захворюваності на малярію, туберкульоз, черевний тиф, дитячі і кишкові інфекції, шистосоматоз, СНІД.

*Афганістан*. Медична система країни вкрай відстала і обмежена. Лікарні пошкоджені або зруйновані в результаті військових подій останніх років, лише у м. Кабул і декількох великих містах є сучасні клініки. Постачання фармацевтичних препаратів обмежене лише каналами міжнародних гуманітарних організацій, тому ліки в дефіциті і високої вартості.

Витрати на охорону здоров'я становлять 10,2% від ВВП країни, а на одного громадянина на рік – лише 57 дол. США.

У країні високі показники смертності, особливо дитячої, та захворювань від інфекційних хвороб.

*Ірак*. Система охорони здоров'я країни балансує на межі повного краху, що є наслідком військових дій. Ситуація стала поліпшуватися лише завдяки втручанням міжнародних фондів, які забезпечили роботу 240 лікарням і 1200 центрам первинної медичної допомоги,

а також зменшили дефіцит фармацевтичних препаратів та товарів медичного призначення, навчають медичний персонал.

На якість медицини впливає і рівень гігієни, який в країні на низькому рівні.

Досі не забезпечена безпека пересування в конкретних областях країни, громадяни не завжди можуть вільно пересуватися для отримання необхідної медичної допомоги. Поступові поліпшення помітні, особливо в великих областях країни, де заклади охорони здоров'я відновлені майже повністю, на відміну від лікарень у сільських і віддалених районах Іраку.

У країні високі показники смертності, особливо дитячої, та захворювань від інфекційних хвороб.

Витрати на охорону здоров'я становлять 3,3% від ВВП країни, а на одного громадянина на рік – лише 153 дол. США.

*Нігер*. Медична інфраструктура розвинена недостатньо. У столиці країни м. Ніамей є ряд державних закладів охорони здоров'я, де можна отримати допомогу. За межами м. Ніамей медичну допомогу отримати складно.

У країні існує дуже високий ризик захворювання інфекційними та паразитарними захворюваннями, у т.ч. черевним тифом, холерою, гепатитом, малярією.

У Нігері на 100 тис. населення припадає 1,9 тис. лікарів, осіб середнього медичного персоналу і акушерок 13,0 тис. і 7,1 тис. лікарів-стоматологів, відповідно (2008 рік). Загальні витрати на охорону здоров'я становлять 6,1% ВВП країни.

Отже, проаналізувавши національні системи охорони здоров'я різних країн світу, можна впевнено стверджувати, що не існує єдиної універсальної системи охорони здоров'я. Кожна країна шукає свої власні шляхи удосконалення охорони здоров'я та якості медичної допомоги населенню. Проте важливо зауважити, що такі процеси мають зайняти особливе провідне місце в національній політиці країни та стратегії її розвитку, оскільки людські ресурси є основним капіталом розвитку будь-якої країни.

#### 1.4. Економічні наслідки та концепти подолання COVID-19

Сьогодні надто суперечливою є дискусія щодо стану готовності урядів та систем охорони здоров'я до пандемії COVID-19 та загалом рівень ефективності національних систем охорони здоров'я. Ця дискусія зумовлена пандемією COVID-19 (2019–2020 рр.). Спалах захворювання розпочався в грудні 2019 року в м. Ухань (Китай), а вже 11 березня 2020 року захворювання було визначено ВОЗ як пандемія.

Як стало очевидним, що більшість національних систем охорони здоров'я виявилися не спроможними швидко та результативно реагувати на появу нового вірусу SARS-CoV-2, навіть ті, які були визначені в рейтингу країн світу за рівнем ефективності охорони здоров'я та рівнем безпеки життя лідерами серед інших країн світу. Поява нового вірусу оголила низку проблем в більшості національних систем охорони здоров'я, а саме:

- 1) неспроможність швидкого реагування на виключні форс-мажорні обставини в значних масштабах;

- 2) низьку «пропускну» властивість закладів охорони здоров'я;
- 3) низький рівень гнучкості щодо прийняття управлінських рішень (запровадження масштабних карантинних заходів, тестування, швидка зміна протоколів лікування тощо);
- 4) дефіцит медичного обладнання та товарів медичного призначення, що необхідні для підтримання життя пацієнтів та відсутність фармацевтичних препаратів для подолання вірусу SARS-CoV-2;
- 5) дефіцит кваліфікованого медичного персоналу (лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу, лабораторних працівників);
- 6) відсутність механізмів вирішення проблеми психологічного та фізичного навантаження на медичний персонал.

Перелік проблем не є вичерпним та різниться від рівня економічного та соціального розвитку країни, менталітету та культурних особливостей, які склалися в країнах, тощо. Проте можна впевнено стверджувати, що більшість національних систем охорони здоров'я країн світу (за окремими винятками, де були прийняті термінові заходи, а отже відсутній високий рівень захворюваності та смертності від COVID-19) не були готові до розповсюдження захворювання в глобальних масштабах.

Сьогодні ключовим питанням стає ефективність рішень, що приймаються урядами, та стратегій подолання наслідків COVID-19. Пандемія коронавірусу має довгострокові наслідки, окрім власне розповсюдження хвороби та запроваджених карантинних заходів, що вже суттєво вплинули на економіку більшості країн світу.

Так, станом на 30 квітня 2020 року, за даними ВООЗ, зафіксовано більше 3 млн. підтверджених випадків захворювання на COVID-19 (серед країн ЄС зареєстровано більше 988 тис. випадків), у т.ч. 211 тис. смертних випадків (понад 105 тис. – в країнах ЄС) [290]. За оцінками ВООЗ, рівень смертності від COVID-19 у світі складає 3,4% (станом на 3 березня 2020 року), у порівнянні з рівнем смертності від грипу щорічно, який складає нижче 1% [386]. Більш детальна інформація за країнами, станом на 30 квітня 2020 року, представлена у Додатку В.

По мірі того, як вірус SARS-CoV-2 поширився по всьому світові, занепокоєння перейшло від проблем виробничого забезпечення системи охорони здоров'я до проблеми подолання кризи у зв'язку з тимчасовим повним або частковим призупинення бізнес-діяльності у багатьох країнах світу [365].

У відповідь на пандемію, уряди країн вжили суворих заходів з метою зменшення рівня зараження та захисту населення. Ці заходи складаються з тотального (для всього населення країни) чи часткового (для груп ризику) карантину та призупинення діяльності підприємств, організацій, установ виробничої та невиробничої сфери та мають важливе значення для запобігання поширення коронавірусу. Проте вони мають безпосередній не системний вплив на рівень економічної активності в певних галузях.

Сьогодні економічні наслідки від COVID-19 значно перевищують безпосередній вплив пандемії, а саме:

- 1) підвищення рівня безробіття у багатьох країнах світу та зниження рівня заробітної плати, що, відповідно, знижується купівельна спроможність населення, а отже й попит;

- 2) високий рівень невизначеності призводить до призупинення інвестиційної діяльності як в бізнес-середовищі, так і від домогосподарств;
- 3) зменшення виробничих потужностей суб'єктів господарювання призводить до збільшення рівня банкрутства.

Так, за даними Міжнародної організації праці (*International Labour Organization – ILO*), пандемія COVID-19 значно вплинула на ринки праці у всьому світі. Станом на 30 квітня 2020 року, за підрахунками ILO:

- частка робітників, які проживають у країнах з рекомендованим або необхідним закриттям робочих місць, складає 68% (хоча цей показник і знизився у порівнянні з аналогічними розрахунками, станом на 22 квітня 2020 року, який складав близько 81%, що пов'язано з обмеженням карантинних заходів в деяких країнах світу у зв'язку зі зниженням захворюваності) (рис. 1.22);
- 31,5% населення світу зайнято у ризикових секторах: до секторів, які характеризуються підвищеним ризиком зриву діяльності, належать готельно-ресторанний бізнес, роздрібна торгівля, виробництво, операції з нерухомістю, підприємницька та адміністративна діяльність. Вплив за секторами економіки представлено у табл. 1.2;
- 10,5% зменшення рівня годин роботи: очікується, що глобальний робочий час у другому кварталі 2020 року буде на 10,5% нижчим, ніж у останньому докризовому кварталі – 4 кварталі 2019 року. Це еквівалентно 305 млн. робочих місць повного робочого дня (48 год.), що суттєво погіршило попередню оцінку ILO, яка склала 195 млн за другий квартал 2020 року. Це зумовлено переважно продовженням та розширенням заходів щодо стримування пандемії у більшості країн світу. Це характерно як для країн з високим економічним розвитком, так і країн з середнім та низьким рівнями. Таким чином, ситуація на ринку праці погіршилася для всіх основних регіональних груп. За оцінками ILO, для країн Америки втрати робочого часу – на рівні 12,4%, країни Європи та Центральної Азії – 11,8%. Що стосується груп країн з рівнем доходу нижче середнього, за прогнозними оцінками експертів, очікується найвищий показник втрачених годин – 12,5%;
- серед найбільш уразливих груп на ринку праці є працівники, які зайняті неофіційно (це майже 1,6 млрд працівників у всьому світі). Так за оцінками ILO, перший місяць кризи призвів до зниження заробітної плати цієї групи працівників на 60% в середньому у світі. За регіонами найбільший очікуваний спад становить 81% – це країни Африки та Латинської Америки. За групами доходів, цей показник становить: 82% – у країнах з рівнем доходу нижче середнього та низьким, 28% – у країнах з рівнем доходу вище середнього та 76% – у країнах із високим рівнем доходу;
- крім того, очікується, що рівень відносної бідності для працівники, які зайняті неофіційно (визначається як частка працівників із щомісячною заробітною платою, нижче 50% від середньої) зросте майже на 34% в цілому у світі: 21% – у країнах із середнім рівнем доходу та 56% – у країнах з рівнем доходу нижче середнього та низьким [340]. Потенційний вплив на рівень заробітної плати працівників, які зайняті неофіційно, представлено у табл. 1.3 та на рис. 1.23.

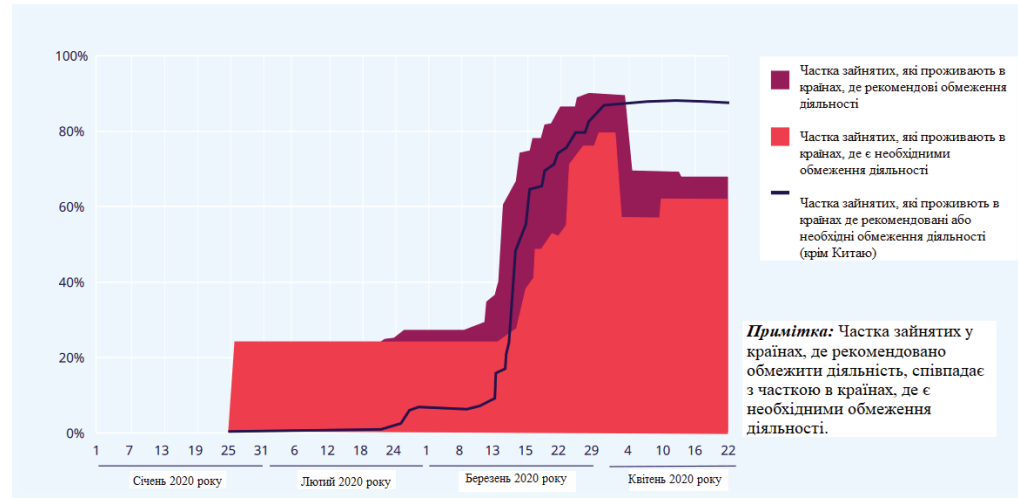


Рис. 1.22. Частка зайнятого населення в країнах світу, січень-квітень 2020 року

Джерело: [340, с. 3]

Таблиця 1.2 - Оцінка впливу кризи, зумовленої пандемією COVID-19, на підприємницьку діяльність в країнах світу, станом на 30 квітня (за даними Міжнародної організації праці)\*

Сфера економіки	Вплив кризи на обсяги виробництва	Оцінка зайнятості (глобальні оцінки на 2020 до COVID-19)				
		Зайнятих, млн.	Самозайняте населення, млн.	Частка самозайнятого населення в загальному числі зайнятих, %	Частка зайнятих в організаціях з 2-9 працівниками в загальному числі зайнятості, %	Частка зайнятих в організаціях 10+ працівників в загальному числі зайнятості, %
1	2	3	4	5	6	7
Оптова та роздрібна торгівля; ремонт	високий	21	211	45	25	30
Виробництво	високий	12	99	19	15	66
Готельно-ресторанна	високий	7	44	29	29	41
Нерухомість; бізнес та адміністративна діяльність	високий	7	35	21	23	56
Мистецтво; сфера розваг та дозвілля; інші послуги	середньо-високий	4	57	30	31	39
Транспортування, логістика, зберігання; комунікації	середньо-високий	4	76	31	19	50
Будівництво	середній	9	103	38	26	36
Фінансові та страхові послуги	середній	1	3	6	11	83

Продовження таблиці 1.2

1	2	3	4	5	6	7
Гірничо-рудна діяльність та розробка кар'єрів	середній	<1	3	28	14	58
Сільське господарство, лісництво та рибалка	нижче середнього	19	470	55	30	15
Охорона здоров'я та соціальна допомога	низький	2	11	7	14	81
Освіта	низький	1	7	5	14	81
Комунальні послуги	низький	<1	3	10	13	77
Державне управління; оборона; обов'язкове соціальне страхування	низький	<1	0	2	8	90

\* Дані щодо підприємств та самозайнятого населення базуються на даних національних опитувань домогосподарств із 114 країн, що складають 66% загальної зайнятості у світі. Дані щодо розміру фірми базуються на даних національних опитувань домогосподарств із 134 країн, що складають 78% зайнятості в усьому світі. Вони екстраполюються на глобальну зайнятість до 2020 року за галузями.

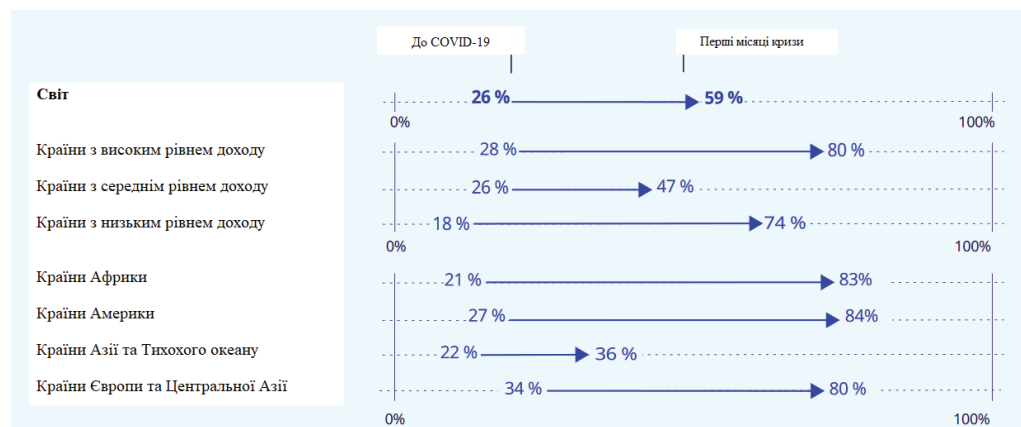
Джерело: [340, с. 6-7]

Таблиця 1.3 - Оцінка потенційного впливу на рівень заробітної плати працівників, які зайняті неофіційно, станом на 30 квітня (за даними Міжнародної організації праці)\*

Регіон	Середній рівень заробітної плати працівників, які зайняті неофіційно, до COVID-19 (в розрахунку до ВВП 2016 р.), дол. США)	Очікуваний середній рівень заробітної плати працівників, які зайняті неофіційно, в перші дні кризи (в розрахунку до ВВП 2016 р.), дол. США)
<b>ЗАГАЛОМ в світі</b>	<b>894</b>	<b>359</b>
<b>1. За групою доходів</b>		
1.1. Країни з високим рівнем доходу	1834	445
1.2. Країни з середнім рівнем доходу	497	359
1.3. Країни з низьким рівнем доходу	479	88
<b>2. За регіоном</b>		
2.1. Країни Африки	518	96
2.2. Країни Америки	1298	244
2.3. Країни Азії та Тихого океану	549	430
2.4. Країни Європи та Центральної Азії	1253	387

\* Оцінки базуються на середньозважених середніх показниках з 64 країн за даними, отриманими в 2016-2019 рр. Доходи включають доходи від самозайнятого населення та роботодавці, які самостійно звітували про заробітну плату працівників. Розрахунки виключають малий бізнес. За можливістю, були включені дані щодо доходів від інших робочих місць (сумісництво). Значення місцевої валюти були конвертовані до рівня долари 2016 р. Країни представляють 65% зайнятості у світі та включають країни з найбільшим населенням у кожному регіоні. Немає даних для арабських економік.

Джерело: [340, с. 9]



**Рис. 1.23. Очікуване зростання відносного рівня бідності неформальних проблем працівників, які зайняті неофіційно, станом на 30 квітня (за даними Міжнародної організації праці)**

Джерело: [340, с. 9]

Пандемія COVID-19 значно впливає на розвиток ринків. Так, негативний вплив спостерігається на ринку продуктів харчування та інших предметів першої необхідності, які характеризуються високим рівнем дефіциту товарів та значним зростанням цін на них. Спостерігається зменшення обсягів виробничого сектору (машинобудування, електроніки тощо), а також обсягів невиробничого сектору, що пов'язано з закриттям суб'єктів господарювання, що надають послуги (готельно-ресторанний бізнес, сфера краси тощо) на карантин.

Також спостерігаються негативні тенденції на світових фондових ринках. Економічні шоки від пандемії характерні і для фінансових ринків, в т.ч. ринки акцій, облігацій та товарів (включаючи нафту та золото). Ці події ускладнюються ціновим конфліктом між Російською Федерацією та Саудівською Аравією, що призвів до краху цін на нафту та краху на фондових ринках в березні 2020 року. Програма розвитку ООН (*United Nations Development Programme – UNDP*) очікує скорочення доходу на 220 млрд дол. США у країнах, що розвиваються.

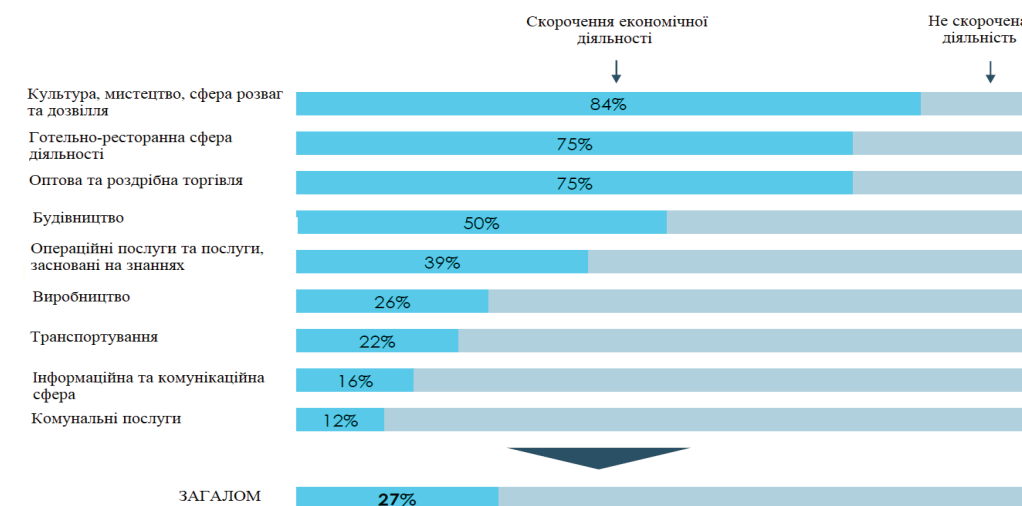
Проте, пандемія позитивно впливає на деякі сектори світового ринку охорони здоров'я. Так, сьогодні зростають обсяги фармацевтичного ринку, ринку товарів медичного призначення, ринку медичного обладнання, ринку новацій у галузі охорони здоров'я, які пов'язані з COVID-19.

Таким чином, слід зазначити, що сьогодні в масштабах світової економіки спостерігається диспропорція у розвитку ринків.

Якщо проаналізувати негативні наслідки у сфері підприємництва, то аналіз діяльності юридичних та фізичних осіб-підприємців (самозайняте населення) підтверджує, що близько 436 млн підприємств у найбільш постраждалих секторах у всьому світі зараз наражаються на високий ризик зривів в економічній та виробничій діяльності. Понад 50 % з них – близько 232 млн – займаються оптовою та роздрібною торгівлею, що в даний час є одним з найбільш постраждалих секторів на глобальному рівні. При цьому працівники, які знаходяться у відпустці за власний рахунок, становлять 45 % зайнятості в цьому сегменті.

При цьому найбільшого впливу відчувають представники малого та середнього бізнесу, які складають понад 70 % загальної зайнятості в роздрібній торгівлі та майже 60 % у секторі готельно-ресторанної діяльності.

Проілюструвати орієнтовне зниження економічної активності внаслідок блокування економічної та виробничої діяльності на прикладі країн ЄС можна на рис. 1.24.



**Рис. 1.24. Орієнтовне зниження економічної активності внаслідок блокування економічної та виробничої діяльності в країнах ЄС**

Джерело: [334, с. 4]

Ці негативні наслідки щоденно проявляються більше. Крім того, тривалий період карантинних заходів та блокування економічної та інших видів діяльності збільшує ризик масштабного збільшення державного та корпоративного боргів, створюючи основні фінансові дисбаланси.

Аналітики стверджують, що криза, спричинена пандемією COVID-19, не має аналогів: вона призвела до найбільшого глобального спаду в історії економіки, при цьому більше третини населення світу в даний час перебуває в умовах карантину [352].

Отже узагальнюючи основний економічний вплив та порівнюючи з глобальною фінансовою кризою 2008 року, то можемо визначити такі основні відмінності кризи, спричиненої COVID-19:

- 1) «економічний шок» від сьогоднішньої кризи має диспропорції в різних секторах економіки. Відставання в обсягах виробництва проілюстровано на прикладі країн ЄС (рис. 1.25) у розрахунку за формулою:

$$\text{Відставання (\%)} = \frac{(\text{Реальний ВВП} - \text{Потенційний ВВП})}{(\text{Потенційний ВВП})} \quad (1.1)$$

- 2) негативні наслідки від сучасної кризи оцінюються в 3-4 рази більшими, ніж від фінансової кризи 2008 року.

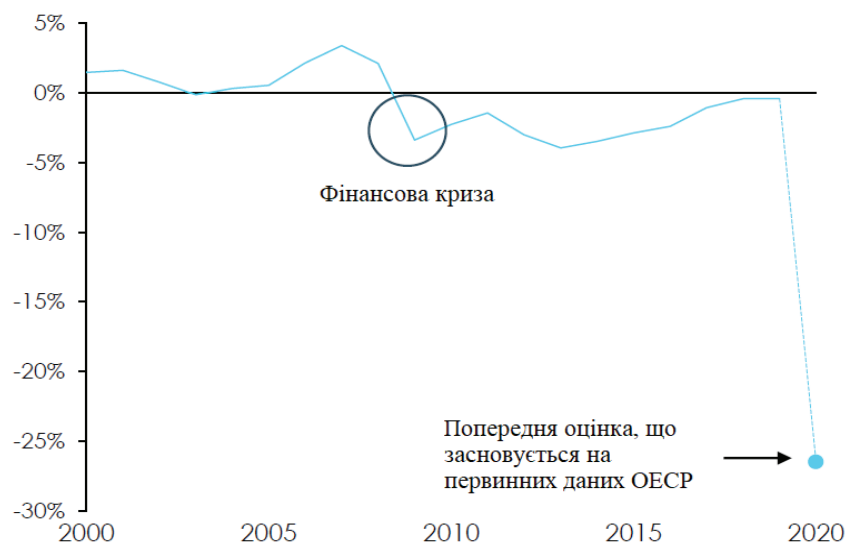


Рис. 1.25. Відсоток відставання у щорічних обсягах виробництва країн ЄС, 2010–2020 рр.

Джерело: [334, с. 4]

Потенційні наслідки проілюстровано на прикладі економіку країн G7 (рис. 1.26). Вплив на річний приріст ВВП буде залежати від того, наскільки тривалими будуть карантинні заходи;

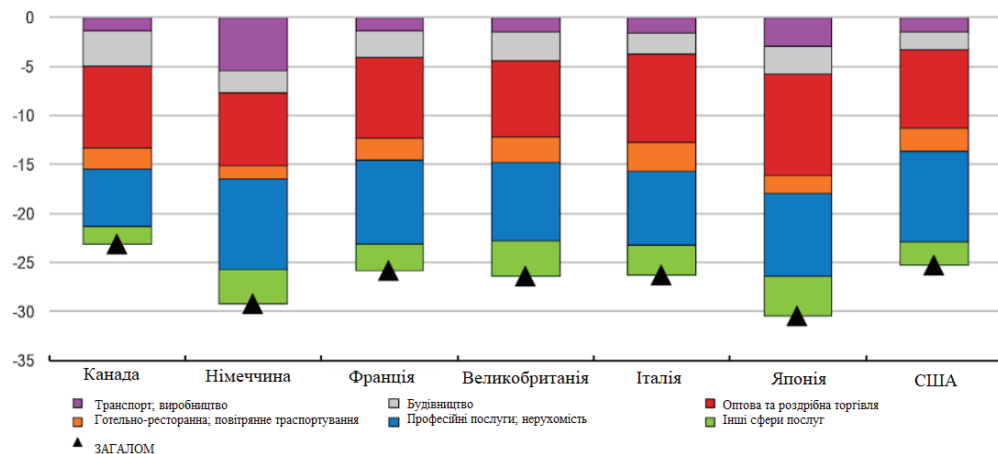


Рис. 1.26. Потенційні наслідки на економіку країн G7, % від ВВП в постійних цінах

Джерело: [311]

3) спостерігаються «надії на швидке відновлення», ніж під час фінансової кризи. Так, національні економіки більшості країн світу сьогодні характеризуються іншою структурою, що потребують меншого рівня фундаментального фінансового зба-

лансування економіки (наприклад, більш низький рівень кредитування житла, нижчий рівень спекулятивних операцій на ринках активів тощо). Вони характеризуються: (а) нижчим рівнем відношення заборгованості до рівня доходів домогосподарств (наприклад, в Іспанії, яка є однією з країн з найбільшим рівнем захворюваності та смертності, цей показник зменшився, у порівнянні з 2008 роком, на 28%), що робить домогосподарства більш стійкими до збільшення відсоткової ставки за кредитами на період безробіття; (б) в останні роки, а саме 2018 та 2019, спостерігався щорічний приріст обсягів внутрішнього кредитування в країнах ЄС, але його рівень приблизно на 10% нижчий, ніж до фінансової кризи; (в) рівень зростання цін на житло є помірним та збігається з динамікою зростання доходів домогосподарств, на відміну більш швидкий темпів зростання, які спостерігалися до фінансової кризи; (г) капіталізація європейських банків зростає в середньому від 7% у 2007 році до 15%, станом на 2020 рік;

- 4) рівень бізнес-активності приватного сектору в світі знизиться більш, ніж на 20%;
- 5) карантинні заходи негативно впливають на кон'юнктуру ринків, створюючи «шоки» попиту та пропозиції на більшості ринків.

Однак тривалий період блокування економічної та виробничої діяльності збільшує ризик виникнення масштабного державного та корпоративного боргу, нарощування основного фінансового дисбалансу [334, с. 4].

У межах цього дослідження не було проаналізовано вплив на соціальну, політичну, освітню та інші сфери життєдіяльності людини, проте вважаємо, що в умовах обмеженої економічної активності, вони також характеризуються негативними показниками розвитку. За оцінками UNDP, може очікуватися не тільки економічна, проте й соціальна та політичні кризи в більшості країн світу [292].

Більшість країн світу запровадили національні шкали оцінки ризиків та встановили процеси і системи моніторингу готовності до кризових ситуацій.

Так, компанією Schlumberger було запропоновано ранжування управлінських ризиків за рівнями, яке ґрунтується на оцінці критеріїв географічного ризику, здійснення ефективної комунікації та управління кризовим станом і надзвичайними (форс-мажорними) процесами.

Також можуть бути включені такі критерії як наприклад, доступність та ефективність місцевих органів охорони здоров'я для перевірки на підтвердження випадків або надання медичної допомоги, дотримання рекомендацій міжнародних організацій охорони здоров'я (наприклад, ВООЗ), ефективність діяльності постачальників медичних послуг тощо.

При цьому, рівень ризику впливу COVID-19 в країні може бути знижений на основі наступних критеріїв: зниження рівня зараження, підвищення рівня одужання, поліпшення показників смертності на душу населення, рівень досягнень у лікуванні або вакцинації тощо.

Отже, компанія Schlumberger пропонує визначення та реалізацію певних обмежувальних дій за чотирма рівнями, які мають допомогти мінімізувати ризик для здоров'я та негативний вплив на бізнес-діяльність, а саме:

- 1) Schlumberger COVID-19 Рівень 0: для країн, де не було зафіксовано жодного випадку COVID-19 людини;



- 2) *Schlumberger* COVID-19 Рівень 1: для регіонів, де було зареєстровано менше, ніж 25 випадків COVID-19 людини;
- 3) *Schlumberger* COVID-19 Рівень 2: для країни з обмеженим впливом, де зафіксовано від 25 до 100 випадків COVID-19 людини;
- 4) *Schlumberger* COVID-19 Рівень 3: для країн, які значно постраждали, в яких зареєстровано понад 100 випадків захворювання на COVID-19 людини [291, с. 3].

У [333] було здійснено оцінку довгострокового економічного впливу від пандемії COVID-19, яка засновується на темпах розвитку пандемії та тривалості карантинних заходів. Значні карантинні заходи направлені на захист населення, яке є найбільш вразливим до вірусу SARS-CoV-2, та з метою зменшення перевантаження на систему охорони здоров'я країн.

Отже, враховуючи ці основні цілі, тривалість карантину залежить від того:

- наскільки швидко зможуть бути змодельовані потужності для швидкого подолання складних випадків (тестування населення, залучення персоналу, технологія та протоколи лікування тощо);
- наскільки швидко буде сформовано імунітет у значного числа населення, що дозволить економічно активному населенню повернутися до роботи.

Так, аналітиками було визначено три основні сценарії:

I. Оптимістичний сценарій: заходи щодо боротьби з вірусом SARS-CoV-2 є ефективними, тривалість карантинних заходів може бути закінчено у другому кварталі 2020 року, що дозволяє перейти до швидкого економічного та виробничого відновлення.

II. Помірний сценарій: заходи щодо боротьби з вірусом SARS-CoV-2 характеризуються середньою ефективністю, блокування економіки скасовується в третьому кварталі 2020 року, коли може розпочатися економічне відновлення.

III. Песимістичний сценарій: заходи щодо боротьби з вірусом SARS-CoV-2 є менш результативними та відбуваються у більш тривалі строки, що може призвести до другої хвилі пандемії, отже розблокування економічної та виробничої діяльності можливо не раніше виготовлення ефективної вакцини – приблизно початок 2021 року.

Схематично варіанти сценаріїв представлені на рис. 1.27.

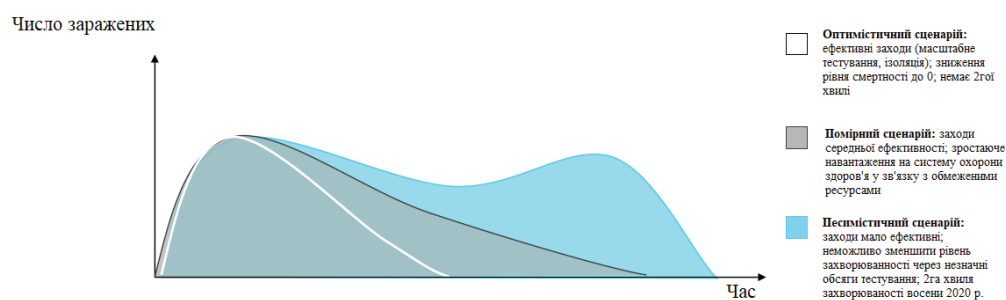


Рис. 1.27. Сценарії розвитку пандемії COVID-19

Джерело: [334, с. 4]

Отже, ключовим завданням урядів країн є визначення шляху відновлення бізнес-циклу в цілому для економіки. Як вже зазначалося раніше, глибина економічного шоку залежить від тривалості карантинних заходів. Тому в [334] представлено економічне відновлення за трьома сценаріями (рис. 1.28).

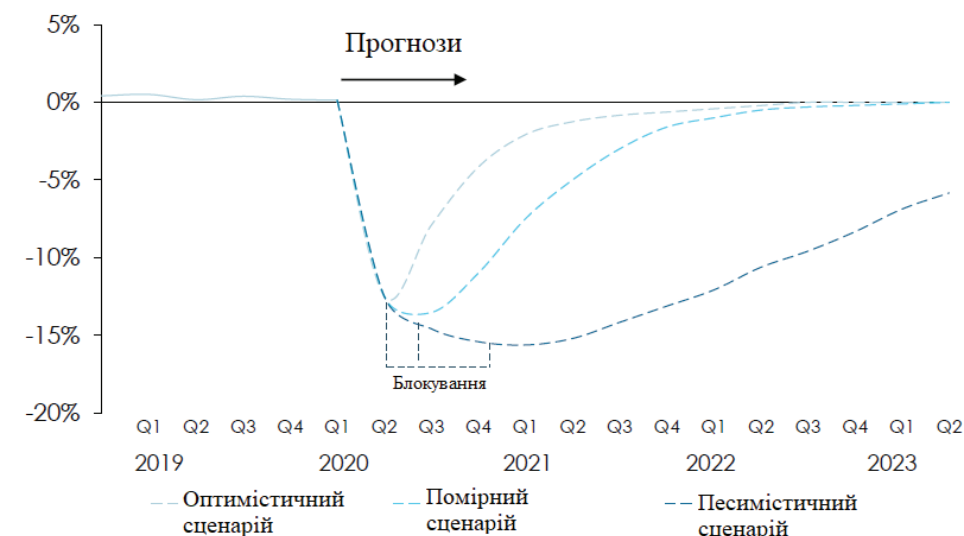


Рис. 1.28. Шляхи відновлення світової економіки за трьома сценаріями. Квартальний розрив у виробництві (% довгострокового ВВП)

Джерело: [334, с. 9]

Таким чином, ключові зусилля урядів держав, керівників місцевих органів влади та компаній різних форм власності мають бути спрямовані на мінімізацію негативного впливу на основі управління ризиками, що виникли в результаті пандемії COVID-19. Для цього мають бути сформовані стратегії управління ризиками, що засновуються на засадах кризис-менеджменту. Виходячи з рівнів ризику, що визначені, наприклад, вище, мають бути сформовані та запроваджені плани / програми заходів щодо мінімізації втрат від COVID-19, що вимагає вирішення наступних проблем, які були визначені ВООЗ як необхідні умови:

- 1) забезпечення реалізації дієвого механізму запобігання зараження від вірусу SARS-CoV-2 (комунікації, дистанціювання, ізоляція та карантин, обмеження транспортних перевезень, контроль та відстежування інформації щодо розвитку захворювання, тестування);
- 2) забезпечення достатньої інфраструктури та робочої сили;
- 3) забезпечення ефективності надання медичної допомоги (планування медичної допомоги, надання медичної допомоги, підтримка діяльності медичної системи);
- 4) забезпечення фінансової підтримки (фінансування медичної допомоги, забезпечення гарантованої медичної допомоги та доступу всіх верств населення до медичної допомоги);

- 5) забезпечення дієвого механізму управління;
- 6) забезпечення реалізації дієвого комунікаційного механізму;
- 7) забезпечення реалізації економічного та управлінського механізму мінімізації наслідків COVID-19 на бізнес діяльність регіонів, країн, організацій;
- 8) застосування інструментів кризис-менеджменту;
- 9) постійний контроль та аналіз реалізації вище перерахованих механізмів з метою координації та регулювання діяльності та розробки прогнозів та можливих планів / програм виходу з кризи.

У загальному вигляді заходи щодо подолання кризи, спричиненої COVID-19, можна представити наступним чином:

- I. Підвищення ефективності охорони здоров'я
  - 1.1. Активна протиепідеміологічна політика у сфері боротьби з COVID-19
  - 1.2. Формування розгалуженої національної мережі закладів, що визначені як базові у боротьбі з COVID-19
  - 1.3. Забезпечення фінансової та матеріально-технічної підтримки закладів охорони здоров'я
  - 1.4. Зміцнення заходів щодо забезпечення охорони та безпеки праці для медичних працівників
  - 1.5. Стимулювання медичного персоналу, що залучені до боротьби з COVID-19
- II. Стимулювання економіки та зайнятості населення
  - 2.1. Активна фіскальна політика
  - 2.2. Лібералізація кредитної політики
  - 2.3. Пільгове кредитування та фінансова підтримка специфічних секторів економіки, в т.ч. охорону здоров'я
- III. Підтримка підприємництва, бізнесу та ринку праці
  - 3.1. Забезпечення соціального захисту для населення країни
  - 3.2. Запровадження заходів щодо утримання рівня зайнятості
  - 3.3. Забезпечення фінансової / податкової та іншої підтримки для бізнесу
- IV. Захист працівників на робочих місцях
  - 4.1. Зміцнення заходів щодо забезпечення охорони та безпеки праці
  - 4.2. Забезпечення гнучких умов праці
  - 4.3. Запобігання дискримінації та соціального ізолювання
  - 4.4. Забезпечення рівного доступу до медичної допомоги
  - 4.5. Розширення доступності до оплачуваної відпустки
- V. Забезпечення комунікації з громадою
  - 5.1. Зміцнення потенціалу та можливостей профсоюзів та професійних асоціацій
  - 5.2. Зміцнення потенціалу органів влади
  - 5.3. Зміцнення соціального діалогу, колективних договорів та інститутів трудових відносин.

На нашу думку, найкращий та найефективніший спосіб підтримати безпеку персоналу та населення в світовому масштабі, зберігаючи безперервність бізнесу та мінімальне порушення роботи, – це постійна співпраця урядів країн та керівництв великих компаній, що має

здійснюватися на основі ефективних комунікацій, заснованих на взаємному обміні інформацією, координації підходів до лікування та превентивних заходів, мінімізації ризиків, планування та прогнозування дій.

### 1.5. Сучасна парадигма управління в світовій сфері охорони здоров'я

Проаналізувавши досвід організації та управління охороною здоров'я в різних країнах світу, вдалося помітити певні закономірності, а саме: виборі форм, методів та механізмів організації, управління та реформування галузі покладено аналіз потреби населення в медичній допомозі, а також економічні можливості суспільства у задоволенні цих потреб.

Перш ніж перейти до аналізу сучасної парадигми управління в сфері охорони здоров'я, слід визначити основні тенденції розвитку на світовому ринку охорони здоров'я.

Прогнозується, що в 2018–2022 рр. глобальні витрати на охорону здоров'я зростатимуть щорічно на 5,4%; так, у порівнянні з темпами приросту витрат 2013–2017 роках, вони збільшились на 2,9%. Загальні обсяги витрат на охорону здоров'я представлені у Додатку Г. Це пов'язано, перш за все, із зміцнення курсу долара США до євро та інших валют, розширенням показника покриття населення охороною здоров'я в межах більшості національних систем охорони здоров'я країн, що розвиваються, зростаючою потребою у догляді за літнім населенням, вдосконаленням технологій лікування та медичних технологій, а також зростанням витрат на охорону праці в галузі охорони здоров'я [387]. При цьому необхідно зазначити, що економіка охорони здоров'я зростає швидше, ніж світова економіка, але витрати на неї розподіляються нерівномірно (5,4% становить річний темп приросту витрат на охорону здоров'я, а темпи економічного зростання (з 2000 по 2019 роки) приблизно 3%).

Очікується, що витрати на охорону здоров'я на одну людину у світі продовжуватимуть значно варіюватися: за прогнозами у 2022 році вони будуть коливатися від 11 674 дол. США – у США до 54 дол. США – у Пакистані. Отже, існує нерівномірність розподілу витрат на охорону здоров'я у світі: понад 80% населення світу мешкає в країнах з низьким і середнім рівнями доходів, а споживають лише близько 20% світових витрат на охорону здоров'я, а країни з високими рівнями доходів, де мешкає 16% населення світу, витрачається 80% від глобальних витрат на ОЗ [262, с. 319].

За прогнозами, у 2017–2022 рр. обсяг витрат збільшиться до 5,4% (від 7,724 трлн дол. США до 10,059 трлн дол. США в середньому у світі) (рис. 1.29), при цьому обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП має бути близько 10,4%.

Зусилля щодо усунення цього розриву обмежені зростанням чисельності населення в країнах, що розвиваються. Проте незважаючи на цю тенденцію, ми не можемо впевнено стверджувати, що більш високий рівень витрат на одну особу прирівнюється до більш якісної медичної допомоги. Якщо порівнювати США з 10 іншими розвиненими країнами, країна займає останнє місце за загальним показником охорони здоров'я

в світовому рейтингу, а саме за показниками ефективності, справедливості доступу до медичного обслуговування та здорового способу життя.



Рис. 1.29. Витрати на охорону здоров'я в світі (млн. дол. США) в 2017-2022 рр.

Джерело: [319, с. 7]

Цей факт підтверджується наступною тенденцією, що по мірі збільшення фінансових ресурсів, що направляються на охорону здоров'я в світі, її ефективність (тобто співвідношення «результати – витрати») має негативну динаміку. Так, на початку ХХ ст. збільшення витрат на 10% призвело до поліпшення показників громадського здоров'я на 12%, а вже починаючи з 80-х рр. ХХ ст. збільшення на 10% витрат на охорону здоров'я призвело в розвинених країнах к покращенню цих самих показників лише на 1,8% [25], с. 56].

Іншою тенденцією на світовому ринку охорони здоров'я є те, що тривалість життя продовжує зростати. За прогнозами, цей показник збільшиться з 73,5 років у 2018 р. до 74,4 у 2022 р., що призведе до старіння населення (кількість людей віком старше 65 років у 2022 р. складатиме понад 668 мільйонів, або 11,6% від загальної кількості населення світу). Збільшення тривалості виробничого життя є головним досягненням охорони здоров'я, оскільки збільшення виробництва на одного працівника пов'язане зі збільшенням реального ВВП на душу населення. Очікується, що цей ефект буде найбільш помітним у Японії, де ця частка, ймовірно, сягне майже 29%; у Західній Європі цей показник оцінюється близько 22%. У країнах, що розвиваються, наприклад, Аргентина, Таїланд та Китай, також спостерігаються ці тенденції.

Проте негативною є тренди в показниках смертності. Показники смертності різняться в країнах з розвинутою, трансформаційною та мало розвинутою економікою. Так, високий показник інфекційних хвороб більш притаманний для країн з мало розвинутою економікою. Проте, у цілому у світі кількість смертей від інфекційних захворювань значно знизилась

(наприклад, кількість смертей, спричинених СНІДом, зменшилася з 2,3 мільйона у 2005 р. до приблизно 940 000 у 2017 р.; смертність від туберкульозу кожного року знижується на 2%). Це пов'язано із забезпеченням більш високого рівня санітарно-епідеміологічного стану, покращенням умов життя та більш широкому доступу до медичної допомоги.

А рівень смертності від неінфекційних захворювань (найбільшу частку займають онкологічні захворювання, захворювання серцево-судинної системи, цукрового діабету), навпаки, збільшився до 80% в найбільш розвинених країнах (у 2016 р. цей показник становив 71%).

Проблема ускладнюється несприятливою екологічною ситуацією: забруднення навколишнього середовища сприяло 4,2 мільйонам смертей у всьому світі у 2016 р.

Отже, старіння й зростання численності населення, поширення хронічних захворювань, експоненціальний розвиток інноваційних цифрових технологій (зауважимо, витрати США на інноваційні технології у сфері охорони здоров'я у 1,5-2 рази вищі, ніж витрати на озброєння) – всі ці та інші події призводять до підвищення попиту на послуги у світовій сфері охорони здоров'я та збільшення витрат на медичне обслуговування [288].

Тривалий час вважалося, що рівень медичної допомоги в країні тим вищий, чим вищий рівень витрат на охорону здоров'я. З початку 1960-х рр. це положення, значною мірою, втратило своє значення, коли визначились негативні тенденції динаміки показників охорони здоров'я майже у всіх країнах світу. Стало зрозуміло, що екстенсивний спосіб розвитку сфери охорони здоров'я вичерпав себе, що необхідні новітні підходи та концепції розвитку цієї сфери діяльності. Це формує наступні напрями модернізації світової охорони здоров'я, зокрема:

- 1) активізація профілактичної діяльності первинної допомоги;
- 2) підвищення доступності та якості медичних послуг;
- 3) формування нормативно-правових документів, які регулюють діяльність в сфері охорони здоров'я;
- 4) збільшення ролі страхової медицини;
- 5) орієнтація на підвищення ефективності використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів охорони здоров'я;
- 6) зміна «культурного коду» в напрямку орієнтації на пацієнтцентричну модель та здоровий спосіб життя як соціальну та суспільну цінність [60, с. 29; 140, с. 54].

Зацікавлені сторони у сфері охорони здоров'я (зокрема, постачальники медичних послуг, уряди країн, платники, споживачі та інші компанії й організації, які намагаються поратися зі складними питаннями лікування, провадження діяльності та фінансування) уявляють майбутнє, в якому новітні концепції розвитку та нові моделі бізнесу і медичного обслуговування, що посилені процесами інтелектуалізації, інформатизації та діджиталізації, допоможуть вирішити сучасні проблеми та побудувати сталий фундамент для доступної, прийнятної за ціною, високоякісної медичної допомоги.

Така позиція призводить до формування сучасної парадигми управління сферою охорони здоров'я, під якою ми розуміємо сукупність прийнятих суспільством знань та методологічних підходів до вирішення проблем управління сферою охорони здоров'я, які адекватно відображають сучасний стан системи охорони здоров'я, шляхи її розвитку в умовах

ринкової економіки, за допомогою організації медичної допомоги населенню, державного регулювання ринку медичних послуг та раціонального використання ресурсів.

Серед новітніх концепцій парадигми управління сферою охорони здоров'я можна виділити дві найпопулярніші, на основі яких будується сучасна система охорони здоров'я в більшості розвинених країн світу.

Перша концепція – концепція факторів ризику – передбачає, що здоров'я населення залежить не тільки від сфери охорони здоров'я, а й від способу та умов життя, суспільних та індивідуальних поведінкових особливостей, стану навколишнього середовища. Цей напрямок трансформувався в стратегію здоров'язбереження та профілактики хвороб, яка в багатьох країнах світу реалізується як рекомендована програма ВООЗ «Здоров'я для всіх» (*Health for all*). Ця концепція набула розвитку в межах державної моделі організації охорони здоров'я, яка передбачає здійснення превентивної медицини, оскільки в межах цієї моделі існує дефіцит фінансових коштів, що й призводить до економії за рахунок запобігання.

Друга концепція – концепція необхідності підвищення ефективності в сфері охорони здоров'я – пов'язана з переходом від екстенсивного розвитку охорони здоров'я до інтенсивного. Це означає, що в багатьох країнах світу порівнюють показники результативності та витрат, намагаючись знайти таку оптимальну модель розвитку охорони здоров'я, згідно з якою при відносно незначних витратах ресурсів можна було б отримувати найкращі результати у вигляді покращення показників здоров'я населення. Така трансформація призводить до впровадження принципів, методів та технологій сучасного менеджменту в сферу управління охороною здоров'я, основним елементом якого є створення адекватної системи контролю якості медичної допомоги та досягнення ефективності використання всіх ресурсів галузі.

Отже, особливістю сучасного інтенсивного етапу розвитку охорони здоров'я є формування засад медичного менеджменту.

Медичний менеджмент – це комплекс принципів, підходів, методів, технологій та інструментів управління закладами охорони здоров'я різних форм власності, що направлений на реалізацію наступних завдань:

- 1) максимізацію прибутку від комерційної діяльності медичної діяльності;
- 2) підвищення якості життя населення;
- 3) досягнення соціальної гармонії, що пов'язана з реалізацією прав громадян на якісну медичну допомогу;
- 4) підвищення доступності медичної допомоги [91].

Отже, є всі підстави зробити такий висновок, що медичний менеджмент – це особливий, специфічний вид управління, який направлений не тільки на реалізацію фінансово-господарської та економічної, а й соціальної та медичної мети діяльності закладів охорони здоров'я.

На нашу думку, медичний менеджмент – це сукупність організаційно-правових, економічних, психологічних та інших механізмів досягнення основної мети закладів охорони здоров'я в межах національної стратегії розвитку галузі. Важливим в цьому понятті є те, що заклади охорони здоров'я мають керуватися загальною національною стратегією розвитку сфери охорони здоров'я в країні, оскільки мета та завдання перетинаються із метою та завданням загальної системи охорони здоров'я.

Проте важливо зауважити, що поняття менеджмент та управління в сфері охорони здоров'я не є рівнозначними. Так, виходячи з загальноприйнятих основ управління, управління є більш широкою категорією, яка засновується на теорії та методології вирішення проблем. Менеджмент – це більш вузьке поняття, яке направлено на підприємство, заклад або організацію. Отже, у межах охорони здоров'я, управління – це поняття, більш притаманне державному регулюванню та управлінню галуззю на державному, регіональному та локальному рівнях; а менеджмент – це поняття, що доцільно використовувати стосовно до конкретних закладів охорони здоров'я (не залежно від форм власності) та персоналу цих закладів.

Управління закладами охорони здоров'я – це цілеспрямований вплив на персонал закладу з метою досягнення основної мети.

Як відомо з загальної теорії управління, в системі управління присутні дві основні ланки: об'єкт та суб'єкт управління. Так, суб'єкт управління – це керуюча ланка системи, яка здійснює цілеспрямований вплив на об'єкт управління, що представляє собою керовану ланку. Суб'єктом управління в сфері охорони здоров'я одночасно може виступати як керуюча, так і керована ланка, наприклад: органи виконавчої влади державного управління виступають суб'єктами управління для закладів охорони здоров'я, різних форм власності, в той же час – по відношенню до Міністерства охорони здоров'я – вони є об'єктом управління.

Об'єкт управління – це ланка системи управління, на яку здійснюється вплив у сфері охорони здоров'я це можуть бути національна система охорони здоров'я, системи суб'єктів діяльності, заклади охорони здоров'я та їхні структурні підрозділи, персонал закладів охорони здоров'я, бізнес-процеси тощо.

Отже, однією з основних характеристик медичного менеджменту є його складність та особливість, що зумовлена, перш за все, спрямованістю на досягнення соціального та медичного результату, та значним рівнем державного регулювання медичного ринку, незважаючи на тип моделі, який характерний для національної системи охорони здоров'я.

Медичний менеджмент та управління закладами охорони здоров'я – це складний процес, заснований на виборі оптимального рішення з урахуванням як внутрішніх потреб і проблем організації, так й умов зовнішнього середовища (політичного, економічного, соціального, медичного тощо), які знаходяться в постійній трансформації.

На нашу думку, ще однією передумовою складності та специфічності управління в сфері охорони здоров'я є вплив різноманітних чинників на цю сферу: від політичних до екологічних (рис. 1.30).

Таким чином, сучасна парадигма управління в сфері охорони здоров'я має спиратися на реалізацію наступних принципів:

1. Принцип цілеспрямованості, що є основним, оскільки акумулює в собі усі складові процеси управління. Він направлений на формування та визначення пріоритетних цілей діяльності галузі та закладів.

2. Принцип правового забезпечення управлінського рішення передбачає від керівного органу та керівників в сфері охорони здоров'я знання, розуміння та дотримання нормативно-законодавчої бази в технології розробки та реалізації управлінського рішень. Цей принцип пов'язаний із високим рівнем ризику, особливо в ринкових умовах діяльності.

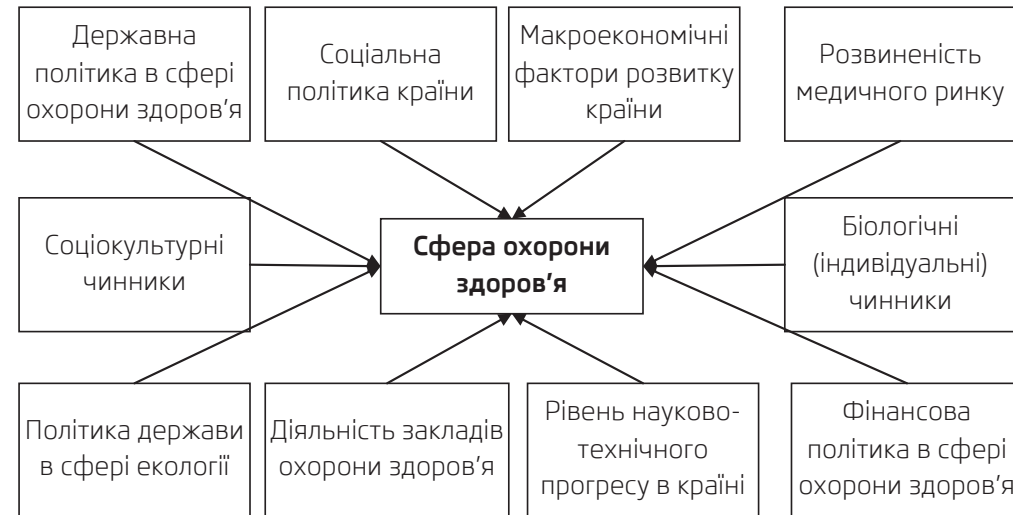


Рис. 1.30. Фактори впливу на сферу охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

3. Принцип оптимізації діяльності, який направлений на забезпечення оптимізації системи управління галуззю та організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я в умовах постійних трансформаційних процесів, що забезпечується принципом гнучкості та адаптивності систем (тобто швидкою реакцією на зміни у навколишньому середовищі).

4. Принцип централізації/децентралізації, пошук балансу між якими є однією з найскладніших проблем в сфері охорони здоров'я. Як приклад, національній моделі охорони здоров'я Великобританії (державна модель) притаманна концентрація влади на вищих ланках державного управління, а приватна модель охорони здоров'я США прагне до повного самокерування з використанням ринкових механізмів.

Є очевидним, що для ефективною та результативною діяльності в будь-якій галузі необхідною передумовою є пошук балансу між централізацією функції управління з децентралізацією влади. Централізація управління має переваги при вирішенні глобальних, стратегічних та надзвичайних завдань (яскравим прикладом необхідності централізації управління є епідемія коронавірусу COVID-19 в Китаї наприкінці 2019 – початку 2020 рр., коли виникла санітарно-епідеміологічна катастрофа, що призводить до значних санітарних втрат). Децентралізації управління характерна передача владних повноважень на нижчі ієрархічні рівні, що створює умови для зменшення бюрократизації управлінського процесу, швидкості прийняття рішень, інноваційного розвитку, стимулювання ініціатив та розкриття потенціалу на локальному рівні.

Проте децентралізація виправдана лише, коли на нижчих ієрархічних рівнях управління приймаються обґрунтовані, оптимальні та результативні тактичні рішення, які не суперечать стратегічним рішенням. Іншими словами, при наявності обґрунтованої, спланованої стратегії розвитку та ефективною політики охорони здоров'я на державному рівні, більше прав, обов'язків та повноважень має бути делеговано органам управління на регі-

ональному та локальному рівнях. Аналогічно, розробка ефективною стратегії та політики на регіональному та локальному рівнях дозволить делегувати більшу частку повноважень щодо їх реалізації керівним органам закладів охорони здоров'я.

Це дозволяє більш ефективно та результативно використовувати інтелектуальний та людський капітал галузі, інтенсифікувати інноваційні процеси в сфері охорони здоров'я.

5. Принцип інтелектуалізації та інформатизації діяльності. Тенденції переходу економіки до економіки знань та інновацій диктують нові вимоги до сфери охорони здоров'я. Так, орієнтація світового співтовариства на інноваційний шлях розвитку економіки априорі передбачає домінування в структурі формуючих її чинників інтелектуальної складової. Економічні трансформації, процеси інформатизації та інтелектуалізації суспільства й економіки, пошук нових шляхів підвищення конкурентоздатності і технологічної незалежності організацій підвищують інтерес до розробки ефективних засобів їхнього інноваційного розвитку. Не минули такі тенденції й сучасну сферу охорони здоров'я. Світові тренди в управлінні охороною здоров'я свідчать про зростаючу роль використання високотехнологічних розробок не тільки безпосередньо у процесі надання медичної допомоги, а й у процесі організації, контролю та управління цією сферою, що направлено на підвищення якості надання медичної допомоги, результативності управління бізнес-процесами медичної установи та ефективності її діяльності, загалом.

Сучасні інтелектуальні технології знаходяться у постійному розвитку: вони вдосконалюються завдяки урахуванню нових галузевих стандартів та програмних пакетів, використанню «хмарних» технологій (*cloud technologies*) тощо. Вони забезпечують виконання наступних функцій управління: планування, облік, контроль, аналіз.

Отже, інтелектуальні технології є частиною аналітичного, операційного та стратегічного менеджменту закладів охорони здоров'я. Якщо їх розглядати як складову аналітичного менеджменту, то ми можемо стверджувати, що вони є «електронним інтерфейсом», тобто програмою, у якій відбувається контроль й аналіз за основними показниками закладу та різноманітними його структурними підрозділами.

Якщо розглядати інтелектуальні технології як складову операційного менеджменту, то завдяки ним може бути забезпечений процес надання медичної допомоги, контроль над його здійсненням тощо.

Якщо ми розглядаємо інтелектуальні технології як складову стратегічного менеджменту, то результати проведеного аналізу є основою для прийняття стратегічних рішень в цілому у закладі та його структурним підрозділам.

Впровадження інформаційних та інтелектуальних технологій є викликом для більшості керівних органів в сфері охорони здоров'я, проте їхнє запровадження формує значні перспективи розвитку цієї галузі, що дозволяє значно підвищити якість надання медичної допомоги, ефективність та результативність діяльності галузі, а в перспективі – й соціальний добробут населення країни [66].

6. Основним чинником ефективного розвитку та функціонування системи охорони здоров'я має стати перехід від управління видатками (бюджетними коштами і коштами обов'язкового медичного страхування) до управління за результатами (*performance management*).

7. Одним з пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я в світі є стратегія соціально-етичного маркетингу, яка передбачає ведення лікувально-профілактичної діяльності, продажу товарів і послуг для окремих спеціальних груп населення (пенсіонерів, ветеранів війни та праці, одиноких, малозабезпечених, багатодітних, осіб з соціально значимими захворюваннями тощо). Таким чином формується сприятливий імідж закладу охорони здоров'я, що створює психологічну довіру і, в кінцевому рахунку, медичний і економічний ефект [151].

Проте незважаючи на підвищення ролі медичного менеджменту в галузі, досі існує проблема низьких темпів його розвитку у порівнянні із системами управління в виробничих сферах економіки.

Далі з'ясуємо, які фактори спричиняють проблеми з інтенсифікацією ролі управління в сфері охорони здоров'я. Згідно з думкою [91], чинники слід класифікувати за способом виникнення, отже Голубєва Л. М. умовно виділяє дві основні групи: фактори зовнішнього та внутрішнього середовища.

Фактори зовнішнього середовища – фактори, на які закладам охорони здоров'я важко впливати. Вони можуть бути класифіковані за суб'єктом впливу:

- а) зі сторони держави та владних органів: неефективна політика та стратегія у сфері охорони здоров'я, умови ліцензування, завищені вимоги до стандартів діяльності, встановлення демпінгових цін на платні послуги державних амбулаторних закладів тощо;
- б) зі сторони фінансово-кредитних організацій – неготовність кредитувати малий медичний бізнес (це більше стосується країн з трансформаційною та не розвинутою економікою);
- в) зі сторони споживачів медичних послуг – недовіра до комерційної медицини (це характерно для країн пострадянського простору), неготовність до платності медичної допомоги (цей фактор притаманний державній моделі охорони здоров'я) тощо.

Фактори внутрішнього середовища – це фактори, на які заклади охорони здоров'я можуть безпосередньо впливати: низький рівень кваліфікації управлінського персоналу, дефіцит кваліфікованих кадрів, неефективна система мотивації та стимулювання персоналу, обмеженість фінансових ресурсів тощо. Проте зважаючи на можливість безпосереднього впливу на цю групу факторів, можливе їхнє найскоріше усунення за рахунок впровадження адекватних технологій та методів управління.

Взаємодія у сукупності факторів зовнішнього та внутрішнього середовища призводить до гальмування розвитку медичного ринку, а отже і до низьких темпів розвитку системи управління закладами охорони здоров'я.

Отже, проблема розвитку управління в сфері охорони здоров'я посідає важливе місце в будь-якій моделі організації національних систем охорони здоров'я, незважаючи на рівень розвиненості країни.

Еволюція систем охорони здоров'я має далекосяжний вплив, оскільки з'являються нові бізнес-моделі, які розвивають межі та призводять до міжсекторальної та міжгалузєвої конвергенції (зближення) за рахунок державно-приватного партнерства. Внаслідок цього «суперкластери» державно-приватних постачальників та споживачів медичних послуг мають дотримуватися концепції «розумного медичного товариства» (*smart health*

*community approach*) з метою стимулювання інноваційної діяльності на ринку охорони здоров'я, підвищення доступу населення до медичної допомоги, а також доступності та якості медичних послуг, зниження витрат за рахунок більш ефективних моделей надання медичних послуг.

Основними характеристиками концепції «розумного медичного товариства», як концептуальної основи сучасного медичного менеджменту, є наступні постулати:

1. Медичні послуги певного рівня якості та в певних обсягах надаються в потрібний час, у певному місці та певному пацієнтові.
2. Заклади охорони здоров'я використовують технологію для більш точного діагностування та лікування хвороб та надання медичної допомоги.
3. Усі стейкхолдери в сфері охорони здоров'я ефективно та якісно передають та використовують інформацію в межах екосистеми.
4. «Правильний» персонал виконує «правильну» роботу (наприклад, медичні сестри здійснюють догляд за пацієнтами, а не є відповідальними за адміністративну функцію).
5. Пацієнти беруть активну участь у своєму плані лікування.
6. Нові економічно ефективні моделі надання медичної допомоги створюють умови для покриття все більшої групи населення.
7. Ефективність збільшується; витрати знижуються.

Ця концепція формує необхідність переходу від моделі надання медичної допомоги «бізнес до споживача» (*B2C*) до «споживач до бізнесу» (*C2B*), де відбуваються процеси залучення споживачів медичних послуг до прийняття рішень. Отже, споживачі мають стимулювати ідеї та рішення на ринку охорони здоров'я, а не йти за існуючими процесами.

У результаті, мають бути створені новітні інноваційні технології та персоналізовані програми щодо взаємозв'язку медичної сфери зі споживачами з метою поліпшення якості надання медичної допомоги. Отже, відбувається зміна та ускладнення процесів у межах інтелектуальної власності та безпеки.

Здійснений аналіз дозволив автору визначити сутність парадигми управління у сфері охорони здоров'я, що представляє собою сукупність отриманих та вироблених знань, управлінських рішень та підходів до вирішення проблем функціонування та модернізації сфери охорони здоров'я, що адекватно відображають реальний стан системи охорони здоров'я в межах визначення шляхів її розвитку в умовах трансформації ринкового механізму господарювання, за допомогою державного регулювання ринку охорони здоров'я, організації процесу надання медичної допомоги населенню та раціонального й ефективного використання наявних ресурсів галузі. Таким чином, сучасна парадигма управління в сфері охорони здоров'я направлена на модифікацію галузі під впливом розвитку ринкових відносин та об'єктивної необхідності раціонального використання обмежених ресурсів.

Формування нової парадигми пов'язане із закономірностями і тенденціями розвитку охорони здоров'я, потребою вирішення протиріч, необхідністю зміни застарілих правил у системі соціально-економічних відносин сфери охорони здоров'я в світі. Її формування стикається з наступними викликами:

- 1) формування та забезпечення фінансової стійкості в умовах невизначеної економіки охорони здоров'я;

- 2) адаптація до постійно змінюючихся потреб, вимог та очікувань споживачів;
- 3) інвестування в інноваційні цифрові, інформаційні та інтелектуальні технології;
- 4) забезпечення нормативно-правової бази та вимог кібербезпеки;
- 5) використання нових форм бізнес-моделей здійснення діяльності в сфері охорони здоров'я;
- 6) набір, формування, професійний розвиток та збереження найталановитіших кадрів в сфері охорони здоров'я.

Отже, сучасна парадигма управління охороною здоров'я має відповідати національній економічній парадигмі, що склалася в країні.

Здійснене дослідження підтверджує, що, основною метою розвитку сучасної парадигми управління у сфері охорони здоров'я є впровадження управлінських технологій в галузі, що засновані на міжгалузевому підході та передбачають створення сприятливих умов для розвитку закладів охорони здоров'я. Перехід до нової парадигми зумовлений, перш за все, становленням нових соціально-економічних відносин між постачальниками і споживачами медичної послуги. Це обумовлює необхідність подальшого, більш поглибленого аналізу парадигми управління, а саме – засад фінансового та стратегічного менеджменту, а також управління персоналом цієї галузі.

Використання парадигми управління в сфері охорони здоров'я як концептуальної моделі, що відображає сучасний стан системи охорони здоров'я та шляхи її розвитку в умовах ринкової економіки, сприяє науково обґрунтованому стратегічному управлінню організацією надання медичної допомоги населенню, державному регулюванню ринку охорони здоров'я та раціонального використання ресурсів галузі.



## РОЗДІЛ 2

### Національна система охорони здоров'я в Україні

#### 2.1. Державне регулювання охорони здоров'я

Відповідно до Конституції України людина має право на життя та здоров'я, право на недоторканність приватного життя, право на безпеку, як одну з найвищих цінностей національної правової системи [2]. Серед інших прав, передбачених Конституцією, окремо зазначаємо право на медичну допомогу, яка гарантує фізичне існування людини, і яке має важливе значення для підтримки та покращення здоров'я української нації.

Державне регулювання охорони здоров'я в Україні є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я, але до сьогодні законодавча база у галузі як ключовий інструмент державного управління не відокремлена у правовий інститут. Системний аналіз ряду наукових праць щодо формування та розвитку права людини на охорону здоров'я, підтверджує наявність ефективних спроб формування засад відповідальності за здоров'я населення країни.

Формування державної політики в галузі охорони здоров'я України характеризується загальними закономірностями, які є універсальними для більшості країн світу. За даними З. С. Гладуна, до складу нормативно-правової бази, що регулює діяльність сфери охорони здоров'я, яка була створена в період незалежності України, входить понад 5,5 тисячі законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, що мають комплексний характер [84, с. 106].

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. (№ 2801-XII, редакція від 16.01.2020 р.) [10] визначається, що держава та громада гарантують пріоритет охорони здоров'я в діяльності країни. При формуванні державної політики держава дотримується принципів міжнародних договорів, які були ратифіковані Україною.

Європейський кодекс соціального захисту (*European Code of Social Security*; Страсбург, 1962 р.) [310] та Хартія соціальних прав (*Charter on Social Rights*; Гавана, 1982 р.) [287] – це політичні документи, які є основними для більшості країн у розробці державної політики в галузі охорони здоров'я. Основи формування державної політики та стратегії охорони здоров'я були задекларовані на першій Міжнародній конференції з питань зміцнення здоров'я (*I International Conference on Health Promotion*; Канада, 1986 р.), це Оттавська хартія сприяння зміцненню здоров'я (*Ottawa Charter for Health Promotion*) [288]. Відповідно до

прийнятих рішень зазначається впровадження принципово нової управлінської технології в галузі охорони здоров'я, заснованої на міжгалузевому підході.

На конференції було встановлено, що детермінантами здоров'я є біологічно та соціально обумовленими та запрограмованими, а державна політика щодо збереження та зміцнення здоров'я повинна поєднувати різноманітні, але взаємодоповнюючі підходи, включаючи законодавство, фінансові заходи, оподаткування та організаційні зміни, вимагати визначення перешкод для прийняття здорової державної політики в галузі охорони здоров'я та шляхи їх усунення [288].

Відповідно до Оттавської хартії, у процесі сприяння збереженню та зміцненню здоров'я повинні бути реалізовані такі напрями:

- 1) формування політики охорони здоров'я на основі міжгалузевого підходу;
- 2) створення сприятливого середовища, яке засноване на соціально-екологічному підході до здоров'я;
- 3) посилення ролі громад щодо визначення пріоритетів, прийняття рішень, стратегій планування та їх реалізації з метою збереження та зміцнення здоров'я;
- 4) розвиток особистісних та соціальних навичок шляхом надання інформації, освіти для здоров'я та вдосконалення життєвих навичок;
- 5) переорієнтація системи охорони здоров'я на профілактику захворювань – превентивну медицину – та первинну медичну допомогу [288].

Таким чином, основними стратегічними завданнями які направлені на реалізацію принципів Оттавської хартії, на світовому рівні є:

- 1) рух до «здорової» державної політики та формування чіткої політичної орієнтації збереження та зміцнення здоров'я та справедливості доступу до медичної допомоги;
- 2) протидія несприятливим умовам навколишнього середовища: шкідливі умови життя та довкілля, неправильне харчування, виснаження ресурсів, забруднення навколишнього середовища, небезпека на виробництві, житлові умови населення тощо;
- 3) реагування на розрив у наданні медичної допомоги всередині суспільства та між різними верствами населення, з метою зменшення цієї нерівності;
- 4) визнання населення країни основним капіталом; а отже й забезпечення підтримки за допомогою фінансових та інших механізмів впливу;
- 5) переорієнтація медичної галузі країни на превентивну медицину та політику здоров'язбереження;
- 6) визнання здоров'я як основного соціального капіталу та політично значущою проблемою [288].

Надання переваги праву на здоров'я було визначено у статті 12 Загальних коментарів Комітету з економічних, соціальних та культурних прав [316].

Міжнародні хартії та декларації є основою формування національної політики охорони здоров'я у переважній більшості країн світу. Вони передбачають:

- прогресивну реалізацію державної політики та стратегій охорони здоров'я з використанням максимально доступних ресурсів;
- недопустимість регресії права, тобто державний уряд не має дозволяти існуючому стану охорони здоров'я погіршуватися.

Основними ознаками права на здоров'я є його доступність, прийнятність та якість.

Таким чином, у всьому світі право людини на здоров'я має забезпечуватися національними державними програмами, стратегією розвитку та політикою в галузі охорони здоров'я на національному, регіональному та локальному рівнях, впроваджуючи основні детермінанти здоров'я як частину комплексного підходу до охорони здоров'я та прав людини [337].

### **Концептуальні засади державного регулювання сфери охорони здоров'я**

Аналізуючи систему державної політики та державного регулювання сфери охорони здоров'я України, необхідно найперше визначитися з основними поняттями проблематики: «державне управління в сфері охорони здоров'я», «державне регулювання охорони здоров'я», «державна політика та державна стратегія розвитку сфери охорони здоров'я».

Державне управління передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління за допомогою адміністративних повноважень та методів, що характеризуються директивними вказівками та інструкціями щодо їх виконання [85, с. 73].

Економічна наука визначає державне управління як організуючий і регулюючий процес впливу держави на діяльність суб'єктів певної сфери з метою її впорядкування та підвищення результативності господарювання [252, с. 35].

Правова наука визначає поняття «державного регулювання» як систему державних заходів (організаційно-правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, культурних та інших суспільних процесів з метою їх узгодження, упорядкування, формування загальних правил та норм соціальної поведінки та запобігання будь-яким несприятливим наслідкам у суспільстві [269, с. 118].

З позиції економічної науки, державне регулювання розглядається як «система заходів задля здійснення підтримуючої, компенсаційної та регулюючої діяльності держави, спрямованої на створення відповідних умов ефективного функціонування ринку та вирішення складних соціально-економічних проблем розвитку національної економіки та всього суспільства» [98].

Швайка Л. А. розглядає державне регулювання економіки як «сферу діяльності органів державної влади щодо цілеспрямованого впливу на поведінку суб'єктів господарювання шляхом застосування різноманітних методів і засобів» [252, с. 35].

Державне регулювання передбачає лише встановлення обмежень та меж для закладів та установ, за якими вони могли б вільно працювати.

Отже, державне управління та державне регулювання – це два різних види державної діяльності. Державне регулювання, на відміну від державного управління, спрямоване не лише на об'єкт управління, а й на середовище, в якому цей суб'єкт здійснює свою діяльність. Тому вони між собою відрізняються широтою владного впливу [86, с. 73].

У сфері охорони здоров'я державне управління представляє собою комплексну ієрархічну управлінську систему в сфері охорони здоров'я, що має національний, регіональний та локальний рівні: держава, області, райони та окремі населені пункти (зокрема міста, селища, села, тобто адміністративні території та громади), а також заклади охорони здоров'я різних форм власності.



Здійснення медичної діяльності в національній системі охорони здоров'я забезпечується за рахунок механізмів державного регулювання в межах державної політики. Отже, державне регулювання в сфері охорони здоров'я передбачає формування загальних норм та правил здійснення медичної діяльності, тобто медичної допомоги, визначення відповідальності за дотримання цих правил, впливу уряду та його органів на діяльність закладів охорони здоров'я [86, с. 73].

За думкою В. В. Шевчук, «у напрямках державного регулювання охорони здоров'я знаходять відображення способи і форми реалізації соціальних обов'язків у сфері охорони здоров'я населення, стратегія та пріоритети зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [255, с. 97].

Отже, державне регулювання має ґрунтуватися на адекватно сформованій державній політиці та стратегії розвитку галузі, державних медичних програмах та стандартах, а також механізмах їх обов'язкового виконання, державному контролю та примусі з боку владних органів. Уряд має використовувати не лише юридичні, але й організаційні, фінансові, кадрові та інші інструменти впливу [97; 99]. Таким чином, державне регулювання у сфері охорони здоров'я повинно ґрунтуватися на державному бюджеті, податковій, кредитній, фінансово-інвестиційній системах, науковій та технічній політиці країни, тобто регулювання сферою має забезпечуватися через різні регламенти та інструменти: державний бюджет, державний контроль, податкову систему, стандарти, митні тарифи тощо.

У межах державного управління є важливим розуміння поняття «державної політики». Петрова С. В. розглядає державну політику у сфері охорони здоров'я як «комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства, шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження громадського здоров'я» [180].

Державна стратегія розвитку сфери охорони здоров'я – це документ, який визначає мету, завдання та процедури для центральних, місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування для досягнення стратегічних цілей з метою розвитку сфери охорони здоров'я у довгостроковому періоді з урахуванням державної політики, національної нормативно-правової бази та міжнародних стандартів та норм [111].

В. В. Шевчук у [255] зазначає, що «механізм реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я ... [представляє собою] ... комплекс стратегічних цілей і пріоритетів, сформованих на основі розподілу на підпункти цілей державної соціально-економічної політики, методів корпоративного та публічного менеджменту, інструментів, важелів, стимулів, що підтримують підсистеми, за допомогою яких управлінська система створює необхідні умови для ефективного функціонування взаємопов'язаних суб'єктів інституційної структури сфери охорони здоров'я та досягнення соціально важливих результатів на основі зворотних зв'язків» [255, с. 88].

Одним із головних завдань соціально орієнтованої країни є пошук балансу між інтересами громадян країни, що потребують якісної та висококваліфікованої медичної допо-

моги, та постачальниками медичних послуг. Так, з одного боку, уряд має задовольнити очікування та інтереси своїх громадян у наданні медичної допомоги, а з іншого – задовольнити інтереси працівників галузі.

На нашу думку, державне регулювання системи управління в сфері охорони здоров'я – це системний, цілеспрямований вплив державних інституцій на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища сфери охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму. Основна мета державного регулювання – це дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища сфери охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни. Відповідно дослідження Шевчука В. В. «в принципово нових умовах розвитку суспільства державне регулювання системою охорони здоров'я має відповідати не лише новій парадигмі інноваційного розвитку охорони здоров'я в рамках застосування сучасних управлінських технологій, а й новим принципам організації охорони здоров'я населення: міжсекторального підходу до охорони здоров'я, відповідальності держави за демографічну безпеку нації, відповідальності і зацікавленості громадян у зміцненні власного здоров'я, пріоритетам профілактичних заходів та первинної медико-санітарної допомоги. Державне регулювання інноваційним розвитком охорони здоров'я має включати моніторинг ресурсів охорони здоров'я та результатів діяльності системи охорони здоров'я, регулювання в рамках систем «централізація – децентралізація», «державне регулювання та самоврядування», «державні та ринкові механізми, методи та інструменти регулювання», «відомча, державна та приватна системи охорони здоров'я», «міжсекторальна взаємодія системи охорони здоров'я громадян» [254, с. 129].

Наголошуємо, що державне регулювання охорони здоров'я спрямоване на створення сприятливих організаційних та фінансових умов в сфері охорони здоров'я, з урахуванням ринкових механізмів господарювання. Таким чином, регулювання не передбачає втручання держави в організаційну та професійну діяльність, за винятком випадків, визначених законом.

### **Державне регулювання сфери охорони здоров'я в Україні**

Основною метою державного регулювання сфери охорони здоров'я України є зміцнення та збереження здоров'я населення, забезпечення висококваліфікованої медичної допомоги, поліпшення якості життя та збереження генофонду нації.

Для реалізації цієї мети державою було визначено наступні основні завданнями регулювання охорони здоров'я:

- 1) створення сприятливих організаційних і фінансових умов діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я всіх форм власності;
- 2) контроль якості медичних послуг та медичної допомоги;
- 3) формування нормативно-правової бази, що забезпечує рівні умови для постачальників медичних послуг;
- 4) реалізація соціально-демографічної політики, спрямованої на підвищення рівня народжуваності та зниження рівня смертності;

- 5) формування вільного доступу до медичної допомоги для всіх верств населення;
- 6) забезпечення санітарно-епідеміологічного добробуту населення;
- 7) забезпечення ефективної багатоканальної фінансової системи за рахунок збільшення державної фінансової підтримки в галузі охорони здоров'я та пошук альтернативних джерел фінансування галузі;
- 8) заохочення населення до здорового способу життя;
- 9) активізація розвитку медичної та фармацевтичної промисловості, включаючи виробництво медичних виробів та виробів медичного призначення, виробництво фармацевтичних препаратів тощо;
- 10) активізація науково-дослідної діяльності та ринку новацій у сфері охорони здоров'я: інноваційних медичних технологій, інноваційного обладнання та устаткування тощо;
- 11) створення сприятливих умов для професійного розвитку персоналу в сфері охорони здоров'я: сприяння процесам неперервної медичної освіти, управлінської освіти в сфері охорони здоров'я тощо.

Ю. М. Ридзель визначає наступні функції і задачі державного регулювання розвитку в сфері охорони здоров'я, зокрема:

- 1) інформаційна функція: виявлення та управління факторами, що впливають на появу кризових явищ у системі охорони здоров'я; забезпечення використання інформаційних технологій у галузі; інформаційна взаємодія між основними учасниками діяльності у сфері охорони здоров'я;
- 2) ресурсна: забезпечення кадровими ресурсами сферу охорони здоров'я, бюджетно-фінансова та грошова-кредитна політика держави, а також управління державними витратами, закупівлями та позиками;
- 3) інноваційна: забезпечення інституційних перетворень зовнішнього середовища, сприятливих для розвитку інновацій; формування пріоритетних напрямів розвитку галузі; стимулювання інноваційної діяльності та розвитку трансферу медичних технологій;
- 4) контрольна: організація постійного моніторингу за станом галузі; аналіз потенціальних наслідків розвитку галузі; оцінка ефективності заходів [196, с. 35].

Принциповою особливістю сучасної державно політики у сфері охорони здоров'я, за думкою В. В. Шевчук, є те, що «вона реалізується у контексті адміністративної та бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами» [255, с. 87].

Державне регулювання в сфері охорони здоров'я має дві основні підсистеми, які представлені на рис. 2.1.

Об'єктами державного регулювання охорони здоров'я є особливі взаємозв'язки та явища, медичний ринок та його структурні елементи, система, територіальна, галузева та функціональна підсистеми охорони здоров'я України, а також принципи її організації та функціонування.

Виділяють два типи об'єктів державного регулювання охорони здоров'я:

- матеріальні;
- нематеріальні.

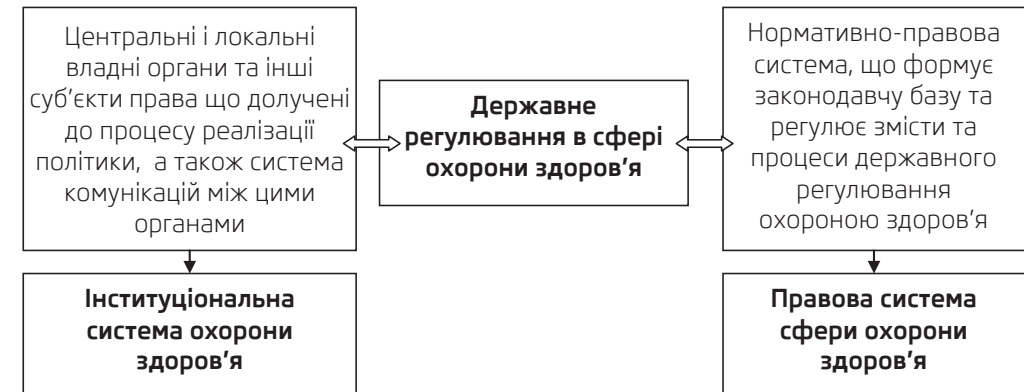


Рис. 2.1. Підсистеми державного регулювання сферою охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

До першої групи належать заклади охорони здоров'я різних форм власності, лікарські засоби, персонал, основний капітал та фінансові ресурси цих закладів. До другої належать службові відносини в закладах охорони здоров'я, відносини між покупцями та постачальниками медичних послуг тощо.

Але головним об'єктом такого регулювання є здоров'я людини та його стан, на який можна впливати, поліпшуючи його.

Основними суб'єктами державного регулювання охорони здоров'я в Україні є Верховна Рада України та Уряд, центральні органи виконавчої влади, серед яких Міністерство охорони здоров'я України, а також місцеві органи виконавчої влади, до яких належать департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, департаменти охорони здоров'я міських рад [86, с. 76], які здійснюють функції управління охороною здоров'я в країні.

Діяльність цих органів регламентуються ст. 13 та ст. 14 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [10].

Функціональне навантаження суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я в Україні представлено у табл. 2.1.

Таблиця 2.1 - Характеристика основних функцій суб'єктів державного регулювання охорони здоров'я України

№	Суб'єкт державного регулювання охорони здоров'я України	Характеристика функціональних обов'язків у сфері охорони здоров'я
1	2	3
1.	Верховна Рада України	формує державну політику про охорони здоров'я через закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Продовження таблиці 2.1

1	2	3
2.	Президент України	несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики охорони здоров'я, виступає гарантом влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.
3.	Кабінет міністрів України	організує 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 і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.
4.	Міністерство охорони здоров'я України	в межах своєї компетенції планує і здійснює заходи щодо реалізації державної політики України, виконання програм у галузі охорони здоров'я та у сфері розвитку медичної науки.
5.	Інші міністерства та відомства України	Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство інфраструктури України, Міністерство оборони України, Служба безпеки України, які мають свої власні медичні служби, що забезпечують медичними і профілактичними послугами відповідні категорії службовців та членів їх сімей. Державна кримінально-виконавча служба України є відповідальною за організацію медичних та профілактичних заходів усередині пенітенціарної системи.
6.	Національна служба здоров'я України	реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій; внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.
7.	Верховна Рада АР Крим, Рада Міністрів АР Крим, обласні ради, обласні державні адміністрації (ОДА), управління охорони здоров'я ОДА, Київська та Севастопольська міські ради, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, управління охорони здоров'я Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій	забезпечення реалізації державної політики охорони здоров'я на відповідних територіях, і передані їм в управління рішеннями вищих органів державної влади та районними чи обласними радами заклади охорони здоров'я державної власності та заклади охорони здоров'я, що перебувають у спільній власності територіальних громад (республіканські Автономної Республіки Крим та обласні лікарні, діагностичні центри тощо)
8.	Районні ради, районні державні адміністрації, центральні районні лікарні, сільські, селищні ради	реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я в межах своїх повноважень, передбачених законодавством
9.	Міські ради, виконавчі комітети міських рад, управління (відділи) охорони здоров'я міських рад	здійснюють управління закладами охорони здоров'я, організацію медичного обслуговування населення, забезпечують доступність медичного обслуговування, розвиток лікувальних закладів усіх форм власності.

Джерело: сформовано автором на основі [203]

У межах державного регулювання у галузі охорони здоров'я можна виділити два напрямки:

- направлені на вирішення політичних завдань;
- направлені на вдосконалення механізмів управління.

Перший – політичний – аспект полягає в досягненні соціальних та економічних цілей. Другий – управлінський – аспект стосується механізмів управління охороною здоров'я, які мають змішану природу, відображаючи складність взаємовідносин між постачальниками послуг.

Ці заходи, спрямовані на більш ефективне й раціональне використання людських та матеріальних ресурсів, передбачають регулювання: якості надання медичної допомоги та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я; доступності до медичної допомоги (у т. ч. шляхом запровадження відповідної податкової політики); поведінки постачальників; поведінки платників; ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку; діяльності керівників закладів охорони здоров'я, лікарів та інших медичних працівників. А також сприяння державно-приватному партнерству та тристоронній моделі співпраці між соціальним, політичним та фінансовим секторами в сфері охорони здоров'я з метою досягнення основних цілей та завдань, що поставлені перед системою охорони здоров'я; формування ключової стратегії та сприяння формуванню належного підґрунтя для її реалізації на індивідуальних соціальних і структурних рівнях; сприяння громадської активності та співпраці у питаннях планування, управління, фінансування тощо у сфері охорони здоров'я; формування належної нормативно-законодавчої бази, спрямованої на подолання кризових ситуацій в сфері охорони здоров'я та забезпечення досягнення її основних цілей та завдань.

Модель державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я представлена на рис. 2.2.

Суб'єкти державного регулювання впливають на об'єкти за допомогою сукупності методів для досягнення основної мети. Основні методи державного регулювання, що використовуються національними владними органами узагальнено автором у табл. 2.2.

Методи державного регулювання у сфері охорони здоров'я – це інструменти державного впливу на бізнес середовище, ринкову інфраструктуру та неприбутковий економічний сектор з метою створення умов для їхнього ефективного функціонування, враховуючи до уваги політику у сфері охорони здоров'я.

Методи державного регулювання у сфері охорони здоров'я можна класифікуються наступним чином:

- 1) за засобами державного регулювання:
  - адміністративні методи;
  - економічні методи;
- 2) за формами державного регулювання:
  - прямі методи;
  - непрямі методи;
- 3) за типом ринку охорони здоров'я:
  - методи регулювання ринку медичних послуг;
  - методи регулювання ринку медичного обладнання, технологій та новацій у галузі охорони здоров'я;

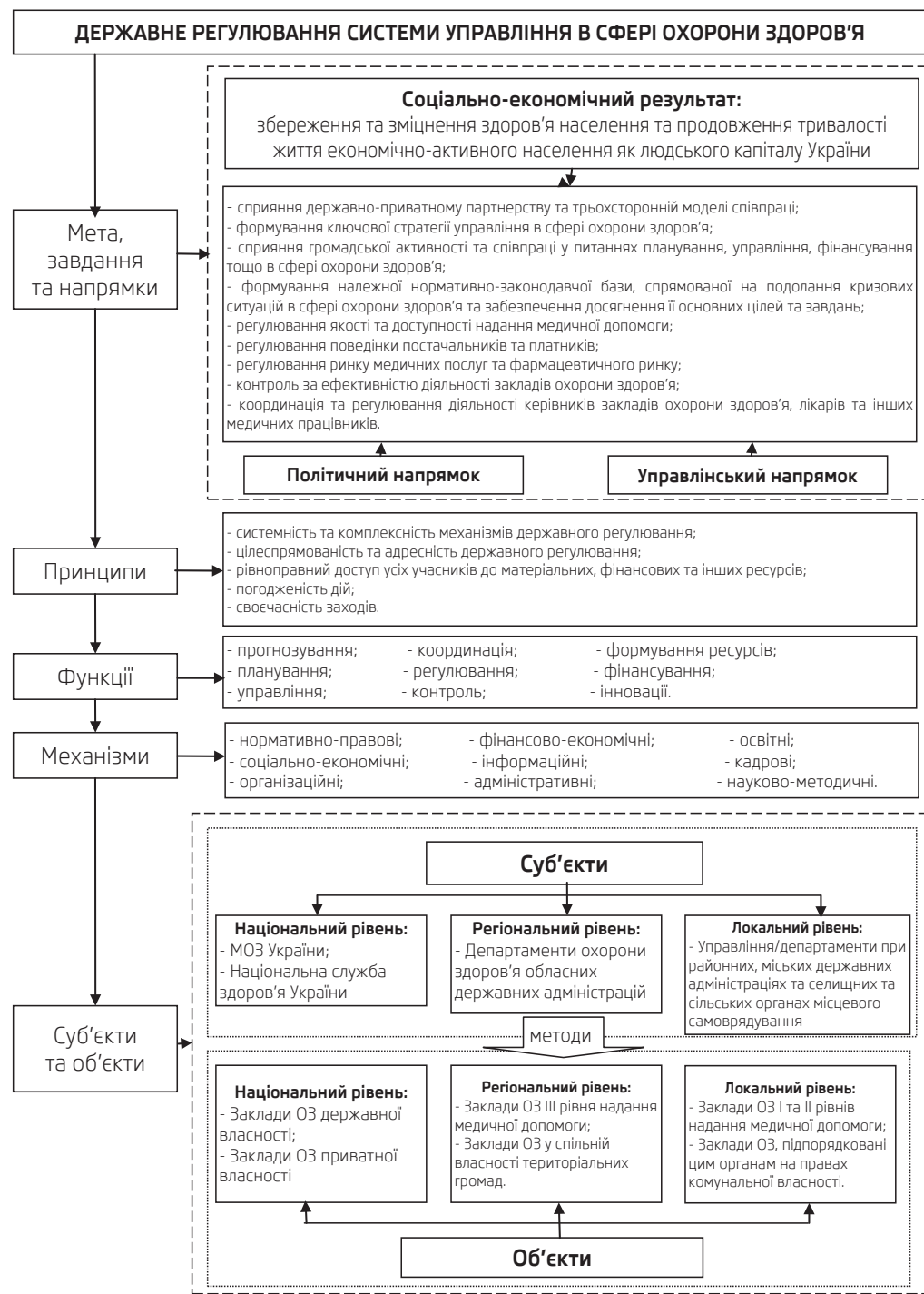


Рис. 2.2. Модель державного регулювання системи управління в сфері охорони здоров'я України

Джерело: розроблено автором

Таблиця 2.2 – Комплекс методів державного регулювання у сфері охорони здоров'я України

Економічні методи	
<b>Адміністративні (директивні) методи</b>	<p><b>Прямі економічні методи</b></p> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ліцензування діяльності.</li> <li>Акредитація та реєстрація закладів охорони здоров'я.</li> <li>Стандартизація якості медичних послуг.</li> </ul>
<b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b>	<p><b>Прямі економічні методи</b></p> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Державні видатки на фінансування сфери охорони здоров'я.</li> </ul>
<b>Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку</b>	<p><b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b></p> <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Звільнення від оподаткування ППП окремих закладів охорони здоров'я державної власності.</li> <li>Звільнення від сплати земельного податку закладів охорони здоров'я.</li> </ul>
<b>Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку</b>	<p><b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b></p> <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Звільнення від оподаткування ПДВ операцій з надання медичних послуг.</li> <li>Включення до складу витрат платника ППП відповідних витрат, що пов'язані з охороною здоров'я.</li> <li>Включення з розрахунку загального місячного оподаткування доходу платника ПДФО вартості товарів та послуг, що пов'язані з охороною здоров'я.</li> <li>Включення до податкової знижки з ПДФО вартості товарів і послуг, що пов'язані з охороною здоров'я.</li> </ul>
Економічні методи	
<b>Адміністративні (директивні) методи</b>	<p><b>Прямі економічні методи</b></p> <p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Реєстрація та сертифікація медичного обладнання.</li> <li>Захист прав інтелектуальної власності шляхом патентування об'єктів інтелектуальної власності.</li> </ul>
<b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b>	<p><b>Прямі економічні методи</b></p> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на закупівлю медичного обладнання.</li> <li>Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на наукові дослідження у сфері охорони здоров'я.</li> </ul>
<b>Розширення платоспроможного попиту на товари та послуги на ринку</b>	<p><b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b></p> <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Звільнення від оподаткування акцизним податком операцій з реалізації легкових автомобілів для інвалідів.</li> <li>Застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту виробів медичного призначення.</li> <li>Застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту медичних виробів та/або медичного обладнання для клінічних випробувань.</li> </ul>

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4
<b>3. Фармацевтичний ринок</b>			
<b>Економічні методи</b>			
<b>Адміністративні (директивні) методи</b>	<b>Прямі економічні методи</b>	<b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b>	<b>Розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка за рахунок державних видатків на закупівлю лікарських засобів і виробів медичного призначення.</li> <li>– Ліцензування діяльності з виробництва, оптової, роздрібно торгівлі лікарськими засобами та виробами медичного призначення.</li> <li>– Державне регулювання цін на лікарські засоби і виробів медичного призначення.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Виключення з переліку платників збору за впровадження деяких видів підприємницької діяльності аптек, провадження діяльності щодо поставання лікарських засобів з придбанням пільгового торгового пакету.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту лікарських засобів.</li> <li>– Звільнення від оподаткування митом фармацевтичної продукції.</li> <li>– Застосування зниженої ставки ПДВ в розмірі 7% до операцій з постачання та імпорту лікарських засобів для клінічних випробувань.</li> </ul>
<b>4. Ринок медичного страхування</b>			
<b>Економічні методи</b>			
<b>Адміністративні (директивні) методи</b>	<b>Прямі економічні методи</b>	<b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b>	<b>Розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Діяльність Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та профес. захворювань.</li> </ul>	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Включення до витрат платника ППП внесків на страхування здоров'я, обов'язковість якого передбачена законодавством.</li> </ul>

Продовження таблиці 2.2

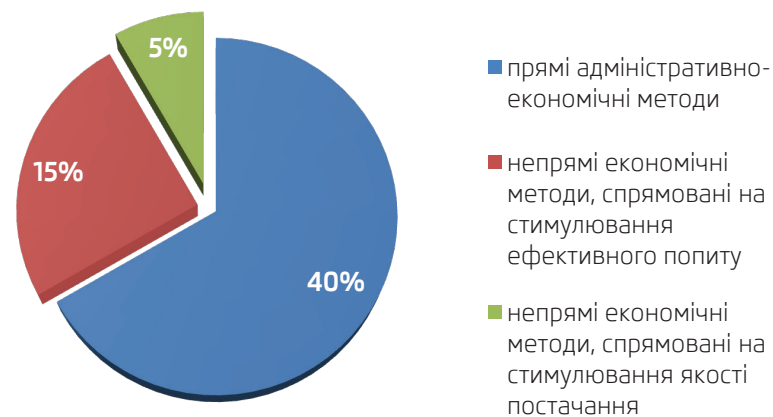
1	2	3	4
<b>5. Ринок праці медичного персоналу та ринок освітніх послуг в сфері охорони здоров'я</b>			
<b>Економічні методи</b>			
<b>Адміністративні (директивні) методи</b>	<b>Прямі економічні методи</b>	<b>Непрямі економічні методи, направлені на стимулювання</b>	<b>Розширення пропозиції та підвищення якості товарів і послуг на ринку</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Фінансова підтримка за рахунок державних видатків підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації та оплати праці медичних кадрів.</li> </ul>	–	–

Джерело: адаптовано [18, с. 103-105]

- методи регулювання фармацевтичного ринку;
  - методи регулювання ринку медичного страхування;
  - методи регулювання ринку праці медичного персоналу та ринку медичної освіти;
- 4) за типом інструментів, що застосовуються на ринках охорони здоров'я:
- інструменти підвищення якості послуг (товарів) медичних послуг;
  - інструменти підвищення ефективного попиту на медичні послуги та товари [118, с. 102-103].

Таким чином, аналіз таблиці 2.2 підтверджує, що основними інструментами, які застосовуються на всіх типах ринку охорони здоров'я, є прямі адміністративні методи (а саме: ліцензування, акредитація, стандартизація та контроль ціноутворення), прямі економічні методи (це фінансова підтримка різних медичних заходів, наприклад, медичних наукових досліджень, освіти та навчання, придбання медичного обладнання, фармацевтичних препаратів тощо) та непрямі економічні методи (представлені політикою податкового регулювання).

Можна стверджувати, що частка прямих адміністративно-економічних методів у системі державного регулювання в Україні становить 40%; 15% – непрямі економічні методи, що спрямовані на стимулювання ефективного попиту на медичні послуги та товари; 5% – непрямі економічні методи, що спрямовані на стимулювання якості постачання та надання медичних послуг (товарів) у системі методів державного регулювання (рис. 2.3).



**Рис. 2.3. Частка використання методів державного регулювання в Україні**

*Джерело: розроблено автором*

Можна впевнено стверджувати, що найбільш ефективним механізмом державного регулювання у світі у будь-якій галузі економіки є податкове стимулювання та займає одне з провідних місць у системі непрямих економічних методів державного регулювання охорони здоров'я в Україні.

Результати аналізу інструментарію державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні свідчать про його фрагментарний характер, адже не забезпечують державне регу-

лювання всіх взаємопов'язаних ринків сфери охорони здоров'я та якість системи управління закладами охорони здоров'я, що значно ускладнює процес автономізації, формування ринкових відносин та знижує результативність процесу реформування національної системи охорони здоров'я.

Проведене дослідження механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я дало можливість сформулювати необхідність реалізації наступних пріоритетних завдань державного регулювання діяльності у сфері охорони здоров'я, серед яких провідне місце посідають заходи, спрямовані на створення сприятливих умов для діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема:

- правове регулювання організаційної, фінансової та господарської діяльності закладів охорони здоров'я;
- бюджетне та податкове регулювання, що дозволяє створити умови для оптимізації податкової бази закладів охорони здоров'я;
- прийняття загальнодержавних та регіональних цільових програм, що сприяють реалізації прав громадян на отримання якісної медичної допомоги в рамках системи медичного страхування;
- передача у власність місцевих громад об'єктів, які перебувають у державній власності, необхідних для надання медичних послуг;
- методична підтримка, діяльності закладів охорони здоров'я;
- підготовка та підвищення кваліфікації кадрів закладів охорони здоров'я;
- інформаційна підтримка, у т.ч. роз'яснення населенню їхніх конституційних прав на отримання безкоштовної медичної допомоги, про роль населення у створенні системи громадського контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я [254, с. 130-131].

#### **Організаційно-функціональна структура національної системи охорони здоров'я України**

Аналіз організаційної структури національної системи охорони здоров'я підтверджує, що в Україні система охорони здоров'я створена за принципом вертикального підпорядкування. Схематично організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я представлена на рис. 2.4.

Вищим законодавчим органом у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, яка формує нормативно-законодавчу базу функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я України.

Уряд України є вищою виконавчою ланкою, яка делегувала повноваження щодо стратегічного планування, вироблення політики та стратегії розвитку і реформування, а також поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я. Міністр охорони здоров'я призначається Верховною Радою України за поданням Голови Уряду (прем'єр-міністра), відповідає перед Урядом та Верховною Радою, звільняється з посади Верховною Радою.

Міністерству охорони здоров'я підпорядковані вищі та середні навчальні заклади, науково-дослідні установи у сфері охорони здоров'я, а також департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

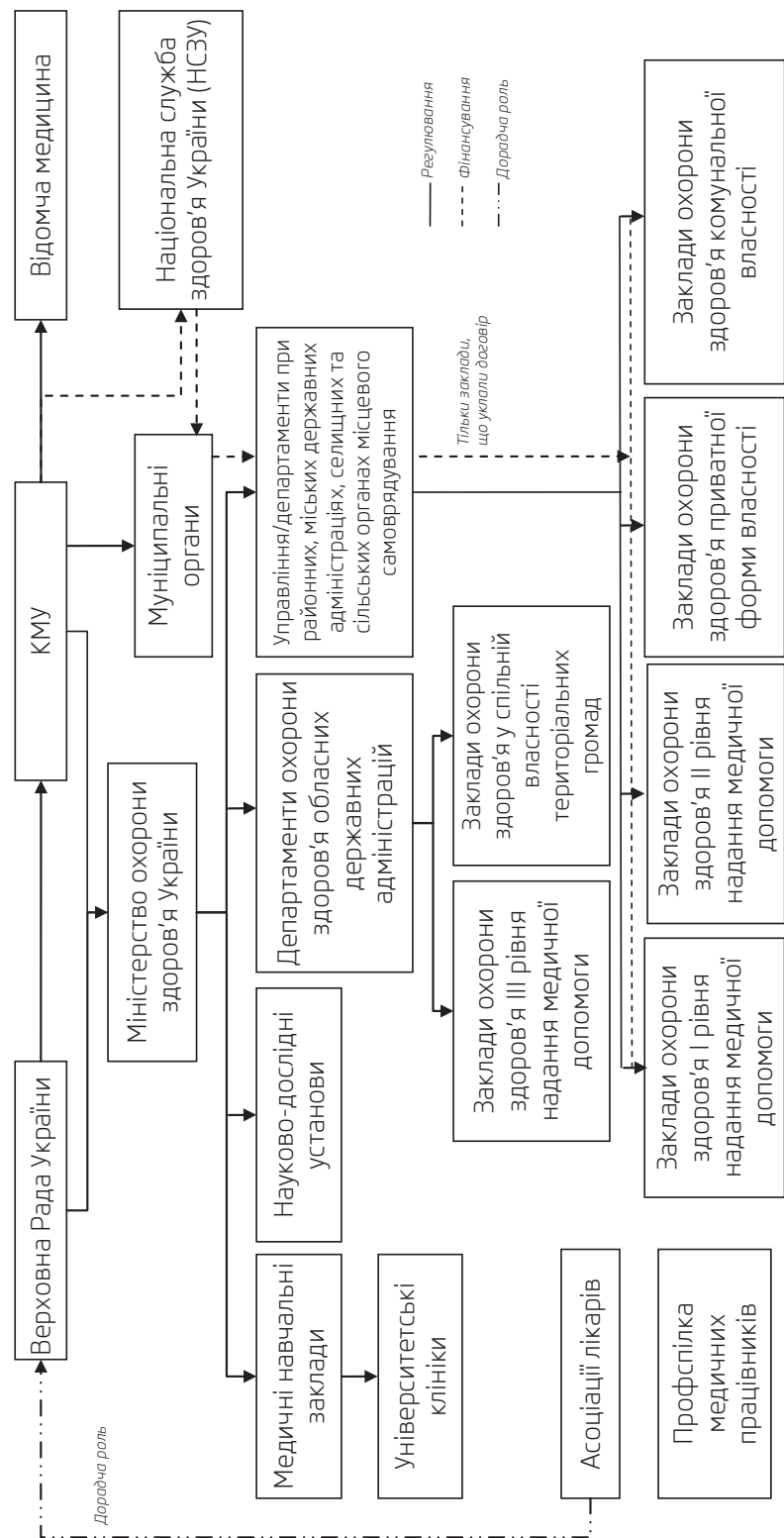


Рис. 2.4. Організаційно-функціональна структура системи охорони здоров'я України

Джерело: розроблено автором

Департаментам при обласних державних адміністраціях підпорядковані управління / департаменти при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я третинного рівня, заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад, а також приватної форми власності.

Департаменти при обласних державних адміністраціях здійснюють планування діяльності та поточне керівництво усіма підпорядкованими об'єктами.

Управлінням та департаментом при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування підпорядковані заклади охорони здоров'я первинного та / чи вторинного рівня, заклади охорони здоров'я, підпорядковані на правах комунальної власності, а також заклади приватної форми власності.

За даними Державної служби статистики та офіційного веб-порталу Верховної Ради України, загальна кількість управлінь та департаментів за адміністративно-територіальною ознакою станом на 2019 рік:

- Департаменти при обласних державних адміністраціях - 27 од.;
- Департаменти при районних державних адміністраціях - 490 од.;
- Управління та департаменти при міських державних адміністраціях - 461 од.;
- Управління та департаменти селищних та органах місцевого самоврядування - 883 од.;
- Управління та департаменти при сільських органах місцевого самоврядування - 28 376 од. [5].

Міністерство охорони здоров'я, обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, свого підпорядкування, а також є відповідальні за якість надання медичної допомоги. Реалізація контролю якості здійснюється переважно за допомогою адміністративних методів державного регулювання, а саме протоколів лікування, механізмів ліцензування та акредитації діяльності закладів охорони здоров'я, сертифікації медичного персоналу (лікарів). Вимоги щодо якості надання медичних послуг є рівними як для приватних, так і державних закладів [206, с. 96-97].

У складі Міністерства охорони здоров'я України діють консультативні та дорадчі органи, кваліфікаційні, наукові, а також науково-кваліфікаційні комісії.

Міністерству безпосередньо підпорядковані науково-дослідні установи з питань охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Особливістю національної системи охорони здоров'я є безпосереднє підпорядкування вищих медичних навчальних закладів освіти як Міністерству освіти та науки України, так і Міністерству охорони здоров'я. Заклади вищої освіти можуть мати власні університетські клініки - третинна ланка надання медичної допомоги (наприклад, у підпорядкуванні Одеському національному медичному університету знаходяться Університетська клініка та Багатопрофільний медичний центр), де здійснюється підготовка медичних фахівців, наукова діяльність і надання висококваліфікованої медичної допомоги [131].

Іншою особливістю є наявність відомчої медицини, що також фінансується за кошти державного бюджету та обслуговує вузьку професійну групу (в Україні це медичне

відділення Державного управління справами). Проте реформа охорони здоров'я передбачає ліквідацію відомчої медицини з метою формування єдиного медичного простору та рівних можливостей для всіх груп населення. Ліквідація відомчої медицини передбачається на етапі трансформації механізму фінансування вторинної та третинної ланки медичної допомоги [236].

Також у межах національної системи охорони здоров'я України існують профспілкові організації працівників галузі, а також різноманітні лікарські асоціації та товариства, які є членами Національної лікарської ради України (близько 43 од.). Вони є представниками певних фахових груп працівників медичної галузі. Є неприбутковими добровільними громадськими об'єднаннями, що відіграють важливе значення в регулюванні охорони здоров'я України, встановленні медичних стандартів, сприянні професійного розвитку медичних кадрів, а також захисті прав медичних працівників [84, с. 97; 87, с. 74]. Лікарські асоціації та товариства є механізмом «професійного регулювання медичної діяльності» в Україні [145] за рахунок членства авторитетних вчених медичної галузі (одним із завдань є сприяння розвитку вітчизняної медичної науки [38]).

Лікарські асоціації безпосередньо подають до Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я рекомендації та проекти Законів, офіційно висловлюють думку медичної громадськості у зверненнях до Міністерства охорони здоров'я та уряду щодо питань та існуючих проблем у сфері охорони здоров'я.

Елементами національної системи охорони здоров'я відповідно до функціоналу є такі державні організації, які здійснюють соціальне страхування: Пенсійний фонд України, Державна служба зайнятості (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття), Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб і членів їхніх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів (фінансує витрати на медичну і соціальну допомогу потерпілим на виробництві) [86, с. 97]. Ці організації є страховими, тому можуть бути підґрунтям для запровадження моделі соціального медичного страхування.

У межах організаційно-функціональної системи також здійснює свою діяльність Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції єдиного національного закупівельника медичних послуг. Це новостворена структура (перший етап реформування галузі).

Ми погоджуємося з думкою українських науковців І. М. Солоненка та С. Я. Пака, що «структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є надто недосконалою, а управління системою охорони здоров'я в Україні не відповідає до сучасним соціально-економічним умовам» [218, с. 102].

#### ***Види медичної допомоги, що надаються в межах національної охорони здоров'я України***

В Україні медична допомога поділяється на три рівні:

- первинна (медико-санітарна);
- вторинна (спеціалізована);
- третинна (високотехнологічна).

Основним критерієм належності закладів охорони здоров'я до різних рівнів надання медичної допомоги є перелік видів та обсягів медичної допомоги, які мають надаватися, а також наявність умов для надання визначеного виду медичної допомоги.

Первинна допомога (медико-санітарна) надається на амбулаторному рівні лікарями загальної практики / сімейної медицини, які мають необхідну кваліфікацію в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України; лікувально-профілактичними закладами, які акредитовані та ліцензовані відповідно до законодавства України, незалежно від форм власності. У разі потреби екстреної допомоги за межами лікувально-профілактичного закладу кваліфіковану медичну допомогу надають лікарі станції швидкої медичної допомоги.

Первинну допомогу надають за територіальним принципом з правом вільного вибору лікаря загальної практики / сімейної медицини в межах Центру первинної медико-санітарної допомоги.

Лікарі загальної практики / сімейної медицини надають різний спектр діагностичних, лікувальних та профілактичних послуг. Повний перелік послуг представлено у Додатку Д [134, с. 8].

2. Вторинна медична допомога – це ланка лікарської медичної допомоги, що надається у зв'язку із хворобами, що потребують спеціалізованих методів діагностики, лікування, реабілітації та використання складних медичних технологій [134, с. 11]. Також отримала назву спеціалізована медична допомога.

Це вид медичної допомоги надається на амбулаторному та стаціонарному етапах профільними лікарями-спеціалістами, які мають необхідну кваліфікацію в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Вторинну медичну допомогу мають право надавати заклади охорони здоров'я, які акредитовані та мають ліцензію на відповідну медичну та лікарську діяльність, видану відповідно до законодавства України, незалежно від форм власності [134, с. 11].

Виділяють вторинну амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, амбулаторну консультативно-діагностичну допомогу, а також стаціонарну вторинну медичну допомогу.

Вторинна амбулаторно-поліклінічна медична допомога надається лікарями-спеціалістами поліклінік та консультацій при лікарнях (включаючи дитячі, жіночі консультації), консультативно-діагностичних центрів, а також амбулаторно-поліклінічних установ.

Для отримання пацієнтом консультативно-діагностичної допомоги профільним спеціалістом у разі необхідності лікар загальної практики / сімейної медицини дає обґрунтоване направлення. Якщо пацієнт бажає отримати консультативно-діагностичну допомогу самостійно, її надає профільний спеціаліст на платній основі [134, с. 11].

У разі необхідності направлення пацієнта на стаціонарне лікування лікар-спеціаліст амбулаторно-поліклінічного закладу дає направлення для госпіталізації.

Амбулаторна консультативно-діагностична допомога надається шляхом забезпечення профілактичних, діагностичних і лікувальних послуг, повний перелік яких надано у Додатку Д.



Кваліфіковану медичну допомогу населенню на стаціонарному етапі надають за направленням спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги, профільних лікарів-спеціалістів, швидкої медичної допомоги та в екстрених випадках. Госпіталізують хворих виключно відповідно до профілю відділення (ліжок) лікувально-профілактичного закладу [134, с. 12-17].

Повний перелік дій, що має бути забезпечений лікувально-профілактичним закладом, який надає вторинну стаціонарну допомогу населенню, представлено у Додатку Д.

На другому рівні медичної допомоги може бути надана стаціонарна паліативна допомога (медична допомога у хоспісі, що забезпечує кваліфіковане лікування і реабілітацію невиліковних хворих під цілодобовим медичним наглядом), а також медична допомога в лікарні сестринського догляду. Це вид довготривалої медичної допомоги.

Третинна медична допомога – це вид лікарської допомоги, що надається у зв'язку із хворобами, що потребують внутрішньо лікарняної допомоги і високотехнологічних методів діагностики, лікування та реабілітації [134, с. 17]. Надають на амбулаторному та стаціонарному етапах медичної допомоги профільні лікарі-спеціалісти, які мають необхідну кваліфікацію, в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, а також акредитовані, що мають ліцензію на відповідну медичну та лікарську діяльність, незалежно від форм власності [134, с. 18].

До закладів третинного рівня скеровують пацієнтів обласні, міські, районні спеціалісти (за своїм профілем). Якщо пацієнт бажає отримати медичну допомогу третинного рівня, її надають на платній основі [134, с. 18].

Закладами третинного рівня надаються наступні види медичної допомоги: консультативна та стаціонарна, повний перелік яких представлено у Додатку Д.

Безпосередньо медичні послуги надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санітарно-курортними закладами охорони здоров'я та іншими.

Здійснене дослідження державного регулювання національної системи охорони здоров'я України, дає можливість впевнено стверджувати, що сучасна модель державного регулювання охорони здоров'я України характеризується як державна, централізована, оскільки існуюча організаційно-функціональна структура повністю відповідає централізованій структурі управлінських ієрархічних зв'язків, що ґрунтується не лише на встановленні принципів діяльності, але й на жорсткому адміністративному контролі за нею, хоча й була задекларована децентралізація в межах реформи медичної сфери. При цьому зважаючи на реформування галузі, центральним елементом якої є реформа організаційно-функціональної моделі та механізму фінансування системи, на сьогодні національну систему охорони здоров'я можна назвати трансформаційною (перехідною).

Важливо зауважити, що сучасна модель системи охорони здоров'я (особливо фінансова) є надто зарегульовано-складною, оскільки ще не повністю реалізовано стратегію реформування, а при цьому застарілу систему не було розформовано. На державному рівні встановлені нормативні показники, а також критерії ефективності та результативності не дають змоги повноцінно визначити потреби населення в медичній допомозі, а отже й визначити фінансові потреби галузі. Механізм державного регулювання повною мірою не враховує наявні потреби населення в медичній допомозі, що підвищує рівень «тінізації»

та бюрократизації, що, в відповідно, призводить до зростання тіньового ринку медичних послуг, а також раптового розвитку платних медичних послуг і неконтрольованого державою механізму ціноутворення на них [41, с. 92]. Зазначені чинники негативно впливають на ефективність національної системи охорони здоров'я.

Посилює існуючу кризу нерозвиненість системи медичного страхування, а також не достатнє використання потужностей приватної медицини на різних рівнях надання медичної допомоги. Таким чином, потужний резерв знань, умінь, устаткування, інших можливостей фактично виключено із загальнокорисного використання. У цілому такий стан галузі призводить до нераціональності та неефективності використання всіх наявних ресурсів галузі.

## 2.2. Соціально-економічний стан системи охорони здоров'я в Україні в умовах реформування галузі

Національна система та управління охороною здоров'я, що склалися до середини 90-х рр. XX століття, були орієнтовані на екстенсивний шлях та екстенсивні методи розвитку галузі. Критерії оцінки ефективності функціонування як усієї системи, так і окремих господарчих суб'єктів засновувалися не на показниках якості послуг, що надавалися, а враховували лише кількісні параметри нормативної забезпеченості галузі та об'єктів охорони здоров'я різними видами ресурсів на одиницю потужності («ліжко» чи «відвідування»). Залишковий тип фінансування соціальної сфери загалом і, зокрема, галузі охорони здоров'я, призвів до погіршення стану здоров'я населення, підтвердженням є загальні демографічні показники в Україні (Додаток Є).

На розвиток національної системи охорони здоров'я у період з 1990 по 1999 рр. виділялося не більше 3,5% від ВВП, у той час як в економічно розвинених країнах на фінансування галузі виділяється від 8 до 14% від ВВП.

Адміністративно-командна система управління охорони здоров'я, яка існувала в умовах планової економіки, була орієнтована на жорсткі ієрархічні вертикальні (субординаційні) зв'язки та примусову мотивацію до праці. Горизонтальні (координаційні) та зворотні зв'язки в системі управління галуззю фактично не існували. Однак теорія та практика управління свідчить про те, що без такого типу зв'язків (найперше, зворотних) неможливо забезпечити стійкість та ефективність функціонування будь-якої складної системи управління, зокрема соціально-економічної, де надто складно формалізувати усі ресурси та інформаційні зв'язки елементів системи. Відповідно до теорії управління, складними системами, саме механізм зворотного зв'язку на практиці дозволяє реалізовувати динамічні методи оцінки ефективності функціонування системи та в режимі моніторингу порівнювати досягнуті результати медичної допомоги та витрати ресурсів суспільства.

Зрештою, відсутність механізмів зворотного зв'язку призвело до відчуження широких верств населення від участі в вирішенні багатьох соціальних питань, у т.ч. пов'язаних з екологією та збереженням здоров'я населення.

Основними гальмівними чинниками ефективного розвитку охорони здоров'я в умовах планової економіки є:

- наявність витратного фінансування галузі за рахунок державних бюджетних коштів;
- відсутність необхідної мотивації та стимулів у медичного та адміністративно-управлінського персоналу всіх рівнів щодо використання передового світового досвіду в національній сфері охорони здоров'я;
- відсутність адекватних програм та стратегій розвитку галузі [259, с. 47-48].

Серед основних недоліків, які притаманні усім намаганням здійснення реформування в сфері охорони здоров'я є:

- 1) відсутність чітко значених цілей;
- 2) відсутність комплексності перетворень;
- 3) постійний перегляд стратегії реформ;
- 4) відсутність чіткої політики, яка забезпечує виконання прийнятих рішень;
- 5) ігноруванням науково доведених або перевірених практикою підходів, форм та методів перетворень;
- 6) істотний вплив на прийняття рішень лобістських груп;
- 7) низькі темпи реалізації;
- 8) непослідовність та суперечність дій [144, с. 6-7].

Усі зазначені чинники у сукупності з зовнішніми чинниками організації економічної системи країни й обумовили необхідність переходу національної системи охорони здоров'я на ринкові методи господарювання, а також реформування галузі.

Проблема охорони здоров'я є однією з найактуальніших серед державних стратегій розвитку України, оскільки здоров'я є одним з основних факторів формування та розвитку людського капіталу держави. Основною проблемою національної системи охорони здоров'я є її невідповідність сучасним реаліям та потребам сучасного суспільства в медичній допомозі [178, с. 97].

На сучасному етапі розвитку України відбувається реформування багатьох сфер діяльності: економічної, соціальної, культурної та політичної. Усі ці реформи проходять у рамках Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» [34], основним завданням якої є підвищення якості життя населення, забезпечення сталого розвитку усіх сфер економіки країни, забезпечення гарантій доступу усіх верств населення до високоякісної освіти, системи охорони здоров'я тощо. Реформа системи охорони здоров'я виступає однією із ключових реформ цієї стратегії. Основним її завданням та викликом є формування оновленої національної системи охорони здоров'я, враховуючи світовий досвід та історичні передумови розвитку охорони здоров'я в Україні.

За даними соціологічного дослідження [225]:

- 92,3% громадян України вважають, що країна потребує негайного, кардинального реформування системи охорони здоров'я. При цьому, основними завданнями реформування системи охорони здоров'я вони вбачають поліпшення здоров'я населення відповідно до запитів та потреб населення, та забезпечення справедливості у розподілі фінансових ресурсів;
- 41,4% громадян вважають, що медицина повинна бути страховою [225], на противагу запропонованій чинній медичній реформі.

Результати соціологічного дослідження підтверджують, що населення країни довгий період часу вимагає від керівництва України зваженої стратегії та дій щодо виведення галузі охорони здоров'я з кризового стану та тривалої рецесії

Проблема реформування галузі охорони здоров'я є надто гострою із 2000-х років. У 2008 році Міністерство охорони здоров'я України задекларувало стратегію переходу від моделі Семашко (планово-адміністративної, що була рудиментом Радянського етапу розвитку країни), до страхової моделі охорони здоров'я (моделі Бісмарка). Основними документами цієї реформи були: Національний план розвитку системи охорони здоров'я на 2008–2010 рр., Концепція розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», закони України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» [103]. У межах реформи 2008–2010 рр. основними напрями функціональної і структурної перебудови були визначені:

- 1) удосконалення нормативно-законодавчої бази охорони здоров'я, що передбачає визначення базового пакета надання медичних послуг, з метою забезпечення гарантованої державою безоплатної медичної допомоги;
- 2) збільшення ресурсного забезпечення шляхом розвитку багатоканального фінансування системи охорони здоров'я, перерозподілу ресурсів між закладами охорони здоров'я, що надають первинну, вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу;
- 3) планування та прогнозування розвитку мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я з урахуванням профілю, спеціалізації та інтенсивності надання медичної допомоги, нормативів медичного обслуговування населення за видами медичної допомоги;
- 4) розширення послуг з охорони здоров'я через запровадження системи індикаторів якості первинної, вторинної, третинної, а також екстреної медичної допомоги;
- 5) запровадження громадського контролю через зв'язки держави, сферою охорони здоров'я і громадянським суспільством, забезпечення фахової громадської експертизи управління, галузевого законодавства тощо;
- 6) підвищення якості кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, шляхом запровадження системи прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у відповідності до потреб охорони здоров'я;
- 7) створення національної моделі охорони здоров'я, метою якої стане пошук найбільш оптимальної для України моделі охорони здоров'я, при якій діяльність та інфраструктура відповідатимуть потребам населення;
- 8) розроблення компенсаторних механізмів з метою подальшого реформування системи охорони здоров'я у напрямі запровадження обов'язкового соціального медичного страхування [17; 103; 261].

Основними недоліками реформи були:

- 1) відсутність створення чіткої моделі управління охороною здоров'я, особливо на регіональному та локальному рівнях;

- 2) дублювання повноважень та функцій місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування;
- 3) недосконалість організаційних та нормативно-правових механізмів реформування та державного регулювання [103].

У 2014 році, зі зміною політичного вектору країни, Міністерством охорони здоров'я була сформована нова стратегія розвитку сектору соціального добробуту, яка орієнтується на державну модель охорони здоров'я (модель Беверіджа, яка аналогічно до системи Семашко, характеризується фінансуванням охорони здоров'я за рахунок бюджетних коштів, у той же час є менш громіздкою).

Основний етап реформи національної системи охорони здоров'я було розпочато з січня 2018 року. Механізм фінансування, який діяв до січня 2018 року, був застарілим, неефективним та характеризувався «хронічним» фінансовим дефіцитом галузі.

Відповідно до інформаційних даних Державної статистики України частка державних витрат на охорону здоров'я не надто зросла: у 2002 році – 2,9%, 2012 році – 4%, 2016 – 6,7%, у порівнянні з розвиненими країнами світу, де відсоток від ВВП складає від 10% (наприклад, Великобританія та Австрія) до майже 17% (США). Більш детально з показниками витрат на охорону здоров'я в Україні та світі можна ознайомитися у Додатку А та Г.

Характерною особливістю України при цьому є співвідношення перевищення недержавних джерел фінансування над державними [203, с. 7].

Відтак, такі низькі витрати є однією із визначальних причин неякісного медичного обслуговування та нерівності громадян у доступі до медичних послуг в Україні.

Основною метою сучасної реформи охорони здоров'я України є «кардинальне реформування охорони здоров'я, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав» [270]. Основним очікуваним результатом цієї реформи є забезпечення «рівного доступу населення до якісної медичної допомоги та фінансового захисту у випадку захворювання» [270].

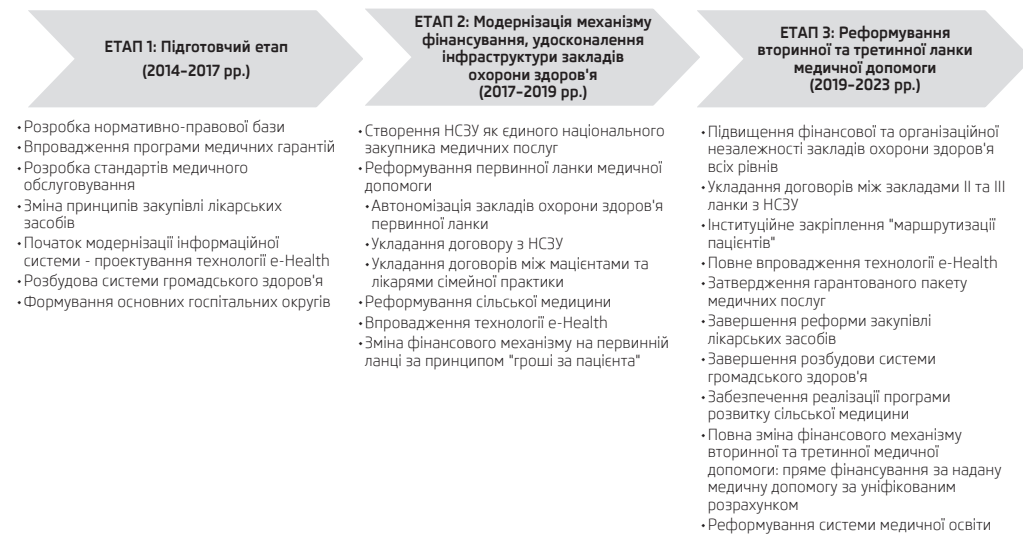
Для досягнення мети, були поставлені наступні завдання:

1. Створення дієздатної інфраструктури на первинному та вторинному рівнях медичної допомоги за рахунок:
  - автономізації закладів охорони здоров'я;
  - запровадження нової моделі фінансування на первинному та вторинному рівнях;
  - розробка пакету медичних послуг, які гарантує держава на первинному та вторинному рівнях та їх введення в структуру витрат Державного бюджету, а також затвердження порядку розрахунку вартості медичних послуг;
  - забезпечення розвитку належної інфраструктури для впровадження медичної реформи у сільській місцевості;
  - затвердження технічних вимог до використання у системі надання медичної допомоги інформаційних технологій з метою захисту інформації та створення умов щодо імплементації електронної картки пацієнта.
2. Створення комплексної системи громадського здоров'я за рахунок:
  - створення регіональної мережі центрів громадського здоров'я;

- впровадження механізмів зменшення передчасної смертності та захворюваності від хвороб, викликаних вживанням тютюну, шляхом ухвалення відповідних нормативно-правових документів та реалізації зобов'язань України перед ЄС;
  - забезпечення інфекційного контролю соціально небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз, гепатит С).
3. Запровадження дієвих механізмів закупівлі лікарських засобів та медичних виробів на національному рівні за рахунок:
    - здійснення ефективного перерозподілу повноважень із здійснення закупівель лікарських засобів та медичних виробів між міжнародними організаціями, програмою «Доступні ліки» (реімбурсація), центральною закупівельною організацією та регіональними закупівлями;
    - створення центральної закупівельної організації;
    - впровадження електронних рецептів для відпуску лікарських засобів за програмою «Доступні ліки».
  4. Забезпечення доступу до інноваційного лікування за рахунок:
    - реформування патентної системи та забезпечення умови для вільної конкуренції на ринку лікарських засобів та медичних виробів;
    - впровадження міжнародних протоколів лікування;
    - розробка та впровадження нормативних актів для примусового ліцензування лікарських засобів.
  5. Реформування екстреної та паліативної медичної допомоги за рахунок:
    - розширення мережі підстанцій екстреної допомоги, створення відділень невідкладної допомоги та модернізації диспетчерської системи;
    - розробка навчальних програм для фахівців із догоспітальної допомоги, а також для співробітників поліції, пожежників, працівників ДСНС, Національної гвардії України;
    - впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [106, с. 61-62].
  6. Забезпечення якості надання медичної допомоги:
    - визначення механізмів, джерел та форм оплати роботи для медичних працівників, які надають первинну медичну допомогу;
    - спрощення вимог для отримання ліцензії для лікарів, що надають первинну медичну допомогу та затвердження форми угоди між ними та державою на обслуговування населення;
    - зменшення вимог до технічного забезпечення закладів, що надають первинну медичну допомогу;
    - створення мережі державних лабораторій для забезпечення гарантованого пакету діагностичних тестів, встановлення порядку укладання договорів із приватною мережею лабораторій;
    - запровадження референтного ціноутворення на лікарські засоби та запровадження системи реімбурсації на ліки, що закуповуються за державними програмами. Затвердження Національного переліку основних лікарських засобів;
    - запровадження системи аналізу та звітування медичних помилок. Ратифікація Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини;

- впровадження нових підходів до дипломної та післядипломної медичної освіти, затвердження стандарту медичної освіти;
- затвердження уніфікованих клінічних протоколів лікування, спростивши процедуру розробки та затвердження протоколів. Запровадження міжнародної експертизи протоколів;
- скасування посади позаштатних головних спеціалістів Міністерства охорони здоров'я, передавши їх повноваження професійним асоціаціям [105, с. 45-46].

Завдання реформування охорони здоров'я в Україні представляємо у вигляді основних етапів рис. 2.5.



**Рис. 2.5. Етапи реформування національної системи охорони здоров'я у період 2014-2023 рр.**

*Джерело: сформовано автором*

Аналіз рис. 2.5. свідчить про те, що головними трансформаційними напрямками є:

- 1) перехід від стаціонарного до амбулаторного лікування;
- 2) перехід від спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги до загальної та превентивної;
- 3) перехід від кількості до якості надання медичних послуг;
- 4) перехід від збільшення числа лікарів до підвищення якості їх роботи;
- 5) перехід від лікування до профілактики захворювань [69, с. 317].

До основних стейкхолдерів реформи охорони здоров'я, що відбувається сьогодні в Україні, належать: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я МОЗ України, громадяни України (пацієнти, працівники охорони здоров'я, керівники закладів охорони здоров'я), місцеві органи самоврядування, місцеві адміністрації та центральні органи виконавчої влади.

Деталізуємо основні позиції реформування щодо системи управління закладами охорони здоров'я.

З метою максимальної позитивної реалізації концепції реформування було передбачено створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як ключового елементу медичної реформи. Її основною функцією є укладання договорів та фінансування закладів охорони здоров'я [9]. НСЗУ є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я [7].

Як визначено на офіційному сайті НСЗУ, до її основних завдань належать:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;
- 2) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 3) внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [7].

З 2019 року відбувається трансформація системи охорони здоров'я, що передбачає зміну умов діяльності між закладами охорони здоров'я та аптечними закладами, а саме - перехід урядової програми реімбурсації (згідно з [15]) реімбурсація представляє собою «механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України») «Доступні ліки» в адміністрування НСЗУ і укладення договорів з аптечними закладами [7].

У процесі здійснення своєї діяльності НСЗУ керується наступними нормативно-правовими актами: Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], Планом заходів реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року [32], Положенням про Національну службу здоров'я України [35].

Керівник Служби, як основна відповідальна особа реалізації медичної реформи, обирається на конкурсній, конкурентній основі [9].

З НСЗУ укладають договір заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності. Заклад охорони здоров'я має відповідати певним критеріям для укладання договору з НСЗУ, а саме:

- 1) бути автономним (обов'язкова умова для закладів державної форми власності);
- 2) приєднатися до e-Health - Електронної системи охорони здоров'я;
- 3) відповідати вимогам матеріального оснащення.

Заклади охорони здоров'я первинної ланки через НСЗУ, після укладання з нею договорів, отримують кошти з державного бюджету за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», тобто оплата за реально надані послуги. До таких закладів належать: комунальні та приватні заклади, а також лікарі-ФОП, які надають первинну медичну допомогу.

Таким чином, національна система охорони здоров'я переходить від утримування мережі закладів охорони здоров'я, які надають безоплатні послуги, до стратегічної закупівлі медичних послуг у цієї мережі.

Планується, що протягом 2020–2023 рр. такий механізм фінансування охопить вторинну та третинну ланки медичної допомоги. Відтак, планується, що з бюджету не будуть виділятися державні кошти згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, державної чи комунальної форми власності, а натомість заклади стають автономними суб'єкти господарської діяльності (принцип автономізації) та отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану медичну допомогу [77; 195].

У перспективі всі заклади охорони здоров'я, незалежно від рівня медичної допомоги, мають укласти договір із НСЗУ.

Зклади охорони здоров'я фінансуються за новим фінансовим механізмом, а саме отримувати щорічну фіксовану плату за надання пацієнтові медичної допомоги. Згідно з [15], медична допомога буде оплачуватися із державного бюджету. На первинному рівні та в екстреній ситуації держава оплачуватиме 100 % від необхідного лікування; це покриватиме близько 80 % усіх звернень за медичною допомогою. На вторинному та третинному рівнях держава гарантує 100 % оплати медичної допомоги та медичних послуг, що включені до переліку медичних гарантій.

Так, реформування фінансового механізму системи охорони здоров'я планується в три етапи:

Перший етап (2016–2017 рр.): розробка проектів і прийняття законодавчих актів щодо впровадження гарантованого державного пакету медичних послуг, визначення послуг поза гарантованим державним пакетом, створення законодавчих засад для впровадження механізмів співоплати; створення механізму забезпечення медичними послугами, які не входять у гарантований державний пакет.

Другий етап (2018–2019 рр.) запуск механізмів співоплати медичних послуг у закладах охорони здоров'я, які надають гарантований державний пакет медичних послуг, розпочати роботу центрального офісу та регіональних підрозділів Національного агентства, укладання договорів про надання медичних послуг, які входять у гарантований державний пакет, а також пілотне впровадження системи єдиного електронного реєстру пацієнтів і системи призначень лікарських засобів.

Третій етап (2019–2020 рр.) введення механізму стратегічних закупівель – замовлення послуг на основі запланованих обсягів і встановлених тарифів за контрактами, завершення формування єдиного медичного простору для надання гарантованого державного пакету медичних послуг [146, с. 22–23].

Згідно з реформою, планується створення системи «національного солідарного страхування». Бюджетні кошти формуються за рахунок загальної системи оподаткування та акумулюються на казначейських рахунках; із них НСЗУ оплачуватиме медичну допомогу населенню (рис. 2.6).

Проте, заплановано, що вартість деяких медичних послуг буде сплачуватися методом прямої співоплати, тобто за рахунок пацієнтів (так званий, «червоний пакет») – це всі медичні послуги, які за межами програми державних гарантій медичного обслуговування

населення, наприклад, стоматологічні послуги чи послуги пластичних хірургів. По суті, програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) представляє собою «перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами» [15]. Також за державні кошти здійснюється «фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України» [15].



**Рис. 2.6. Механізм оплати медичних послуг відповідно до реформи**

*Джерело: сформовано автором на основі власних досліджень*

По суті, програма медичних гарантій покриває: екстрену, первинну, вторинну, третинну, паліативну медичну допомогу, а також медичну реабілітації, медичну допомогу дітям до 16 років і медичну допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами [15].

Некомерційні комунальні підприємства будуть надавати додаткові послуги за єдиним уніфікованим тарифом, який буде розрахований для державної програми медичних гарантій. Приватні медичні установи будуть самостійно розраховувати тариф на додаткові послуги, які виходять за межі їх договорів із НСЗУ.

У межах України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. При цьому, виділяють наступні тарифи оплати:

- 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- 2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;
- 3) ставки на пролікований випадок;
- 4) ставки на медичну послугу;
- 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення постачальником медичних послуг.

Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної [15]. Так наприклад, тарифи на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної

допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень [15].

Норма для розрахунку загального обсягу бюджетних коштів на реалізацію державної програми медичних гарантій щорічно має бути не менше, ніж 5% від ВВП (цей показник зменшився, у порівнянні з попередніми роками, коли він складав 6,7%, Додаток Г).

Станом на лютий 2020 року, значна кількість закладів охорони здоров'я (за період з 2018 по 2020 рр.) та аптекних закладів (за період з 2020 року) уклали договір з НСЗУ. Відповідно до інформації [7], із НСЗУ уклали договори 1476 закладів охорони здоров'я, серед них 1052 – комунальної форми власності, 170 – приватної форми власності, 254 – ФОП.

Обсяг виплат від НСЗУ закладам охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, у період з 2018 по 2020 рр. представлено у Додатку Ж. Загалом НСЗУ було надано 21649,494 млн грн закладам охорони здоров'я первинної ланки, незалежно від форми власності, по всій Україні:

- 3-й та 4-й квартали 2018 р. – 3446,709 млн грн;
- 2019 р. – 16 750,071 млн грн;
- січень 2020 р. – 1452,714 млн грн.

Загальна інформація щодо укладання договорів з НСЗУ представлена на рис. 2.7.

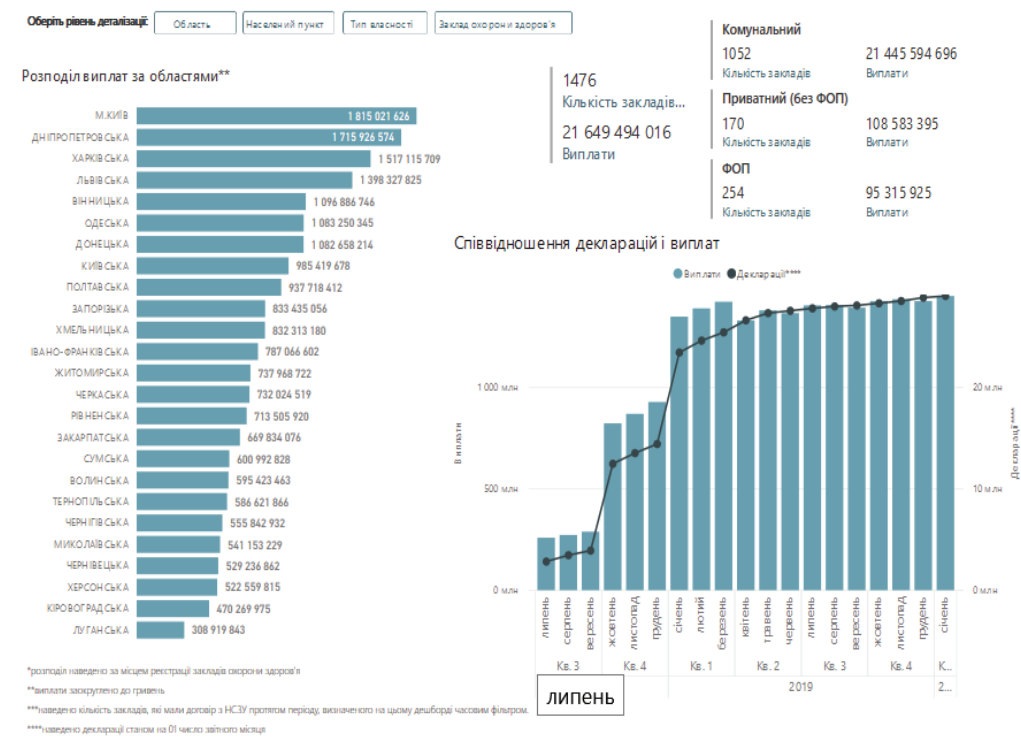


Рис. 2.7. Розподіл витрат на первинну ланку медичної допомоги в Україні, станом на лютий 2020 р.

Джерело: [7]

За даними [7], із НСЗУ уклали договори 1064 аптечних закладів, серед них: приватної форми власності – 74,42%, комунальної форми власності – 18,57%, ФОП – 7,02%.

Обсяг виплат від НСЗУ аптечним закладам за договорами про реімбурсацію з НСЗУ у період 2019–2020 рр. представлено на рис. 2.7. Загалом аптечним закладам незалежно від форми власності по всій Україні було надано 752 636, 538 тис. грн.

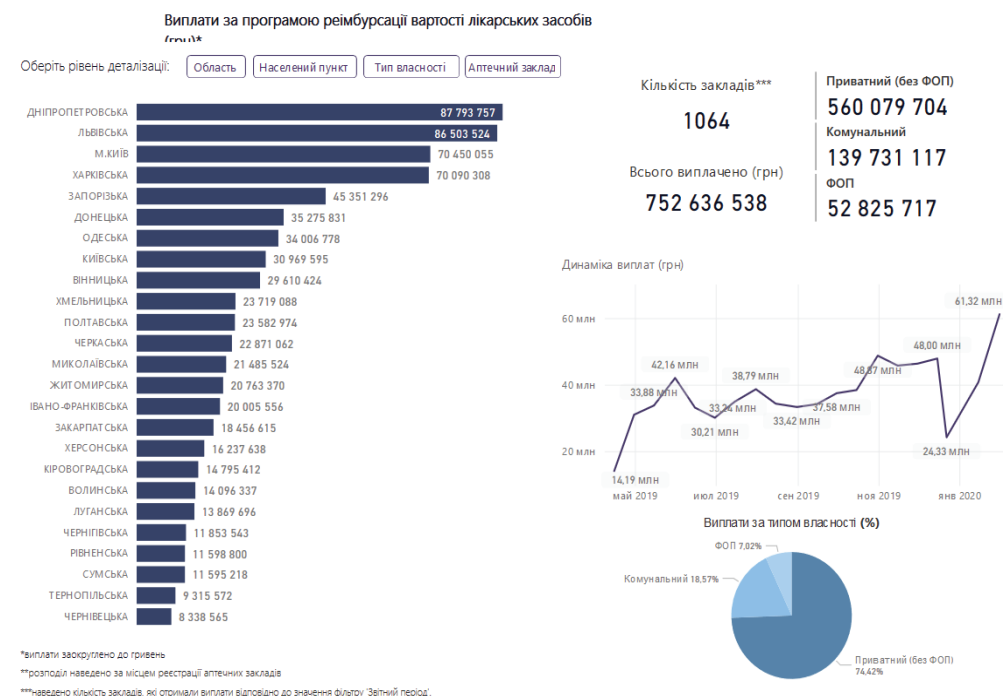


Рис. 2.8. Розподіл витрат аптечним закладам за договорами про реімбурсацію з НСЗУ, станом на лютий 2020 р.

Джерело: [7]

Зазначена інформація підтверджує значну динаміку в процесі укладання договорів між НСЗУ та закладами охорони здоров'я первинної ланки та аптечні заклади.

Іншою ознакою сучасної реформи є процес автономізації закладів охорони здоров'я. Механізм автономізації закладу охорони здоров'я розглядається у межах реформи як основний фінансовий та управлінський інструмент трансформаційного процесу та необхідною умовою для укладання договору між закладом та НСЗУ та умовою залучення закладу у механізм фінансування медичної допомоги.

Як уже зазначалось, усі медичні установи будуть здійснювати свою діяльність на конкурентних засадах. Раніше вони були державними закладами, що повністю фінансувалися за рахунок бюджетних коштів та здійснювали свою діяльність лише через систему вертикального контролю; їх керівники (головні лікарі) не мали свободи дії та прийняття рішень, та керувалися вказівками згори.

З прийняттям Закону України [12], заклад охорони здоров'я має конкурентні можливості на ринку охорони здоров'я та право розширити свої права до рівня усіх господарчих суб'єктів України, у т.ч. мають право на укладання угод, мати власний рахунок у банку, встановлювати заробітну плату персоналу без урахування тарифної системи оплати праці за власним розсудом тощо.

Таким чином, згідно з [12]:

- 1) керівник закладу охорони здоров'я отримує право на керівництво активами та фінансами, формувати кадрову політику та стратегію і визначати внутрішню організаційну структуру закладу;
- 2) керівник закладу охорони здоров'я отримує свободу встановлювати на свій розсуд заробітну плату співробітникам, а не заборонена законом;
- 3) закладу дозволяється мати власний банківський рахунок;
- 4) фінансування закладу відбувається на основі фінансового плану, на відміну від попереднього механізму – на основі витратного методу, що дозволяє більш ефективно управляти та використовувати фонди закладу;
- 5) заклад охорони здоров'я може проводити спільну діяльність іншими закладами, незалежно від форми власності, з метою розподілу функцій між ними та оптимального використання матеріальних, людських і фінансових ресурсів;
- 6) заклад може наймати на контрактній основі лікарів, які зареєстровані як фізична особа-підприємець та мають спеціальну ліцензію на здійснення медичної діяльності [42].

При цьому, некомерційне комунальне підприємство залишається у власності громади.

Отже, станом на квітень 2020 року, розпочинається третій заключний етап реформування охорони здоров'я, який має на меті повну реструктуризацію національної сфери охорони здоров'я.

Проте слід зауважити, що на першому та другому етапах реформування уповноважені органи та українське суспільство зіткнулося із багатьма проблемами:

- 1) у населення немає чіткого розуміння реформування як покращиться якість надання медичних послуг, хто оплачує послуги (держава чи все ж таки із власних коштів), до кого звертатися у екстрених випадках тощо є елемент слабого інформування;
- 2) у персоналу закладів охорони здоров'я є багато запитань у рамках чинної реформи: так, чи «покриють» повністю кошти (370 грн.), що виділяються на пацієнта, вартість витратних матеріалів, лабораторних досліджень, заробітну плату медичних сестер тощо; який механізм формування заробітної плати медичного персоналу обрано тощо;
- 3) у керівників закладів охорони здоров'я до перерахованих запитань додаються наступні: фінансовий інструментарій управління закладом охорони здоров'я; фінансове забезпечення закладу.

1 квітня 2020 року стартував третій етап реформування, який відбувається на тлі глобальної пандемії COVID-19. І вже сьогодні ми можемо впевнено стверджувати, що реформування галузі не є економічно обґрунтованим та зваженим. Так, протікання цих двох процесів – третього етапу реформування і пандемії – паралельно оголило низку проблем

в національній системі охорони здоров'я. У рамках існуючої концепції реформи охорони здоров'я залишається багато недоопрацьованих критичних моментів:

- відсутність чітко визначеного фінансового механізму управління закладом охорони здоров'я та нестача фінансування галузі, про що свідчать проблеми з матеріально-технічним оснащенням, відсутністю захисту медичного персоналу, низьким рівнем тестування на COVID-19 тощо;
- відсутність продуманої стратегії реформування галузі, що характеризується відсутністю процедур та механізмів управління, фінансування тощо закладів другої та третьої ланки;
- сума, що виділяється на пацієнта, не може повністю покрити витрати, що «впливають» із надання медичної послуги на пацієнта, а тим більше декілька звернень пацієнта на рік;
- виникає багато ризиків (фінансових, інвестиційних тощо) у рамках автономізації закладу охорони здоров'я;
- відсутні кошти у закладів охорони здоров'я на забезпечення електронного управління медичним закладом (*e-Health*);
- зменшення кількості вузькопрофільних закладів охорони здоров'я на тлі високо рівня медико-соціальної проблеми України за певними захворюваннями, зокрема туберкульозних диспансерів та спеціалізовані школи – школа санаторного типу (коли Україна посідає третє місце в світі за абсолютною кількістю зареєстрованих випадків туберкульозу із розширеною резистентністю [179]), психіатричних закладів (Україна посідає останніми роками перше місце серед країн ЄС за рівнем захворюваності) тощо;
- мають бути зменшені видатки на АУП (не більше 10 % від загального об'єму видатків);
- у межах автономізації має відбутися скорочення надлишкового персоналу та застосовуватися механізми аутсорсингу (невідкладної медичної допомоги, лабораторної діагностики, логістики біоматеріалів, патронаж, клінінг, обслуговування мереж, транспортні послуги тощо);
- впровадження дієвих механізмів стимулювання та мотивації діяльності співробітників закладу охорони здоров'я;
- впровадження управління та економіки інноваціями у межах діяльності закладу для підвищення якості та ефективності медичної і господарчої діяльності;
- застосування маркетингових механізмів та інструментів просування.

Зазначені інструменти, які мають бути запроваджені та використовуватися закладом охорони здоров'я, є надто витратними, а для їх використання у діяльності закладу, керівникові необхідні спеціальні управлінські, фінансові, маркетингові знання та навички, якими більшість (90 %) не володіє, оскільки у них немає економічної чи управлінської освіти. При цьому ці фінансові, управлінські та інші види заходів мають бути впроваджені таким чином, щоб негативно не позначитися на якості медичних послуг, а навпаки вони мають на меті її підвищення та сприяння залученню нових споживачів медичних послуг.

Так, перед керівниками виникають наступні ризики:

- 1) втрата державного замовлення;
- 2) конкуренція;

- 3) ефективне та оптимальне використання основних фондів;
- 4) забезпечення якості медичних послуг;
- 5) забезпечення невідкладного постійного надання медичної допомоги (24/7).

Можна з упевненістю стверджувати, що вже чітко окреслилися основні переваги та недоліки системи, що запропонована в рамках реформування.

Основні переваги сучасної моделі охорони здоров'я України можемо визначити такі:

- 1) забезпечення принципу доступності медичної допомоги для усіх верств населення;
- 2) високий рівень державного регулювання та контролю за наданням медичних послуг;
- 3) забезпечення високої якості надання медичних послуг.

Однак такі переваги матимуть місце лише тоді, якщо:

- 1) населенням України будуть стовідсотково підписані декларації із лікарями первинної ланки;
- 2) заклади охорони здоров'я первинного рівня укладуть договори з НСЗУ в необхідному обсязі;
- 3) заклади охорони здоров'я сформують відповідну базу для надання лабораторних, інструментальних, медичних послуг тощо;
- 4) будуть сформовані та затверджені чіткі механізми та інструменти формування заробітної плати медичного персоналу, фінансового контролю, контролю за якістю надання медичних послуг.

Такі проблеми варто вирішувати комплексно, за рахунок формування ефективної системи управління, що передбачає:

- 1) проведення внутрішнього та / чи зовнішнього аудиту діяльності закладів;
- 2) формування програми заходів щодо оптимізації діяльності закладу та плану заходів щодо його автономізації;
- 3) запровадження стратегічного бізнес-планування та управління закладом охорони здоров'я;
- 4) запровадження засад фінансового менеджменту;
- 5) запровадження засад управління персоналом закладу;
- 6) запровадження засад менеджменту якості.

Отже, необхідною запорукою конкурентного розвитку закладів охорони здоров'я є застосування ними управлінських інструментів, на рівні з маркетинговими.

Відтак, ми бачимо прагнення чинного керівництва створити універсалістську модель охорони здоров'я (державну модель). Проте незважаючи на значні переваги цієї моделі, вона має ряд недоліків, а саме:

- 1) обмеження ринкових відносин між пацієнтом та лікарем;
- 2) дефіцит бюджетних коштів (що є вкрай істотною умовою для забезпечення якісного та адекватного функціонування цієї системи);
- 3) високий ризик плинності медичного персоналу, що пов'язаний з незадоволеністю умовами праці оплатою тощо.

Сьогодні українська система охорони здоров'я позбавляється «кайданок» радянської моделі охорони здоров'я. Проте обраний вектор розвитку та реформування медичної системи охорони здоров'я надто суперечливий, оскільки універсалістська модель охорони

здоров'я характерна для розвинутих країн світу із стабільною економічною та фінансовою політикою (яскравим прикладом такої є медична модель Великобританії чи Данії, де відсоток від ВВП на охорону здоров'я складає близько 9,8% та 10,5% відповідно, на відміну від України, який складає 6,7%). Таким чином, існує необхідність формування та впровадження чітко вираженого механізму фінансування, управління та контролю за сферою охорони здоров'я України [69].

За результатами проведеного дослідження ми робимо наступний висновок, що реформування системи охорони здоров'я – це комплексний і складний процес, який охоплює усі організаційно-функціональні елементи системи. Є очевидними, що відбуваються значні зміни в фінансово-господарській, управлінській, організаційній та інших видах діяльності закладів охорони здоров'я України. В рамках зазначених змін, відбувається зміна парадигми системи управління закладами охороною здоров'я України, зокрема:

- 1) запроваджуються принципи підприємницької діяльності не тільки для закладів приватного сектору охорони здоров'я, а й для бюджетного сектору;
- 2) формується необхідність бізнес-планування як інструменту планування підприємницької діяльності закладів охорони здоров'я;
- 3) впроваджуються новітні механізми фінансування, що вимагають застосування інструментарію фінансового менеджменту для ефективного управління активами закладів охорони здоров'я;
- 4) формуються засади для впровадження інструментарію стратегічного менеджменту для здійснення середньо- та довгострокового управління закладами охорони здоров'я;
- 5) відбувається зміна в парадигмі управління кадрами закладів охорони здоров'я, що призводить до впровадження сучасних методів управління кадрами.

На нашу думку, для досягнення мети медичної реформи заходи необхідно здійснювати на основі постійного перерозподілу ресурсів між усіма елементами та рівнями медичної допомоги з метою прийняття клінічно результативних і економічно ефективних рішень у процесі надання медичної допомоги. При цьому є необхідність урахування мінливих умов ринку охорони здоров'я і системи розвитку клінічної практики у світі, що має бути забезпечено управлінням змінами у системі охорони здоров'я.

В рамках здійсненого дослідження, ми можемо також визначити основні чинники, що перешкоджають процесу реформування, серед них:

- 1) надмірність державних зобов'язань щодо надання безоплатної медичної допомоги;
- 2) дефіцит бюджетних коштів в національній економіці, що призводить до браку фінансових ресурсів на охорону здоров'я;
- 3) стагнаційні процеси та економічна криза, що склалася в національній економіці (спад виробництва, порушення виробничих зв'язків, зростання безробіття, зниження рівня добробуту населення);
- 4) через негативні процеси в економіці країни відбувається збідніння нації, що призводить до відсутності можливості у споживачів медичних послуг сплатити вартість цих послуг відразу (понад 25% населення, перш за все із соціально незахищених верств, внаслідок фінансово-економічних причин не звертаються за отриманням медичної допомоги [173; 131]);



- 5) брак висококваліфікованих медичних кадрів;
- 6) брак знань, кваліфікації та мотивації управлінського персоналу медичної сфери;
- 7) проблема доступу до закладів охорони здоров'я, особливо в сільській місцевості через нерозвиненість соціальної інфраструктури (відсутність чи брак транспортних засобів, брак медичних кадрів у сільській місцевості тощо);
- 8) відсутність інтересу у деяких політичних груп до реформи;
- 9) слабка методологічна база для здійснення реформи;
- 10) психологічні бар'єри у населення до сприйняття чинної реформи та недовіра до влади [69; 166; 207].

Сазонець І. Л. та Зима І. Я. здійснили соціальне опитування населення щодо визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України, так згідно з проведеним соціальним опитуванням, до найбільш важливих проблем, що потребують вирішення, оскільки негативно впливають на процес реформування охорони здоров'я респонденти віднесли:

- «недостатність розвитку фінансової інфраструктури на ринку фінансових послуг, що ускладнює розвиток недержавних комерційних форм охорони здоров'я» – 27% респондентів;
- «необхідність суттєвого удосконалення нормативного та правового забезпечення розвитку системи охорони здоров'я в Україні» – 12%;
- «складність отримання доступу до послуг системи охорони здоров'я» – 11% [207].

У межах цього ж соціологічного опитування було визначено наступні пріоритетні напрями реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я України, а саме:

- «оптимізація мережі установ охорони здоров'я» – 22%;
- «усунення фрагментації ресурсів охорони здоров'я» – 16%;
- «покращення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я» – 16% [207].

Є необхідність зазначити недоліки реформаційного процесу системи охорони здоров'я в Україні:

- відсутність чітко визначених цілей та завдань;
- постійний перегляд стратегії реформування;
- відсутність чітко визначеної стратегії реалізації прийнятих рішень;
- ігнорування науково обґрунтованих практичних підходів, методів та досвіду;
- ігнорування успішного світового досвіду та помилок;
- вплив лобістських груп;
- низькі темпи реалізації;
- неузгодженість і протиріччя в діях.

Результати проведеного дослідження підтверджують справедливість позиції, що медична реформа, яка сьогодні відбувається в Україні, – це болісний, але необхідний крок для нашої країни. Однак він не може проходити спонтанно, а тим більш без згуртованості керівництва держави, Міністерства охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я та суспільства. Держава має прислухатися до думки суспільства та медичних працівників, які мають розуміти необхідність заходів, які вживаються. Резюмуючи аналіз історичного

процесу реформування національної галузі охорони здоров'я, слід зауважити, що незважаючи на різні позиції у стратегіях реформування на різних етапах розвитку сфери охорони здоров'я, ці реформи об'єднують одне бачення – необхідність кардинальної зміни організаційно-економічних принципів господарчої та управлінської діяльності галузі у відповідності до ринкових механізмів господарювання та міжнародних стандартів надання медичної допомоги. Цей факт підтверджує і досвід розвинутих країн світу, що свідчить. Отже, процес реформування сфери охорони «не обмежується тільки збільшенням бюджетних видатків на потреби охорони здоров'я й оптимізацією законотворчих заходів, а включає запровадження відповідних соціально-економічних передумов, розробку ефективних, науково обґрунтованих управлінських механізмів» у сферу управління галуззю [203, с. 3].

Ці висновки підтверджуються результатами соціологічного опитування, що було здійснено автором в межах дослідження. В опитуванні взяли участь представники різних експертних груп системи охорони здоров'я всіх регіонів України, основна інформація про яких представлена у Додатку 3.

Серед основних завдань дослідження було визначено з'ясувати позиції щодо питань: (1) оцінювання стану та рівня розвитку національної системи охорони здоров'я; (2) визначення основних проблем розвитку галузі; (3) подальший перебіг реформування галузі; (4) визначення шляхів розвитку галузі; (5) типу фінансового механізму галузі.

Так, респондентами було визначено, що національна система охорони здоров'я характеризується кризовими явищами – 75% респондентів; 20% зазначили, що рівень розвитку галузі «нижче середнього», і лише 5% відмітили середній рівень розвитку галузі.

Основні чинники, які зумовлюють негативні тенденції у сфері охорони здоров'я та стримують розвиток, респонденти ранжували наступним чином: недостатність фінансування галузі – 32%; «тінізація» галузі – 28,5%; проблеми з кадровим забезпеченням (особливо управлінськими кадрами) – 12%; проблеми з матеріально-технічною базою – 10%; нерозвиненість ринку медичних послуг – 6,5%; недосконалість законодавчої бази – 6%; централізація державного регулювання галузі – лише 5%.

Виходячи з розуміння основних проблем та чинників, що стримують розвиток галузі, не є дивним, що пріоритети розвитку галузі згрупувалися наступним чином: удосконалення системи державного управління – 18%; удосконалення фінансових механізмів (17%) та диверсифікація фінансових джерел за рахунок впровадження страхової медицини (15,5%); перехід до «інноваційної» моделі управління галуззю – 14,5%; управління якістю надання медичної послуги – 13,5%; оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я на засадах стратегічного менеджменту – 13%; створення конкурентних засад розвитку галузі – 8,5%.

Відтак, для ефективного розвитку системи охорони здоров'я, необхідно, щоб та її частина, що належить до організаційної та управлінської діяльності закладів охорони здоров'я, відповідала сучасним та докорінно новим економічним і правовим умовам діяльності. Тільки тоді можлива повноцінна кооперація влади, бізнесу та суспільства у сфері реформування охорони здоров'я.

На нашу думку, якщо всі завдання та пріоритети, які було поставлено у процесі реформування, будуть виконані, то відбудеться підвищення рівня конкурентоспроможності України та благополуччя нації.

### 2.3. Ринок охорони здоров'я України

Загальна характеристика ринку охорони здоров'я

Ринок охорони здоров'я є складним утворенням, що включає ряд взаємопов'язаних ринків, а саме:

- 1) ринок медичних послуг;
- 2) фармацевтичний ринок;
- 3) ринок медичного обладнання;
- 4) ринок медичних технологій;
- 5) ринок медичного страхування;
- 6) ринок праці медичного персоналу;
- 7) ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я;
- 8) ринок новацій у галузі охорони здоров'я.

Частиною цього ринку є також фінансовий ринок як елемент інвестиційного механізму та механізму фінансування (рис. 2.9).



**Рис. 2.9. Структура ринку охорони здоров'я**

*Джерело: сформовано автором*

У межах ринку охорони здоров'я також відокремлюють ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни, а також ринок нетрадиційної медицини. Проте на думку автора, вони є частиною ринку медичних послуг.

Основними характеристиками ринку охорони здоров'я є:

- 1) високий рівень кваліфікаційних вимог до персоналу галузі;
- 2) високий ступінь бар'єрів та обмежень входу на ринок для постачальників медичної послуги;
- 3) високий рівень державного регулювання діяльності на ринку;
- 4) недосконалість та специфічність конкуренції на ринку;
- 5) централізовані механізми ціноутворення на товари та послуги на ринку;
- 6) різноманітність товару на цьому ринку;
- 7) соціальний ефект медичної допомоги, що ускладнює процес ціноутворення, оскільки основним товаром на ринку охорони здоров'я є не стільки продукти медичної праці, скільки здоров'я пацієнта;
- 8) асиметричність інформації на ринку, що впливає на якість медичної послуги;
- 9) можливість медичного персоналу впливати на кон'юнктуру ринку: лікар одночасно формує попит і пропозиції медичних послуг, оскільки він ставить діагноз, а, отже, визначає попит пацієнта на конкретну послугу і сам же готовий задовольнити цей попит;
- 10) високий рівень мінливості кон'юнктури ринку, оскільки відбувається процес співставлення процесів надання і споживання медичних послуг в часі і просторі, а це обумовлює залежність стану ринку від попиту на медичні послуги, що склався на даний момент;
- 11) недостатня визначеність та нечіткість зв'язків між витратами праці працівників галузі та їх кінцевими результатами, внаслідок чого діяльність медичного персоналу має яскраво виражений соціальний характер, яка в той же час не підлягає точній кількісній оцінці;
- 12) наявність зовнішніх чинників (екстерналій) у процесі надання медичної послуги: послуга впливає не тільки на споживачів, а й на інших осіб (наприклад, у зв'язку з розвитком санаторно-курортного лікування виникає доступ до цілющих джерел, розвивається інфраструктура населеного пункту, формуються нові робочі місця, розвивається туристична сфера та сфера гостинності. Іншою ілюстрацією є проведення профілактичних щеплень, що поліпшує загальну епідемічну ситуацію країни та регіону) [53; 267].

Ринок охорони здоров'я є регульованим зі сторони державної системи управління: він потребує державного регулювання для реалізації основної мети системи охорони здоров'я – збереження та зміцнення здоров'я нації. Держава виступає основним замовником медичних послуг.

Важливою ознакою ринку охорони здоров'я є різноманітність товару. Так, в межах ринків, що є його елементами, товаром є:

- 1) на ринку медичних послуг є медична послуга, що надається постачальником споживачеві (основною особливістю цього ринку є «відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова. Процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу і медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги» [127, с. 138];

- 2) на фармацевтичному ринку – фармацевтичні та парафармацевтичні товари та послуги;
- 3) на ринку медичного обладнання – медична техніка та устаткування;
- 4) на ринку медичних технологій – медичні технології та технологічні процеси;
- 5) на ринку медичного страхування – медична послуга;
- 6) на ринку праці медичного персоналу – праця як товар;
- 7) на ринку освітніх послуг у галузі охорони здоров'я – освітня послуга в сфері охорони здоров'я;
- 8) на ринку новацій у галузі охорони здоров'я – ноу-хау, розробка, новація, технологія, ідея тощо у сфері охорони здоров'я.

Отже, товар на ринку охорони здоров'я є дуже різномірним, проте основним товаром на ринку охорони здоров'я є медична послуга. Вона є специфічною, оскільки при її наданні над економічною рентабельністю та ефективністю переважають соціальна та медична ефективність, а також гуманітарні та етичні принципи.

### **Ринок медичних послуг**

У межах нашого дослідження ми проаналізуємо медичну послугу як основний об'єкт системи охорони здоров'я.

Закон України [12] визначає медичну послугу як таку, що «надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у т.ч. пацієнт» [12]. А медичне обслуговування розглядається як «діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням» [12].

Медична послуга – це діяльність медичного персоналу в межах певного закладу охорони здоров'я, незалежно від форми власності, щодо здійснення профілактичних, діагностичних, лікувальних, адміністративно-господарських та управлінських заходів та інших дій, які спрямовані на збереження, зміцнення, поліпшення, відтворення індивідуального та громадського здоров'я, що дозволяє підвищити його рівень життя.

Медична послуга надається як на платній, так і на безоплатній основі (в цьому випадку йдеться про медичну допомогу). Оплата медичної послуги визначається ступенем її соціальної значущості та доступності споживачеві, з урахуванням ранжування доходів населення.

Дослідження ринку медичних послуг як соціально-економічної системи підтверджує, що збереження і відновлення здоров'я населення залежить як від системи економічних відносин між постачальниками і споживачами медичних послуг, так і від способу життя населення. Отже, медична діяльність надається в межах усього медико-соціального комплексу.

У процесі дослідження було виявлено характерні ознаки медичних послуг, а саме: комплексність; складність для сприйняття; періодичність задоволення потреб у медичних послугах; невизначеність щодо її необхідності; тривалість медичної послуги в часі.

Особливості медичної послуги, на відміну від загальної сфери послуг, обумовлені її специфікою, зокрема:

- незамінність медичної послуги (право на здоров'я є конституційним та невід'ємним від людини);
- послуга є персоналізованою та індивідуалізованою: надається певному пацієнту певним лікарем;
- наявність тимчасового лага між моментом надання послуги й кінцевим результатом її споживання, який характеризується зміною стану здоров'я пацієнта;
- не існує до початку її надання чи виробництва;
- трудомісткістю, наукоємністю, отже характеризується як високоінтелектуальний вид праці;
- складністю визначення точної вартості медичної послуги, оскільки неможливо оцінити до моменту закінчення її надання та важко піддається кількісному розрахунку;
- складністю та мінливістю якості медичної послуги, навіть при виконанні одним й тим самим лікарем, оскільки залежить від значної кількості факторів впливу;
- впливом особистісного фактору надання медичної послуги, що визначається ступенем довіри споживача до постачальника (значимість цієї особливості зумовлено тим, що в результаті надання медичної послуги змінюється стан здоров'я пацієнта);
- необхідністю проведення підготовчого періоду споживання медичної послуги, що передбачає проведення лабораторно-діагностичних досліджень, інструментальних досліджень тощо [59; 151].

У Класифікаторі видів економічної діяльності медична послуга винесена в межах Секції Q «Охорона здоров'я та надання соціальної допомоги» – Розділ 86 «Охорона здоров'я».

Існують три основні напрями зі специфічними формами пропозиції медичних послуг і задоволення медичних потреб, а саме: (1) медичні послуги зі збереження життя; (2) медичні послуги з метою повернення, відновлення та збереження здоров'я та рівня працездатності; (3) медичні послуги із збереження та підтримання здорового стану.

I. Медичні послуги зі збереження життя охоплюють послуги в межах пренатального періоду, екстремальних ургентних станів, загрозливих для життя пацієнта, у похилому віці, паліативні медичні послуги при невиліковних захворюваннях тощо). Цей сегмент ринку охорони здоров'я отримав назву «маркетинговий сегмент життя».

II. Медичні послуги з метою повернення здоров'я, відновлення і збереження певного рівня працездатності при її тимчасовій втраті – «маркетинговий сегмент хвороб» ринку здоров'я. Види медичних послуг у цьому сегменті розподіляються за напрямками:

- спрямовані на лікування гострих захворювань і профілактика загострень хронічних захворювань;
- спрямовані на недопущення переходу тимчасової втрати працездатності в стійку (інвалідність);
- збереження і підтримка певного ступеня хронічних станів та інвалідності.

III. Медичні послуги, що зберігають і підтримують стан здорового організму – «маркетинговий сегмент здоров'я», що включає послуги з імунопрофілактики, диспансеризації, косметологічні послуги тощо.

Загалом у медичній практиці виділяють наступні види медичних послуг:

- консультаційні послуги та лікування, що надаються лікарями всіх спеціальностей у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, а також в умовах приватної практики;
- діагностичні послуги;
- лабораторні послуги;
- інструментальні дослідження;
- послуги приватних консультантів;
- послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- послуги санаторно-курортних закладів;
- послуги інших закладів охорони здоров'я для відновлення здоров'я людини [151].

Основними контрагентами ринку медичних послуг є:

- 1) постачальник медичних послуг – це основний суб'єкт діяльності (ще називають медичний суб'єкт) – це заклад охорони здоров'я, який зареєстровано та ліцензовано в установленому законом порядку, будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, що надає медичні послуги;
- 2) інші заклади охорони здоров'я, які беруть участь у реалізації складного лікувально-діагностичного процесу (постачальники фармацевтичних препаратів, товарів медичного призначення, організації, що реалізують та обслуговують медичну техніку, страхові організації тощо);
- 3) фінансово-кредитні організації, що надають фінансові та банківські послуги з лізингу, факторингу, кредитування, виконують посередницькі послуги добровільного медичного страхування;
- 4) органи державної влади як елемент державного регулювання та контролю;
- 5) споживач медичної послуги – громадяни країни (група, неоднорідна за своїм складом та функціями в реалізації господарчих зв'язків в умовах ринку) [53].

Ринок медичних послуг є олігополією, оскільки в його межах:

- 1) існує незначне число постачальників медичної послуги – в межах одного регіону сумарна частка закладів охорони здоров'я, кількістю від 4 до 8, складає не менше 60 % від загального обсягу потреб у медичних послугах;
- 2) існують значні вхідні бар'єри для входу на ринок нових постачальників послуг;
- 3) медична послуга може бути як стандартизованою, так і диференційованою;
- 4) вертикальні ієрархічні зв'язки між закладами охорони здоров'я, що унеможливають ефективні механізми забезпечення конкурентоспроможності;
- 5) існує переважно нецінова конкуренція при виробництві і споживанні медичних послуг у системі комунальної форми надання медичних послуг [53].

### **Державне регулювання ринку охорони здоров'я**

Загальновизнана позиція про те, що ринкові відносини в галузі охорони здоров'я не можуть бути стихійними та не врегульованими, а сфера законодавства про ринок повинна бути обмежена. Дійсно, галузь охорони здоров'я – це така сфера, яка не може бути повністю орієнтована лише на ринкові відносини.

Необхідність обмеження ринкових відносин у галузі охорони здоров'я зумовлена саме його специфікою, а саме через гуманітарну спрямованість медичної діяльності, яка передбачає перевагу медичних результатів над фінансовими, що робить сферу ринкових відносин охорони здоров'я обмеженою. Як ми вже зазначали, гуманність, справедливість та якість медичної допомоги є основними вимогами до сфери охорони здоров'я.

Таким чином, до ефективності галузі охорони здоров'я слід звертатися з позицій медичної, соціальної, економічної та фінансової діяльності. Отже, ми бачимо, що здебільшого заклади охорони здоров'я діють, незважаючи на економічні розрахунки, принципи та прибутковість. Це вимагає структуризації медичних послуг, які можуть бути або не можуть бути залучені до ринкових відносин. А це, перш за все, визначається державою. Так в Україні, це гарантований державою пакет медичної допомоги.

З іншого боку, ринкові відносини в галузі охорони здоров'я самі по собі не можуть існувати через позицію держави як монополіста.

До основних функцій держави в межах регулювання ринку охорони здоров'я належать:

- 1) контроль за якістю медичних послуг та товарів фармацевтичного ринку, контроль за діяльністю закладів охорони здоров'я та інших сегментів ринку охорони здоров'я (освітніх закладів, науково-дослідних, виробничих тощо);
- 2) фінансування галузі та соціально значущої медичної допомоги;
- 3) здійснення моніторингу ефективності державних програм охорони здоров'я;
- 4) подолання негативних ринкових наслідків, особливо в недержавному (приватному) секторі охорони здоров'я;
- 5) контроль за епідеміологічною ситуацією, чистотою довкілля та здійснення санітарно-просвітницької роботи, у т.ч. зі здорового способу життя;
- 6) формування культури медичного обслуговування в країні тощо.

Держава використовує фінансові, кредитно-грошові та адміністративні методи регулювання ринку охорони здоров'я, а також механізми планування та прогнозування діяльності [267]. Важливим елементом державного регулювання на ринку охорони здоров'я є державне регулювання ціноутворення, що спрямоване на «встановлення і збереження» певного рівня цін на ринку охорони здоров'я [164].

За думкою З. О. Надюк, важливими завданнями державного регулювання ціноутворення в сфері охорони здоров'я є:

- 1) забезпечення рівних економічних умов для закладів охорони здоров'я, незалежно від форм власності, та приватно практикуючих лікарів;
- 2) забезпечення соціального захисту населення з диференційованим підходом до ціноутворення на медичні послуги та товари медичного призначення;
- 3) підвищення якості надання медичних послуг;
- 4) заходи з попередження інфляційних процесів на ринку охорони здоров'я (особливо у сегменті медичних послуг та фармацевтичному ринку);
- 5) антимонопольне регулювання цін [164, с. 64].

Для визначення сфер державного (неринкового) регулювання медичного сегменту можна відзначити такі критерії:

- 1) співвідношення витрат на надання безоплатної медичної допомоги з витратами, які перераховуються населенню у разі його відсутності;

2) економічні можливості держави та добробут населення.

Основними методами регулювання цін на ринку охорони здоров'я є: (а) прямого регулювання та (б) непрямого (опосередкованого) регулювання. Так, до методів прямого регулювання цін на ринку, які використовуються в межах чинного законодавства, належать: «заморожування» цін; встановлення граничного значення рівня цін; регламентація рівня рентабельності; встановлення нормативів для визначення цін; декларування цін тощо. Методи непрямого регулювання представлені наступними, зокрема: оподаткування; регулювання грошового обігу; оплата праці; кредитна політика; регулювання державних витрат; встановлення норм амортизації.

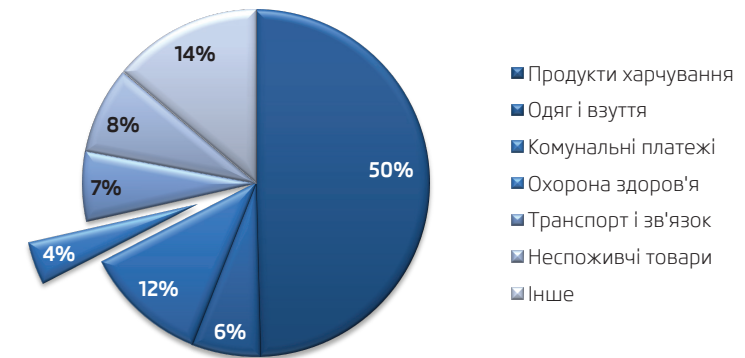
Механізм ціноутворення та контролю над цінами в межах чинного законодавства України регулюється наступними основними документами:

- Закон України «Про ціни і ціноутворення» № 5007-VI від 21 червня 2012 р., в редакції від 30.01.2018 р. [19];
- Податковий кодекс України Документ 2755-VI в редакції від 18.03.2020 р. [3];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про Положення про державне регулювання цін (тарифів) на продукцію виробничо-технічного призначення, товари народного споживання, роботи і послуги монопольних утворень № 135 від 22 лютого 1995 р., в редакції від 13.06.2002 р. [33];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» № 955 від 17 жовтня 2008 р. в редакції від 01.07.2019 [27];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» № 333 від 25 березня 2009 р. в редакції від 23.01.2020 [20];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та вироби медичного призначення» № 240 від 2 липня 2014 р. в редакції від 23.01.2020 р. [25];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)» № 1548 від 25 грудня 1996 р. в редакції від 23.01.2020 р. [28];
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» № 1138 від 17 вересня 1996 р. в редакції від 23.01.2020 р. [31].

#### **Характеристика сучасного стану ринку охорони здоров'я в Україні**

Ринок охорони здоров'я України займає значну частку в структурі економіки, незважаючи на законодавчо задекларований принцип безоплатності медичної допомоги. Так, за даними Державної служби статистики, витрати на медичну галузь складають 4% від загальних витрат українських домогосподарств [5] (рис. 2.9).

У структурі витрат на охорону здоров'я переважають: витрати на придбання медичних товарів, фармацевтичних та парафармацевтичних препаратів (наприклад, витратні матеріали тощо).



**Рис. 2.10. Загальні витрати українських домогосподарств, за даними Державної служби статистики України**

*Джерело: сформовано автором на основі [5]*

*Державний сектор охорони здоров'я.* Незважаючи на те, що, згідно з дослідженнями Світового Банку, щорічно в Україні підвищуються обсяги фінансування державної медицини (Додаток Г), проте цей процес значно не позначається на поліпшенні загального стану галузі. Негативною ознакою також є те, що із 2009 року пряма оплата та співплата населенням медичних послуг в Україні становить більше 40% при низькому рівні достатку населення. Жителі великих міст за послуги охорони здоров'я сплачують на 3-6% більше, ніж населення малих сіл і містечок.

Згідно з дослідженням *The Legatum Institute*, Україна в 2018 році перебувала на 135 місці з 148 можливих за рівнем розвитку у сфері охорони здоров'я [47].

Щорічно до закладів охорони здоров'я, державної форми власності, звертається близько 18 млн. пацієнтів, при цьому, за даними експертів, 93% з цих звернень самостійно оплачують вартість лікування.

За кількістю прикріпленого до державних амбулаторно-поліклінічних закладів населення лідерство утримують регіони – Дніпропетровська, Львівська та Харківська області, а також м. Київ.

На високий рівень звернень до державних закладів впливає, найперше-фінансовий фактор, а також фізична доступність приватних клінік – вони розташовані у великих містах (крім стоматологічних кабінетів, які є більш поширеним видом приватної медичної практики і охоплюють навіть невеликі населені пункти). У приватні клініки, як правило, звертаються жителі мегаполісів – Києва, Одеси, Львова, Дніпра тощо.

Державна система охорони здоров'я України відчуває постійний дефіцит фінансових коштів, що впливає на нестачу медичного персоналу, завантаження лікарів, наявність необхідного обладнання тощо.

Така ситуація успішно доповнюється зростаючим приватним сектором.

Незадовільна якість медичних послуг, що надаються державними закладами охорони здоров'я, є головною причиною розвитку приватної медицини в Україні. Основна відмінність приватних клінік від державних – це наявність сучасного діагностичного та лікувального обладнання, яке забезпечує високий рівень продуктивності.

Обсяг ринку медичних послуг зростає за рахунок появи нових закладів охорони здоров'я приватної форми власності, а також зростання цін на медичні послуги. На сьогоднішні відсутні точні статистичні дані про фінансовий обсяг досліджуваного ринку через наявність тіньових механізмів оплати послуг як в державному, так і в приватному секторі.

Обсяг ринку медичних послуг представлено на рис. 2.11.

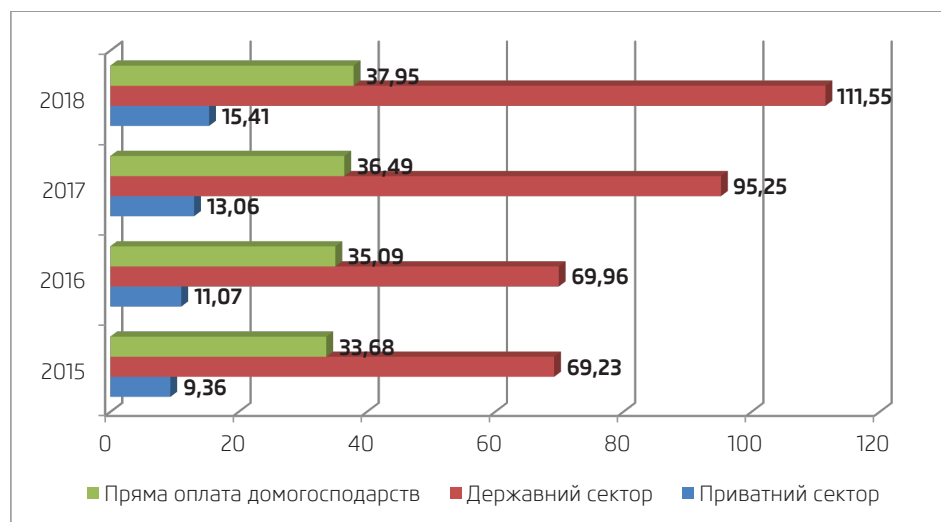


Рис. 2.11. Обсяги ринку медичних послуг в період з 2015 по 2018 рр., млрд грн.

Джерело: сформовано автором за даними [5]

У державному секторі за останні роки зменшилися як кількість лікарняних закладів, так і кількість ліжок-місць. Однак, збільшилася кількість амбулаторно-поліклінічних закладів. Дані щодо динаміки кількості закладів охорони здоров'я представлено у табл. М. 3 Додатку М.

З даних, представлених у табл. М. 3 Додатку М бачимо, що кількість лікарняних закладів в 2017 році у порівнянні з 1990 р. зменшилась у 2,3 рази (на 2,2 тис. закладів), а на кількість ліжок на 10 000 населення цей показник зменшився в 1,9 рази (на 62,4 тис. ліжок на 10 000 населення), відповідно, число амбулаторно-поліклінічних закладів збільшилась у 1,5 рази (на 3,5 тис.), а планова ємність цих закладів на 10000 населення збільшилась в 1,3 рази (на 45,5 тис. відвідувань на 10 000 населення), що підтверджує процес реформування на первинній ланці надання медичної допомоги.

Найбільша кількість лікарняних ліжок знаходиться в центральних районних лікарнях та міських лікарнях.

Негативна динаміка спостерігається і в кількості медичного персоналу (табл. М. 4 Додатку М). Частка медичного персоналу щорічно знижується, основна причина виїзду кваліфікованих медичних працівників за кордон – це низький рівень заробітних плат, відсутність системи мотивації та стимулювання. Проблема ускладнюється невідповідністю підготовки медичних фахівців до потреб практичної охорони здоров'я та завдань структурної перебудови економічної діяльності. Недостатня соціальна захищеність медичних

працівників призводять до погіршення якості медичної допомоги з усіма відповідними наслідками [272, с. 231].

Важливою умовою розвитку ринку медичних послуг є зміцнення інноваційного потенціалу системи охорони здоров'я України. У державному секторі охорони здоров'я ситуація із матеріально-технічними ресурсами є надто складною: застаріла медична техніка та технології. Національна промисловість не випускає медичну техніку, яка відповідає б світовому рівню за багатьма, особливо високотехнологічними критеріями. Одним зі шляхів вирішення цієї проблеми, з огляду на зарубіжний досвід, міг би стати розвиток виробництва медичної техніки на підприємствах промислового комплексу України, а також використання нових організаційних форм та інноваційних технологій у межах закладів охорони здоров'я (тобто вони потребують оптимізації та реструктуризації діяльності).

На українському ринку медичного обладнання та техніки переважає імпортована техніка. В Україну завозяться як цілі апарати, так і його частини. Гуманітарна допомога в загальній структурі імпорту займає 5% в натуральних показниках. Ємність ринку медичного обладнання станом на 2016 рік представлена у табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Ємність ринку медичного обладнання України в 2016 р.

Показник	млн. грн.	млн. дол.
Виробництво	479,50	18,77
Імпорт	5171,04	202,38
Експорт	305,76	11,97
<b>Усього</b>	<b>5344,78</b>	<b>209,18</b>

Джерело: [169]

Структура експорту вітчизняного медичного обладнання представлена електромедичної апаратурою; апаратурою для дослідження зору; апаратурою, що використовує рентгєнівське, альфа-, бета- або гамма-випромінювання; апаратурою для психологічних тестів на визначення здібностей, механотерапії, пристроями ортопедичними, штучними частинами тіла, слуховими апаратами, а також, масажною та дихальною апаратурою (рис. 2.12).



Рис. 2.12. Структура експорту вітчизняного медичного обладнання, станом на 2011 р.

Джерело: [83, с. 14]

Основними ринками збуту українського медичного обладнання є РФ, Казахстан, Словаччина, Німеччина, Гонконг, Білорусь, Республіка Молдова, Грузія, Туреччина, Індія.

Процес оснащення державних закладів охорони здоров'я проілюстровано на прикладі лікарень інтенсивного лікування.

Державні заклади охорони здоров'я здійснюють придбання медичного обладнання через електронну систему тендерів, у яких беруть участь дистриб'ютори. Тендерна система дозволяє вибрати найкращу пропозицію на ринку за прийнятною ціною, яка може варіюватися в широких межах.

В Україні існує дворівнева система лікарень інтенсивного лікування. На першому рівні населенню надається планова спеціалізована консультативна та медична допомога інтенсивного лікування та догляду. На другому – забезпечується вторинна (спеціалізована) медична допомога пацієнтам в гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, з обов'язковою наявністю відділень екстреної медицини.

Для оцінки потреби закладу в обладнанні використовують відповідні Табелі оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення.

Згідно Табелю оснащення лікарень інтенсивного лікування, в її відділеннях повинна бути така мінімальна кількість обладнання:

- травматологічний пункт: апарат наркозний – 1; безтіньова лампа – 1; освітлювач рефлекторний – 1; стіл операційний – 1;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії: біохімічний аналізатор – 1; апарат УЗД – 1; апарат штучної вентиляції легенів – 7; електрокардіограф – 2; монітор пацієнта – 7; пульсоксиметр – 5; стіл операційний – 1;
- хірургічне відділення: апарат штучної вентиляції легенів – 2; дефібрилятор – 1; електрокардіограф – 2; монітор пацієнта – 1; пульсоксиметр – 1; стіл операційний – 2;
- операційний блок: апарат інгаляційного наркозу – 2; апарат штучної вентиляції легенів – 2; дефібрилятор – 2; кардіомонітор – 2; монітор – 1; монітор мембранний – 2; освітлювач безтіньовий – 12; освітлювач налобний – 5; пульсоксиметр – 1; стіл операційний – 4;
- клініко-діагностична лабораторія: аналізатор біохімічний автоматичний селективний – 1; аналізатор біохімічний напівавтоматичний багатоканальний – 1; аналізатор імунологічний – 1; аналізатор колориметрический імуноферментний – 1.

У регіональному розрізі найбільша кількість медичного обладнання та техніки закуповується в м. Києві. Це пояснюється найбільшим у країні ліжковим фондом, який забезпечується наявністю в м. Києві значної кількості закладів охорони здоров'я, як місцевого рівня, так і загальнодержавного, науково-дослідних медичних інститутів тощо.

Ситуація в інших регіонах неоднорідна. В обласних лікарнях може не бути деяких видів обладнання, яке рідко використовується і вимагає значних фінансових ресурсів на придбання і обслуговування.

Перспективи розвитку ринку медичних послуг і, відповідно, медичного обладнання пов'язані з реформуванням сфери державної медицини, яка займає домінуюче становище в галузі надання медичних послуг населенню. Скорочення тіншового сектора за рахунок прозорої системи оплати послуг, надання більшої самостійності закладам охорони здоров'я

у використанні зароблених фінансових коштів і розширення бюджетного фінансування дозволять збільшити обсяг легального ринку.

Позитивно на ринок медичних послуг може вплинути також подолання кризових явищ в економіці країни. Зокрема, підвищення купівельної спроможності населення буде сприяти як задоволенню відкладеного попиту на медичні послуги, так і появи у людей нових потреб в цій галузі.

Ринок медичних послуг України складається з трьох частин: бюджетного фінансування, доплати клієнтів за медичні послуги і послуг приватної медицини. Як ми бачимо з аналізу, державна складова має тенденцію до скорочення, тоді як приватний сектор поступово збільшує свою частку, хоча й обсяг ринку медичних послуг в доларовому еквіваленті щорічно скорочується через негативної динаміки валютного курсу і залежно від імпортного обладнання.

Вище зазначені тенденції посилюються. Подальший розвиток ринку буде відбуватися під впливом реформування національної системи охорони здоров'я – зміни механізмів фінансування закладів охорони здоров'я, розвитку медичного страхування, введення приписної системи вибору лікаря тощо. За результатами реформування галузі, з 2020 року припиняється пряме державне фінансування більшості державних і комунальних закладів охорони здоров'я, що призведе до закриття частини з них, особливо розташованих в мало-населених районах та сільській місцевості.

Безкоштовними залишаться деякі медичні послуги, що входять в гарантований пакет, який буде щорічно затверджуватися державою. Решта стануть оплачуваними або за рахунок медичного страхування, або за рахунок пацієнтів (прямі оплати). В такому випадку конкурентоспроможність приватних закладів зростає, тому що бюджетна медицина, на підставі якої створюється нова структура охорони здоров'я, не зможе швидко перебудуватися на надання високоякісних послуг.

Приватний сектор охорони здоров'я. Сьогодні, приватний сектор становить близько 20% обсягу ринку медичних послуг. Темпи зростання приватних медичних послуг високі: у 2012 р. недержавні клініки займали всього 1% ринку охорони здоров'я України, у 2016 р. – 10%, станом на 2019 р. – близько 20%.

Проте приватний сектор ринку охорони здоров'я України, у порівнянні з іншими країнами, є не достатньо насиченим (в країнах з розвинутою приватної медициною її частка становить не менше 50-60% в загальному обсязі медичних послуг), хоча й рентабельність діяльності приватних закладів в середньому становить близько 25%.

Стримуючими факторами розвитку приватного сектору є:

- 1) високі вхідні бар'єри;
- 2) високий рівень початкових інвестицій у відкриття приватного закладу;
- 3) реформування галузі, що може призвести до формування більш прозорого механізму функціонування та фінансування, що в подальшому має призвести до поліпшення якості надання послуг на державному рівні;
- 4) низька купівельна спроможність населення: через зростання цін споживачі змушені переглядати свої витрати шляхом скорочення ресурсів на приватну медицину і переходу на безкоштовні консультації у державних закладах (за даними

Державної служби статистики України, в 2018 р. 28,4% сімей не змогли знайти коштів на придбання необхідних ліків та медичних приладів);

5) дефіцит кваліфікованих медичних кадрів у цілому галузі.

Приватний медицина України налічує близько 50 тис. закладів, включаючи приватну лікарську практику (займає 10% всього ринку медичних послуг) [82, с. 95]. Вона є найбільш розвиненим за тими медичними спеціалізаціями, де позиції державної медицини найслабші, наприклад, інструментальні та лабораторні дослідження, діагностичні послуги, репродуктивна медицина тощо.

У галузевій структурі приватного сектору поступово збільшується частка лікарень та діагностичних центрів. Так якщо в 2016 році 70% приватних закладів охорони здоров'я мали штат до 20 співробітників [185]. Це приватні стоматологічні, офтальмологічні кабінети, клініки пластичної хірургії. Решта складала багатoproфільні поліклініки. То з 2017 року спостерігається тенденція до укрупнення медичних клінік і центрів.

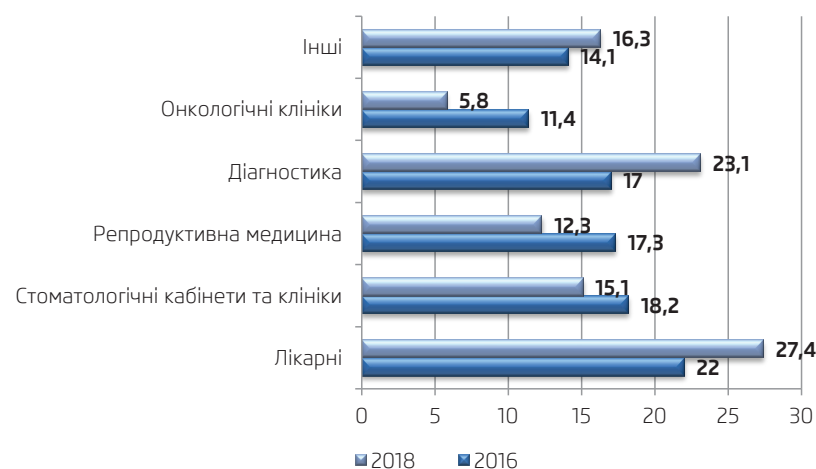
Загалом в Україні приватних багатoproфільних клінік близько 60, а великих мереж – лише 10 («Оберіг», «Борис», «Оксфорд Медіком», «Добробут», клініка «Медіком», «Ісіда», «Інто-Сана» тощо).

Тенденція до укрупнення приватної медичної діяльності свідчить про збільшення інвестицій у сферу бізнесу. Точками зростання приватної медицини стали міста: Київ, Одеса, Львів.

За оцінками медичних страхових компаній, які склали рейтинг приватних клінік за наступними критеріями: доступність, вартість, якість, рівень сервісу, ціна/якість, наявність комплексу медичних послуг, лідируючу позицію в даному рейтингу в 2018 р. займає клініка «Добробут», на другому місці – «Медіком», а на третьому – «Борис» [199].

Найменшу частину приватного сектору займають приватні онкологічні клініки, представлені всього трьома центрами, кількість яких за останні два роки не змінювалася.

Галузева структура ринку приватних медичних послуг в Україні представлена на рис. 2.12.



**Рис. 2.13. Галузева структура ринку приватних медичних послуг в Україні в 2016 та 2018 рр., %**

Джерело: сформовано за даними [168]

На рис. 2.13 наведено структурування ринку медичних послуг, за результатами якого найбільшими сегментами у 2018 році є багатoproфільні лікарні та діагностичні центри, а також додаткові медичні послуги, серед яких гінекологія (16%), хірургія (15,3%), дерматологія (14,3%), урологія (9,1%), онкологія (3,5%) і гемодіаліз (0,6%).

Головним джерелом фінансування платних медичних послуг в Україні в 2016–2018 рр. були фізичні особи – близько 80%, юридичні особи – 12%, а також страхові компанії – 6%.

Додатковою діяльністю для багатьох приватних закладів охорони здоров'я є організація лікування за кордоном (медичний туризм). Для України на сьогоднішній день найбільш поширеними напрямками є: Німеччина, Ізраїль і Туреччина. За направленістю медичної допомоги – це: лікування онкологічних захворювань та трансплантація органів.

Медичний туризм в Україні є фактично поза межами державної політики.

У 2018 р. з метою лікування Україну відвідали майже 65 тис. медичних туристів. Оскільки середній чек на медичні послуги становить близько 2,5 тис. дол. США, прибуток України від медичного туризму в 2018 р. склав близько 162 млн дол. США. Близько 60 млн дол. США – додатковий прибуток від супутніх послуг (проживання в готелях, харчування, екскурсійні послуги для пацієнтів та членів їхніх родин тощо). При цьому кількість туристів, які відвідали Україну з метою оздоровлення, більше ніж удвічі перевищує показники лікувального туризму. Наприклад, тільки курорт Трускавець у 2018 році прийняв близько 40 тис. іноземців (з них понад 40% – із Польщі). Безперечно, витрати тільки на оздоровлення – менші, ніж на лікування. Але якщо врахувати весь прибуток держави від лікувального й оздоровчого туризму, то вийде майже 300 млн дол. США у 2018 р.

Водночас кількість українців, які обрали діагностику та лікування за кордоном, наразі перевищує відповідні показники в'їзного медичного туризму. А оскільки вартість медичних послуг за кордоном вища, то сальдо за економічними показниками медичного туризму України негативне.

Світовий ринок медичного туризму демонструє щорічний приріст на 15–20%. Отже, національна система охорони здоров'я має зробити акцент на цьому виді медичної діяльності як перспективної для інвестицій, оскільки національний медичний туризм має значний потенціал росту, особливо за умови об'єднання зусиль учасників ринку і держави [230].

Отже, розширення ринку приватних медичних послуг в Україні могло б бути більш динамічним. Для цього необхідно вдосконалити нормативну базу, що регламентує надання медичних послуг, зокрема, полегшити систему акредитації та легалізації приватних закладів охорони здоров'я, прийняти ряд законів, спрямованих на розвиток медичного страхування, трансплантології, медичного туризму тощо, спростити систему взаєморозрахунків страхових компаній і закладів.

Як свідчать результати аналізу, в Україні приватна і державна медицина розвивається різними темпами.

Кваліфікація лікарів, як правило, однакова для обох секторів галузі, адже медичний персонал працює і в приватному, і в державному секторах, а ось технічне забезпечення, обладнання та рівень зарплат медичного персоналу різняться, що і створює таку відмінність. Отже, для приватного сектору характерна позитивна тенденція розвитку зі зростання кількості лікарів-практиків та підвищення їхньої кваліфікаційної категорії з одночасним зменшенням їхнього числа в державній сфері.



Ще одним показником аналізу є якість. Якість медичного обслуговування є одним з визначальних чинників для забезпечення взаємодії з клієнтами. Приватний сектор забезпечує більш ефективне управління закладами охорони здоров'я. На відміну від державних, приватні заклади конкурують один з одним, що призводить до постійного підвищення внутрішньої ефективності та впровадження інновацій.

За результатами аналізу ринку медичних послуг можна зробити висновок про сильну залежність його подальшого розвитку від динаміки підвищення рівня наявних доходів наших співвітчизників. При цьому цей ринок є «...надмірно регульованим з боку держави. Механізми ринку ... майже не функціонують, принаймні офіційно. Водночас галузь потерпає від проблем, що є наслідком нераціонального функціонування ринку. За деякими оцінками, близько 2/3 ринкового обсягу галузі припадає на «тіньовий» сектор». Важливою ознакою ринку охорони здоров'я України є те, що в ньому «розвиваються неконтрольовані механізми пристосування до ринкового середовища» за рахунок поширення неофіційних прямих платежів від споживачів медичних послуг [200, с. 64-65].

Фармацевтичний ринок. Фармацевтичний ринок є найбільш прогресивним серед інших ринків охорони здоров'я України. Він є одним з найпривабливіших напрямків для інвестицій та має значний потенціал для зростання, адже витрати на фармацевтичні препарати в розрахунку на одну особу в Україні на декілька разів нижчі, ніж у сусідніх країнах. У 2018 р. вітчизняний фармацевтичний ринок значно прискорив темпи зростання на фоні відновлення загального споживання, у порівнянні з минулими роками.

За даними аналітичної компанії «Proxima Research International», за підсумками 2019 р. обсяги роздрібною реалізації всіх категорій товарів «аптечного кошика» становили 103,9 млрд грн, що в доларовому еквіваленті дорівнює 4,0 млрд дол. США. У 2019 р., порівняно з 2018 р., обсяги продажу збільшилися на 16,5% в гривневому та 23,5% в доларовому вираженні. У натуральному вираженні обсяги продажу скоротилися на 2,8% до 1,7 млрд упаковок. Обсяги продажу медичних виробів у національній валюті у 2018 р., порівняно з 2017 р., збільшилися на 21%, а в упаковках – на 10%. На ринку медичних виробів прогнозується приріст у діапазоні 17-20% у грошовому вираженні й близько 4-6% – в натуральному вираженні. У відносних показниках, за підсумками 2018 р., частка медичних виробів на фармацевтичному ринку становить майже 8% від загальних обсягів роздрібною продажу в грошовому та 28% – у натуральному вираженні.

Динаміка обсягів роздрібною реалізації товарів «аптечного кошика» представлена у табл. 2.4 та на рис. 2.13.

Середньозважена роздрібна вартість однієї упаковки медичних виробів, у порівнянні з іншими категоріями товарів «аптечного кошика» (лікарськими засобами, дієтичними добавками, косметикою), найнижча. Слід зауважити, що всередині категорії цей показник значно варіює. Так, у 2018 р. найвищу середньозважену роздрібну вартість мають медичні прилади та апарати (262 грн.), а найнижчу – шприци (2,5 грн.). Каталізатором зміни вартості є імпортовані товари, оскільки вони значно дорожчі за вітчизняні [198]. Середньозважена вартість однієї упаковки товарів «аптечного кошика» за підсумками 2019 р. становила 61,0 грн і зросла на 19,8% порівняно з 2018 р. (рис. 2.15).

Таблиця 2.4 - Обсяги роздрібною продажу різних категорій товарів «аптечного кошика» в грошовому і натуральному вираженні за підсумками 2017-2019 рр.

Рік	Лікарські засоби		Медичні виробы		Косметика		Дієтичні добавки		Ринок у цілому						
	Обсяги аптечного продажу	Δ, %	Частка категорії в «аптечному кошику», %	Обсяги аптечного продажу	Δ, %	Частка категорії в «аптечному кошику», %	Обсяги аптечного продажу	Δ, %	Обсяги аптечного продажу	Δ, %					
2017	61186,6	20,9	84,2	5484,8	16,9	7,6	2579,1	18,9	3,5	3380,7	39,9	4,7	72631,1	21,3	2017
2018	74683,5	22,1	83,7	6743,8	23,0	7,6	3118,4	20,9	3,5	4620,9	36,7	5,2	89166,6	22,8	2018
2019	86046,9	15,2	82,8	7784,8	15,4	7,5	3702,4	18,7	3,6	6326,2	36,9	6,1	103860,4	16,5	2019
<b>Грошове вираження, млн грн</b>															
2017	1113,4	6,5	66,1	464,1	1,0	27,5	45,8	7,5	2,7	62,4	26,3	3,7	1685,6	5,5	2017
2018	1142,2	2,6	65,2	491,2	5,8	28,0	47,3	3,4	2,7	71,8	15,2	4,1	1752,6	4,0	2018
2019	1109,7	-2,8	65,1	465,0	-5,3	27,3	48,0	1,5	2,8	80,9	12,6	4,8	1703,7	-2,8	2019
<b>Натуральне вираження, млн упаковок</b>															

Джерело: [51]

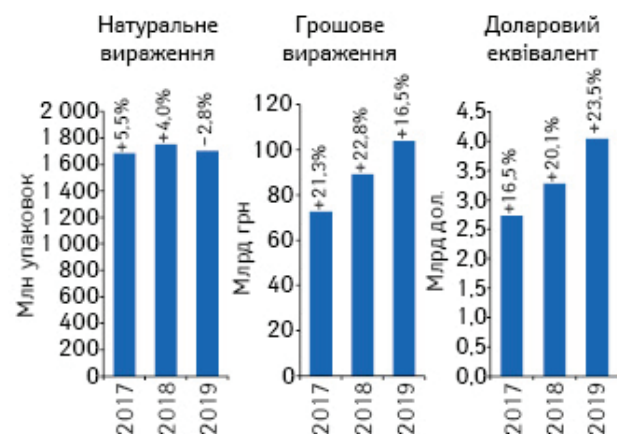


Рис. 2.14. Обсяги роздрібної реалізації товарів «аптечного кошика» в період 2017–2019 рр.

Джерело: [5]

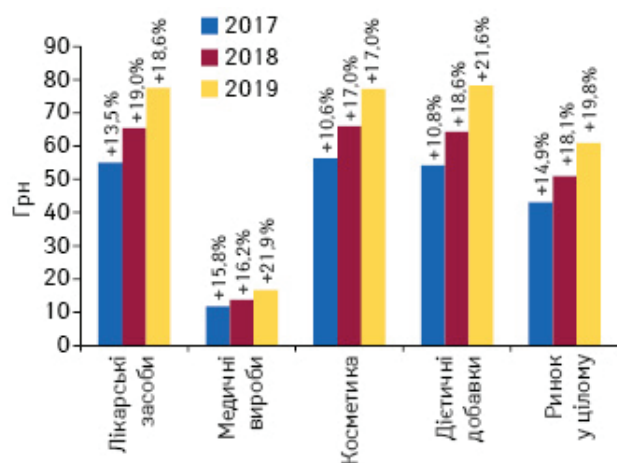


Рис. 2.15. Динаміка середньозваженої вартості однієї упаковки різних категорій товарів «аптечного кошика» в 2017–2019 рр.

Джерело: [5]

У структурі аптечного продажу товарів українського та зарубіжного виробництва для українського фармацевтичного ринку характерне переважання зарубіжних товарів у грошовому вираженні. У натуральному вираженні превалюють вітчизняні, за винятком медичних виробів, де частка зарубіжних товарів перевищує позначку 50% (рис. 2.16).

За даними аналітичної компанії «Proxima Research International», у 2020 р. очікується зростання фармацевтичного ринку в 2 рази у національній валюті. Проте в упаковках за підсумками 2019 р. ринок показав від'ємний приріст – 1,5%. На 2020 р. прогноз більш оптимістичний – зростання на рівні 1,2%. Поточну ситуацію на національному фармацевтичному ринку характеризують як фазу помірного зростання.

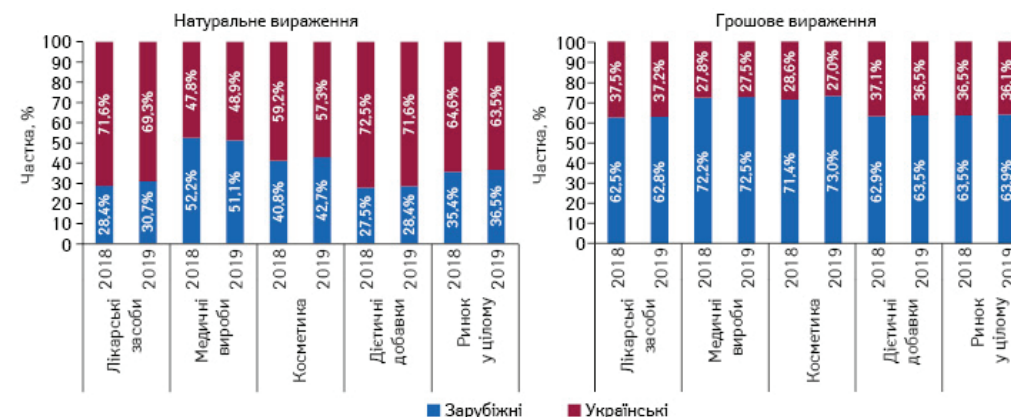


Рис. 2.16. Структура аптечного продажу товарів «аптечного кошика» українського і зарубіжного виробництва в 2018–2019 рр.

Джерело: [5]

Світовий фармацевтичний ринок показує темпи розвитку, що сповільнюються. Так, за даними аналітичної компанії «IQVIA Institute for Human Data Science», протягом 2014–2018 рр. середньорічні темпи приросту глобального фармацевтичного ринку становили 6,3%, а протягом наступних 5 років (2019–2023 рр.) цей показник може знизитися до 3–6%.

Ринок США, що є домінуючим на глобальному рівні, також характеризується уповільненням темпів приросту, як і розвинені ринки ЄС. Протягом наступних 5 років витрати на лікарські засоби в США (з урахуванням знижок від виробників) підвищуватимуться в середньому на 3–6% щорічно (порівняно з 7,2% протягом попередніх 5 років). Для топ-5 найбільших фармацевтичних ринків ЄС (Великобританія, Німеччина, Італія, Франція, Іспанія) прогнозується уповільнення до 1–4% в порівнянні з 4,7% середньорічних темпів зростання, що відмічалися протягом останніх 5 років. Стимувальними факторами є закінчення строків патентного захисту деяких оригінальних препаратів, а також політика стримування збільшення витрат на охорону здоров'я.

Частка України в глобальному фармацевтичному ринку досить незначна, близько 0,3%, проте варто підкреслити, що в темпах зростання український фармацевтичний ринок значно випереджає глобальний тренд, що робить його потенційно привабливим для зарубіжних інвесторів.

Також варто зазначити, що український фармацевтичний ринок демонструє набагато вищі показники порівняно з найближчими «сусідами». Так, за підсумками 1-го півріччя 2019 р. зростання українського ринку лікарських засобів у доларовому вираженні становить 14%. У Росії аналогічний показник знаходиться на рівні 2%, у Білорусі – 0,5%, а в Казахстані зафіксовано спад на рівні 3%.

Окрім того, слід врахувати, що динаміка ринку залежить від демографічних чинників (низька народжуваність, міграційні процеси) і рівня добробуту споживачів (зростання доходів населення і заробітної плати в Україні знижується).

Частка державного фінансування, з урахуванням програми реімбурсації, у загальному обсязі фінансування ринку лікарських засобів становить менше 13%. Споживач бере на

себе лівову частку, оплачуючи лікарські засоби в аптеках, державних і приватних закладах охорони здоров'я. Варто зазначити, що з цього року в системі моніторингу компанії «Proxima Research» додано такий сегмент, як поставки лікарських засобів у приватний госпіталь. Даний сегмент активно розвивається і на даний момент займає 1% ринку. За підсумками 2019 р., обсяги закупівель приватними госпіталями лікарських засобів можуть досягати близько 1 млрд грн.

У категоріях товарів «аптечного кошика» продовжується тренд у бік збільшення частки дієтичних добавок (за останні 5 років їх питома вага подвоїлася), що може бути обумовлено переведенням (перереєстрацією) деяких лікарських засобів у категорію дієтичних добавок, а також розвитком сегменту власних торгових марок національних аптечних мереж. Серед основних трендів роздрібного ринку також слід відзначити збільшення частки зарубіжних препаратів, планомірне збільшення частки рецептурних лікарських засобів.

Протягом 2019 р. за програмою реімбурсації аптекам компенсовано майже 752,63 млрд грн. У квітні 2019 р. стартував електронний рецепт – аптеки мають відпускати ліки, що підлягають відшкодуванню, за е-рецептами. Однак з отриманням препаратів за е-рецептом є проблеми. За статистикою Національної служби здоров'я України, відпущено ліки за 83% виписаних е-рецептів.

Динаміка споживання препаратів, що підлягають реімбурсації, свідчить про те, що в цьому сегменті наразі досягнуто «насичення». Для подальшого зростання необхідно або розширювати програму, або інвестувати більше коштів.

85% поставок в аптечні мережі забезпечує топ-3 найбільших дистриб'юторів. У сегменті роздрібного продажу топ-3 аптечних мереж займає майже 28% ринку. А топ-100 мереж (юридичних осіб) належить 76% товарообігу [237].

За підсумками 2019 р., топ-лист фармацевтичних організацій за обсягами продажу товарів «аптечного кошика» в грошовому вираженні очолюють «Фармак», «Корпорація Артеріум» і «Sanofi» (табл. 2.5). Активне просування препаратів за допомогою реклами та промоції є одним із ключових чинників збільшення обсягів продажу, що й відображається на рейтингах компаній.

**Таблиця 2.5 – Топ-20 організацій за обсягами аптечного продажу товарів «аптечного кошика» в 2019 р.**

№, рік			Маркетуюча організація	Приріст продажу в гривневому вираженні, %	Evolution index	Частка на ринку, %
2017	2018	2019				
1	2	3	4	5	6	7
1	1	1	Фармак (Україна)	17,4	101	5,48
2	2	2	Корпорація «Артеріум» (Україна)	12,8	97	3,39
4	3	3	Sanofi (Франція)	13,7	98	3,20
3	4	4	Дарниця (Україна)	11,0	95	3,11
6	5	5	Teva (Ізраїль)	14,3	98	3,09
5	6	6	Berlin-Chemie (Німеччина)	1,2	87	2,55

Продовження таблиці 2.5

1	2	3	4	5	6	7
10	10	7	KRKA (Словенія)	22,1	105	2,37
9	7	8	Юрія-Фарм (Україна)	15,1	99	2,34
8	9	9	Київський вітамінний завод (Україна)	17,9	101	2,31
7	8	10	Група компаній «Здоров'я» (Україна)	8,5	93	2,15
11	11	11	Дельта Медікел (Україна)	14,1	98	2,13
13	12	12	Кусум Фарм (Україна)	22,4	105	2,11
12	13	13	Acino (Швейцарія)	19,3	102	2,02
15	14	14	Sandoz (Швейцарія)	13,1	97	1,87
19	17	15	Reckitt Benckiser Healthcare International (Великобританія)	17,5	101	1,43
23	19	16	GlaxoSmithKline Consumer Healthcare (Великобританія)	27,5	109	1,42
18	16	17	Servier (Франція)	14,6	98	1,40
14	15	18	Takeda (Японія)	5,9	91	1,40
22	21	19	GlaxoSmithKline (Великобританія)	17,7	101	1,24
16	18	20	Bayer Consumer Health (Швейцарія)	3,6	89	1,22

Джерело: [51]

У сегменті дистрибуції в останні роки окреслилася чітка трійка лідерів, це компанії «БадМ», «Оптіма-Фарм» і «Вента.ЛТД». У досліджуваний період питома вага поставок цих дистриб'юторів становить майже 82%.

Отже, на сьогодні фармацевтичний ринок України є найбільш привабливим серед всіх ринків охорони здоров'я; він має найбільші темпи зростання.

Підсумовуючи результати дослідження, слід сказати, що ринок медичних послуг в Україні тільки зароджується і конкуренція за пацієнта виникає поки на рівні первинної ланки. Обсяг цього ринку незрівнянно менше, ніж ринок послуг на вторинному рівні (спеціалізованої медичної допомоги). Проте якщо з 2020 року стартує реформа і в межах вторинного рівня надання медичної допомоги, то й ринок медичних послуг на цьому рівні стане більш конкурентним та прогресивним.

Отже, сьогодні в Україні стабільно зростає попит на якісні медичні послуги, на сервіс вищого рівня, збільшується запит лікарів на прозорі й високі зарплати, а самі заклади охорони здоров'я гостро потребують досвідчених управлінців. Це обумовлює необхідність запровадження ефективної системи управління закладами охорони здоров'я у національному масштабі.

## 2.4. Сучасні тенденції розвитку системи управління охороною здоров'я України

Охорона здоров'я є однією з найважливіших ланок суспільного виробництва та національної економіки, що забезпечує суспільне здоров'я та впливає на процес формування та розвитку людського капіталу країни. Вона не може не розвиватися під впливом ринкових умов, що сформувалися в національній економіці. Так, завданням сучасного етапу розвитку галузі охорони здоров'я є формування такої стратегії розвитку та корегування існуючого механізму державного регулювання так, щоб ця галузь змогла дотримуватися балансу інтересів населення, держави та закладів охорони здоров'я. У зв'язку з цим необхідно акцентувати увагу на формуванні та розвитку управлінського капіталу галузі.

Сучасні тенденції в розвитку систем управління загалом можна охарактеризувати як зростання ролі якісних зрушень у розвитку виробництва, економіки та суспільства, загалом. Сутнісним проявом цих змін є постава людини в центр відтворювального процесу. Так, людський та інтелектуальний капітали стали домінуючими чинниками економічного розвитку – вони визначають темпи, рівень та якість розвитку як окремого підприємства, так і національної економіки. Проте однією з найскладніших проблем сучасного менеджменту є ефективне використання та подальший розвиток управлінського капіталу підприємств та організацій.

Оскільки управлінський капітал за своєю економічною сутністю, передусім, власне і є капіталом, то першочерговим завданням цього дослідження є ретроспективний аналіз сутності поняття «капітал». Капітал є однією з фундаментальних категорій в економіці.

*Kapital* (від нім. *Kapital*, франц. *Capital*, спочатку – головне майно, головна сума, від лат. *Capitalis* – головний) представляє собою економічну категорію, яка означає авансовану вартість, що в процесі свого руху приносить додаткову вартість, тобто є «самозростаючою» вартістю.

Якщо розглядати капітал з позиції речових факторів виробництва, тобто як сукупність засобів виробництва, які принесуть дохід їх власникам, то, наприклад, А. Сміт розглядав капітал як «запас, що використовується для господарських потреб і приносить дохід» [216, с. 205]; Д. Рікардо – як «ту частину багатства, що зайнята у виробництві і необхідна для проведення в дію праці» [197, с. 9-10]; Дж. С. Міль – як «попередньо накопичений запас продуктів минулої праці» [159, с. 148]; А. Маршалл – як «сукупність речей, без яких виробництво не могло б здійснюватись з рівною ефективністю, але які не є безплатними дарами природи» [153, с. 234]; Ж.-Б. Сей представив капітал як такий, що «впливає на формування доходів» [227].

К. Маркс [150] розкрив сутність капіталу на підставі вчення про додану вартість та як категорію соціально-економічного характеру. Він приділив багато уваги розкриттю форм, яких набуває капітал, і процесу, в якому він формується. Так він зазначав, що «...приріст, або надлишок над первісною вартістю, я називаю доданою вартістю. Таким чином, спочатку авансована вартість не тільки зберігається в обігу, але й змінює свою величину, приєднує до

себе додану вартість ... І саме цей рух перетворює її в капітал» [150, с. 162]. За його думкою, капіталом є економічні відносини, а джерелом – накопичена неоплачена праця найманих працівників. Отже, в основі теорії К. Маркса лежить трудова теорія. Він зазначав, що капітал знаходиться у постійній динаміці.

Е. Бем-Баверк розкрив сутність оцінки «теперішньої вартості майбутніх цінностей (дисконтування)», яка зараз є невід'ємною складовою сучасної теорії капіталу [158].

Отже аналізуючи погляди на сутність поняття «капітал» представників різних економічних шкіл XVII – XIX століть, можна стверджувати, що вони не змогли прийти до єдиної думки щодо сутності капіталу. У XX ст. значно розширився спектр підходів до трактування поняття «капітал».

Найбільш відомою є фінансова концепція капіталу, в основі якої є ідея залучення інвестицій та їх використання. Відповідно до цієї концепції, капітал є синонімічним поняттям до чистих активів або власного капіталу суб'єкта господарювання [268].

Якщо розглядати капітал як інвестицію, що дає змогу отримувати дохід, то одним з його елементів слід виділити інвестиції у людську складову підприємства – робочу силу чи (більш сучасне поняття) людський капітал. Цей підхід в управлінській та економічній науці отримав назву «концепція людського капіталу».

П. Самуельсон у [208] стверджував, що капітал складається з наступних факторів виробництва: (1) природні ресурси; (2) ресурси людської праці; (3) капітальні блага, які вироблено економічною системою [208, с. 203].

Отже, капітал у сучасній економічній теорії розглядається як «головне майно», «головна сума», як економічна категорія, що виражає сукупно-виробничі відносини, тобто, перетворення додаткової вартості на капітал.

Капітал може існувати лише за певних соціально-економічних умов, а саме:

- 1) існує високорозвинене товарне виробництво і обіг;
- 2) при наявності системи мотивації діяльності виробника;
- 3) спостерігається значний ступінь концентрації виробництва і капіталу;
- 4) відсутність власних засобів виробництва у частині господарчих агентів, що змушує їх «продавати свою працю» [174, с. 206-207].

Капітал, з точки зору підприємства, – це «сума вартісної оцінки майна та коштів підприємця, які він може використовувати на господарські потреби» [75].

По відношенню до фінансових ресурсів, капітал – це їх частина. А фінансові ресурси, що використані для розвитку виробничо-торгового процесу є капіталом в його грошовому прояві. По закінченні відповідного строку весь вкладений у виробництво капітал перетворюється на накопичену (капіталізовану) додану вартість. Додана вартість являє собою фонд, за рахунок якого здійснюється поширене відтворення.

Отже, основними властивостями капіталу, виступають наступні ознаки:

- 1) він є економічною категорією і за своїм соціально-економічним змістом не є майном;
- 2) капітал має вартісну оцінку і є «самозростаючою» вартістю;
- 3) існує лише за певних соціо-економічних умов, властивих ринковому середовищу;
- 4) розглядається як авансована вартість і після завершення кругообігу повертається з додатковим доходом;

5) є частиною багатства (фінансових ресурсів) підприємства (сума вартісної оцінки майна та коштів) та може бути інвестицією [75].

Точка зору В. В. Радаєва щодо визначення капіталу збігається з нашою, отже, капітал – це «господарський ресурс, що накопичується та який задіяний у процесах відтворення й зростання вартості шляхом взаємної конвертації своїх різноманітних форм» [191, с. 21]. У [191] виділено 5 основних властивостей капіталу:

- є обмеженим господарським ресурсом;
- накопичується;
- володіє певною ліквідністю, тобто властивістю перетворюватися у грошову форму;
- є вартістю, що відтворюється в процесі безперервного кругообігу форм;
- є вартістю, яка приносить нову, додану вартість.

У другій половині ХХ ст. поняття «капіталу» було розширено за рахунок віднесення до нього вкладень у робочу силу. Так Г. Беккер у 1992 р. сформував концепцію людського капіталу, за що й отримав Нобелівську премію у галузі економіки. Під людським капіталом Г. Беккер [278] розуміє наявний у людини запас знань, навичок, вмінь, мотивацій. За його думкою, інвестиціями у людський капітал є витрати на охорону здоров'я, здобуття освіти, інформації, кваліфікації, накопичення певного виду досвіду тощо. За аналогією з економічним капіталом, інвестиції в людський капітал проводяться з метою отримання доходу з урахуванням прийнятих інвестором очікуваних норм віддачі, причому віддача від вкладень у розвиток людського потенціалу в середньому більша, ніж віддача від економічного капіталу.

Отже, *людський капітал* – це «сформований в результаті інвестицій і накопичений людиною запас здоров'я, знань, навичок, можливостей, мотивацій, які доцільно використовуються в тій чи іншій сфері суспільного виробництва, сприяють підвищенню продуктивності праці та ефективності виробництва і таким чином впливають на зростання заробітків (доходів) певної людини» і прибутку організації, в якій працює ця людина [101, с. 10]. І отже, впливає на зростання на національного доходу.

Згідно з положеннями теорії людського капіталу, під *людським капіталом* розуміється сукупність здобутих у процесі навчання та практичної діяльності знань, навичок, вмінь, мотивацій та енергій, якими володіє індивідуум, котрі він/вона використовує протягом певного проміжку часу з метою виробництва товарів та послуг, що дозволяє йому/їй отримувати дохід, а суб'єкту господарської діяльності – прибуток. Таким чином, сучасна економіка трактує людський капітал як актив, що конвертує набутий людський потенціал у вигоди та комерційні аспекти діяльності суб'єктів господарювання, соціально-економічні аспекти – для держави та статусні та матеріальні ефекти – для носіїв людського потенціалу [122, с. 310].

Відповідно, людський капітал являє собою істотну цінність організації, оскільки включає запас знань, освіту, практичні навички, творчі та розумові здібності людей, їх моральні цінності, мотивацію, культурний рівень, які використовуються індивідом та організацію для отримання економічного ефекту. Таким чином, людський капітал – це форма капіталізації людського потенціалу.

Людський капітал володіє усією сукупністю структуроутворюючих ознак інтелектуального капіталу: здатністю до самозростання, інвестиційною природою, залученням до відносин ринкового обміну.

Людський капітал нерозривно поєднаний із інтелектуальним капіталом, який втілено у запасі та потоці знань, творчих (креативних) здібностей, досвіді вирішення інноваційних проблем, культурі і мотивації розумової праці, які використовуються у виробничій практиці та підвищують доходи людини, фірми та суспільства. При цьому, індивідуальний інтелектуальний капітал є невід'ємним від особистості спеціаліста, управлінця, інноватора – використовується в процесі діяльності як «орендований» у найманого робітника (окремій організації не належать права власності на нього). Відповідно, для організації важливу роль має інтелектуальний капітал, який у вигляді технологічних, організаційних розробок та інших видів специфічних нематеріальних активів залишається в його власності навіть в випадку, коли окремі робітники переходять до конкурентів, при чому його головною функцією є забезпечення розширеного відтворювання капіталу організації за рахунок формування необхідних організації знанневих систем, які сприяють високоефективній господарській діяльності. Саме інтелектуальний капітал визначає темпи і характер інноваційного оновлення і розробок у сфері управління, технологій та виробництва, які детермінують його конкурентні переваги на ринку.

Створені завдяки людському капіталу інші компоненти інтелектуального капіталу та сукупного капіталу, загалом, дозволяють організації отримувати фінансові, технологічні, виробничі та інші конкурентні переваги [54, с. 30].

На думку П. Бурд'є «капітал, залежно від галузі, у якій він функціонує, і ціною більш або менш суттєвих трансформацій, що є передумовою його ефективної діяльності в цій галузі, може виступати в трьох основних формах:

- економічного капіталу, який конвертується в гроші й інституціоналізується у формі прав власності;
- культурного капіталу, який при визначених умовах конвертується в економічний капітал та може бути інституціоналізований у формі освітніх кваліфікацій;
- соціального капіталу, який створений соціальними зв'язками і при визначених умовах конвертується в економічний капітал» [283].

Уточнена класифікація сукупного капіталу представлена у табл. 2.6.

Наведена вище класифікація стала результатом поєднання концепцій людського капіталу та теорії П. Бурд'є, який описав три стани культурного капіталу, а саме: інкорпоративний, об'єктивований, інституціоналізований. Таким чином, згідно з наведеною класифікацією сукупний капітал організації поділяється на наступні види: економічний, людський, організаційний та споживчий.

Ці види деталізуються на форми, в яких може існувати сукупний капітал. Під інкорпоративним станом у цій класифікації розуміється «сукупність суттєвих характеристик і здібностей власника сукупного капіталу у відповідній формі». Об'єктивований стан – це «упредметнений стан сукупного капіталу, в якому він може бути відчутим і дослідженим». Інституціоналізований стан – це «конкретна форма сукупного капіталу, представлена через об'єктивовані форми визначення» [112, с. 10-11].

Подальші наукові дослідження були направлені на розбудову концепції людського капіталу та формування концепції інтелектуального капіталу та визначення його місця у загальній структурі сукупного капіталу організації.

**Таблиця 2.6 - Класифікація сукупного капіталу за видами, станом, властивостями і формами**

Стан	Види капіталу			
	Економічний	Людський	Організаційний	Споживчий
	Властивості і форми капіталу			
<b>Інкорпоративний</b>	Отримання прибутку. Максимальна ліквідність	Професійні знання, вміння, навички	Впорядкованість діяльності, рівень менеджменту	Забезпечення стабільного доходу, підтримка позитивних відносин з контрагентами
<b>Об'єктивований</b>	Засоби виробництва, запаси, грошові засоби та їх еквіваленти	Бази особистих знань, практичні методики	Бізнес-процеси, організаційні регламенти, посадова структура	Сукупність лояльних платоспроможних клієнтів, бізнес-зв'язки
<b>Інституціоналізований</b>	Права власності	Дипломи, свідоцтва, патенти, ліцензії тощо	Положення про бізнес-процеси, штатний розпис	Договори з контрагентами, списки контактів

Джерело: [112, с. 11]

Визначення поняття інтелектуального капіталу можна узагальнити у табл. 2.7.

**Таблиця 2.7 - Систематизація поглядів на сутність інтелектуального капіталу**

Автор	Визначення поняття «інтелектуальний капітал»
1	2
Т. Стюарт, Р. Петті, Д. Гутрі (1997 р.)	Включає тільки інтелектуальні активи, які виникли як результат знань і компетентності персоналу. Розглядається як частина більш широкого поняття - активів, які не можна відчутти.
П. Страссман (1998 р.)	Визначається як різниця між ринковою та балансовою вартістю.
Б. Лев (1999 р.)	Є близьким за сутністю до невідчутних активів і може бути визначений, але його не можна обчислити з достатнім ступенем точності.
А. Уайлмен (1999 р.), І. Кедді (2000)	Об'єднує ту частину невідчутного капіталу, яка принципово не може мати прямої грошової оцінки й невіддільна від організації, що її створила, на відміну від активів, які не можна відчутти, але як можуть бути напряму оцінені в грошових одиницях та існувати за межами організації. Відноситься до «м'яких» активів.
К. Прахалад (1992 р.), К.-Е. Свейбі (1998 р.), П. Санчез (2000 р.), Н. Р. Кільчевська, М. Є. Павлов (2003 р.), С. В. Шульга (2006 р.)	Повністю збігається з поняттям активів, які не можна відчутти, але перше використовується менеджерами, а друге - бухгалтерами.
Л. Джойя (2000 р.)	Представляє собою гудвіл, але досліджується менеджерами, а не бухгалтерами. Маючи внутрішню структуру, інтелектуальний капітал конкретизує поняття гудвілу та пояснює причини його виникнення.
Л. Едвінссон (2000 р.), Е. Брукінг (2001 р.)	Збігається з поняттям активів, які не можна відчутти, і не розглядається як необхідна умова конкурентоспроможності організації.

Продовження таблиці 2.7

1	2
Р. Рослендер, Р. Фінчем (2000 р.)	Це новий актив, якого раніше не було, тому не збігається ні з активами, які не можна відчутти, ні з гудвілом.
І. Родов, Ф. Лел'єрт (2002 р.)	Не збігається з поняттям гудвілу, оскільки не розрахунок гудвілу впливає балансована оцінка матеріальних активів.
А. М. Козирєв, В. Л. Макаров (2003 р.)	Поняття інтелектуального капіталу ширше, ніж нематеріальні активи та інтелектуальна власність, і не регламентується нормативними актами. Натомість, склад нематеріальних активів жорстко регулюється правовими документами і бухгалтерськими стандартами.
С. Ф. Легенчук (2006 р.)	Є частиною невідчутних активів і пов'язаний з нематеріальними активами в частині об'єктів прав інтелектуальної власності.

Джерело: [122, с. 13]

З табл. 2.7 можна зробити висновок, що протягом останніх десятиріч існували різні підходи до визначення сутності інтелектуального капіталу, які часто суперечили один одному. Якщо систематизувати ці погляди, то слід зауважити, що у науковців існували наступні підходи до визначення інтелектуального капіталу. Перший підхід розглядав інтелектуальний капітал як частину більш широкого поняття людського капіталу; він доречний при розгляді інтелектуального капіталу індивідуума, коли виділяється інтелектуальна складова (мова йде про інтелектуальний людський капітал). Другий підхід розглядає інтелектуальний капітал як більш широке поняття, ніж людський капітал; і є доречним при розгляді інтелектуального капіталу організації, коли одним з його елементів є людський капітал (мова йде про інтелектуальний капітал організації).

Згідно з першим підходом, *інтелектуальний капітал* можна трактувати як «вартісне відображення ефективності використання і розвитку інтелектуального потенціалу», тобто максимальних можливостей людини у використанні й розвитку інтелектуальних здібностей [49, с. 38].

Згідно з другим підходом, ми можемо стверджувати, що *інтелектуальний капітал* - це «інтелектуальна складова будь-якого економічного об'єкту, що складається з професійних та інших знань, навичок, вмінь, досвіду, ділової репутації, інформації, ділових зв'язків, іміджу, інтелектуальної власності» [245, с. 12]. Тобто усі складові інтелектуального капіталу дозволяють створювати цінності для економічного об'єкту, а також інноваційні технології, які забезпечують його конкуренту перевагу на ринку. Е. Брукінг стверджував, що інтелектуальний капітал є «сукупністю нематеріальних активів, які можуть бути використані для створення вартості і без яких компанія не може існувати і розвивати конкурентні переваги» [74, с. 30-39].

За останні роки особливу увагу науковці у сфері управління стали приділяти новому терміну «управлінський капітал». Цей термін досі не є остаточно визначеним.

Так у роботі Кузнєцова Е. А. [136] стверджується, що «певною домінантною силою, яка формує більш високий рівень» людського капіталу, на наш погляд, інтелектуальний капітал, є саме управлінський капітал. Саме ефективна управлінська діяльність створює інноваційний формат активного становлення інтелектуального капіталу [136, с. 157].

Отже управлінський капітал є «мета-капіталом» будь-якої організації, що представлений адекватною якістю її системи менеджменту.

При чому, управлінський капітал, за нашою думкою, є похідним від людського капіталу. Проте він охоплює не усю сукупність продуктивних сил організації, а долучає лише вузьку категорію людських ресурсів, діяльність якої направлена на створення та функціонування оптимальної системи менеджменту підприємства (групи підприємств) [73, с. 57].

Концепція управлінського капіталу базується на розумінні того, що управлінські знання, компетенції та професійний досвід менеджерів повинен приносити результат (прибуток), що необхідно розробляти та використовувати механізми його розширеного відтворення з використанням інноваційних чинників соціально-економічного зростання.

Отже, зважаючи на те, що управлінський капітал є специфічним проявом людського капіталу, то виходячи з цієї тези, можна визначити його основні властивості:

- 1) він є невід'ємним від самого керівника;
- 2) його формування та розвиток неможливий без додаткових зусиль індивідуума;
- 3) може бути реалізований тільки через працю свого носія та створення якісної системи управління компанії у сукупності;
- 4) забезпечує організації приріст прибутку за рахунок підвищення продуктивності праці, ефективності та результативності управління організацією, тобто він є одним з факторів підвищення економічної безпеки організації [73, с. 56-57].

Тобто проблема використання та відтворення управлінського капіталу не можлива лише на індивідуальному, організаційному, національному чи міжнародному рівні – вона має вирішуватися у комплексі, забезпечуючи нову якість системи менеджменту в цілому [71, с. 222].

Е. А. Кузнєцов у [136] до основних джерел формування управлінського капіталу відносить: професійну підготовку та розвиток управлінських кадрів, наукову діяльність, освітню діяльність, процеси виховання, бізнес-середовище, сферу безпеки, вплив професійних асоціацій, сферу охорони здоров'я, інформаційне середовище, громадське суспільство.

Проблема формування управлінського капіталу бере за свою основу розвиток професійної системи менеджменту організації. Лише якісно сформована професійна система менеджменту в організації може бути гарантом того, що при реалізації інших умов (тобто наявність управлінського інтелекту, управлінської професійної компетенції та досвіду, які забезпечені постійним процесом професіоналізації управлінської діяльності, рис. 2.17) у ній буде сформований управлінський капітал.

Об'єктивні процеси розвитку професійної системи менеджменту організації та формування управлінського капіталу дозволяють сформулювати тезу, що управлінська діяльність – це високоінтелектуальна система діяльності управлінської команди на чолі з високоефективним лідером [137, с. 159].

Отже, в рамках формування управлінського капіталу організації необхідно визначити наступні завдання, що впливають на його існування:

- 1) формування якісної системи професійного менеджменту організації;
- 2) формування ефективної управлінської команди;
- 3) забезпечення процесів лідерства та командоутворення, пошук «золотого» співвідношення лідерства із владною структурою менеджменту організації;
- 4) забезпечення ефективного процесу функціональної підготовки та професіоналізації кадрів управління;

- 5) забезпечення інноваційної підготовки та розвитку інноваційного мислення усього персоналу організації;
- 6) забезпечення безперервного розвитку персоналу організації як запорука підвищення результативності та ефективності його діяльності;
- 7) формування якісної системи прийняття управлінського рішення як основного «продукту» управлінської діяльності [71, с. 223-225].

Як стверджує Е. А. Кузнєцов, «управлінський капітал – це професійна і інтелектуальна система взаємодії членів управлінської команди з метою вирішення проблеми, або комплексу проблем соціально-економічного розвитку малих і великих організаційних будов, які мають базові ресурси, систему пріоритетних цілей і зрозумілі механізми сталого соціально-економічного зростання» [136, с. 163].

Хоча проблема вивчення управлінського капіталу є досить актуальною, особливо в результаті переходу економіки від індустріального типу до постіндустріального, що характеризується двома видами: економікою знань та інноваційною економікою, проте наукових розробок у цьому напрямку дуже мало. Досить часто управлінський капітал розглядається у системі наукового дослідження інтелектуального та/чи людського капіталів.

Е. А. Кузнєцов розглядає управлінський капітал у системі професіоналізації управлінської діяльності (рис. 2.17).



Рис. 2.17. Управлінський капітал у системі професіоналізації управлінської діяльності

Джерело: [136, с. 165]

З рис. 2.17 ми бачимо, що на формування управлінського капіталу організації впливають дві групи чинників: зовнішнього та внутрішнього середовища. При цьому важливими елементами, що формують управлінський капітал є механізм професіоналізації управлінської діяльності, управлінський інтелект та управлінська професійна компетенція і досвід.

*Професіоналізація управлінської діяльності*, у загальному прояві, визначається як становлення індивіда як професійного менеджера, з моменту його обрання професії, до моменту виходу з неї.

Е. А. Кузнєцов тлумачить це поняття як «цілісний безперервний процес становлення особистості фахівця, який починається з моменту обрання майбутньої професії й закінчується з припиненням активної трудової діяльності» [136, с. 74]. Загалом на цей процес впливає низка факторів: національна система менеджмент-освіти, міжнародні стандарти професійної діяльності, чинне законодавство, процес професійного навчання, професійний рівень менеджменту організації, професійний рівень менеджменту організацій-партнерів, досвід компанії та індивіда.

Якість професійної підготовки менеджера є запорукою ефективної реалізації управлінського процесу, підвищення конкурентоспроможності організації, а отже і самого управлінського капіталу.

Термін «*управлінський інтелект*» (executive intelligence) був запропонований Дж. Менкесом, під яким він розуміє «систему інтелектуальних або когнітивних здібностей як передумов управлінського успіху». В її основі покладено положення, що абсолютна більшість ситуацій в управлінні організацією передбачає необхідність розвитку трьох основних типів компетенцій менеджерів: вирішення задач; взаємодії з людьми; управління собою (табл. 2.8) [73, с. 55-57].

*Управлінська професійна компетенція* формується, на нашу думку, відповідно процесу професіоналізації (що у майбутньому суттєво впливає на створення «практичного інтелекту» фахівця) та управлінського інтелекту та розвивається у процесі набуття нового професійного досвіду цим фахівцем.

**Таблиця 2.8 – Основні типи компетенцій управлінського персоналу згідно з теорією Дж. Менкеса**

Основний тип управлінської компетенції	Його характеристика
1	2
Компетенції щодо вирішення завдань	<ul style="list-style-type: none"> <li>– точне визначення складу проблеми, окремих головних завдань від другорядних;</li> <li>– передбачення складностей у досягненні мети та визначенні напрямків їх подолання;</li> <li>– критична оцінка об'єктивності ключових допущень, які покладено в основі обраного плану дій;</li> <li>– чітке формулювання сильних та слабких сторін, які висловлюються в процесі обговорення аргументів та допущень;</li> <li>– визначення інформаційних потреб для вирішення завдань, а також способів отримання необхідної інформації;</li> <li>– вміння запам'ятовувати різноманітні погляди на проблему, у т.ч. для ідентифікації ризиків різних планів дій</li> </ul>

Продовження таблиці 2.8

1	2
Компетенції щодо взаємодії з людьми	<ul style="list-style-type: none"> <li>– визначення мотивів й «порядку денного» для співробітників та їх груп, залучених у конкретну ситуацію;</li> <li>– передбачення можливої реакції співпрацівників, клієнтів та інших зацікавлених осіб на здійснюванні дії та способи їх комунікації;</li> <li>– виявлення ключових питань та поглядів, пов'язаних з конфліктними ситуаціями;</li> <li>– вміння зрозуміти та збалансувати різні потреби усіх пов'язаних з конкретним питанням зацікавлених осіб (стейкхолдерів)</li> </ul>
Компетенції щодо управління собою	<ul style="list-style-type: none"> <li>– отримання зворотного зв'язку, який може виявити помилки у власних судженнях та здійснити необхідні корективи;</li> <li>– облік власних стереотипів мислення для покращення якостей рішень, які ухвалюються в процесі управління;</li> <li>– вміння визначати, коли «слабкості» в ідеях та діях потребують публічного признання помилок та внесення суттєвих змін в план дій;</li> <li>– виявлення слабких сторін у позиціях інших людей та використання сильних сторін їх аргументації;</li> <li>– вміння визначити, необхідність опанування заперечуванням інших та дотримання вибраного плану дій</li> </ul>

Джерело: [7]

Отже, ми можемо зробити висновок, що проблема формування управлінського капіталу засновується на науковому, освітньому й практичному набутті знань, досвіду, компетенцій, навичок, вмінь, психологічних та емоційних мотивів.

Проте накопичення управлінського капіталу, на нашу думку, має двоїсту природу. З одного боку, це процес нарощування знань, розвитку професійних компетенцій та досвіду суб'єктів управління, їх професійних сил. З цієї позиції, накопичення характеризує взаємодію людини із навколишнім середовищем у процесі інтелектуально-пізнавальної діяльності, необхідної для забезпечення життєвих потреб людини та суспільства. З іншого боку, накопичення управлінського капіталу має соціально-економічну визначеність, направлену на досягнення соціально-економічної якості.

Оскільки самозростання управлінського капіталу здійснюється завдяки інтелектуальній праці, цілями накопичення управлінського капіталу є:

- 1) створення доданої вартості;
- 2) забезпечення відтворення інноваційного процесу;
- 3) отримання конкурентних переваг в конкурентній боротьбі на ринку;
- 4) створення умов для розвитку інтелектуальних сил і здібностей людини й суспільства;
- 5) забезпечення якості управління всіма бізнес-процесами організації.

Отже, забезпечення якісного формування та використання сукупного капіталу організації є основним завданням управлінського капіталу, що й гарантує сталий розвиток організації у перспективі.

Проблему формування концепції управлінського капіталу покладено у площині сукупного капіталу підприємства та якості системи менеджменту підприємства загалом. Отже, з одного боку, ми можемо стверджувати, що управлінський капітал є проявом сукупного капіталу підприємства, з іншого – що він є критерієм якості бізнес-процесів та системи



менеджменту підприємства. Таким чином, постає необхідність подальшого дослідження природи управлінського капіталу, його місця у структурі сукупного капіталу підприємства та основних його компонентів [65, с. 128-137].

Якщо розглядати структуру сукупного капіталу будь-якої організації, то можна виділити три основні групи капіталу організації:

- 1) фізичний капітал;
- 2) фінансовий капітал;
- 3) інтелектуальний капітал.

У економічній теорії під «фізичним капіталом» розуміється виробничий ресурс, створений людиною, що складається з основного (тобто виробничі фонди, що багаторазово використовуються в процесі виробництва: будівлі, споруди, верстати, машини та обладнання, транспортні засоби тощо) і оборотного (виробничі фонди, що повністю використовуються протягом одного виробничого циклу: запаси сировини, матеріалів, напівфабрикатів тощо).

Фінансовий капітал займає чільне місце серед інших видів капіталу. Існує багато тлумачень цього виду капіталу. Ми дотримуємося наступного: *фінансовий капітал* – це «сукупність капіталів у формі готівкових грошей та ліквідних фінансових активів: акцій, облігацій та інших цінних паперів» [155]. Структура фінансового капіталу підприємства представлена «питомою вагою складових його елементів у загальній сумі залучених джерел коштів, які використовуються для здійснення фінансування господарської діяльності» [155].

*Інтелектуальний капітал* представляє собою сукупність нематеріальних активів, які можуть бути використані для створення вартості, і без яких організація не може існувати й розвиватися. Інтелектуальний капітал об'єднує не тільки знання людей, але й моральні цінності, імідж організації, її структуру, інформаційну систему, банки даних, лояльність клієнтів тощо [122, с. 308]. Отже для інтелектуального капіталу притаманні різноманітність його елементів, при цьому їх природа різниться між собою, на відміну від фізичного та фінансового капіталів.

Складовими елементами інтелектуального капіталу є людський капітал, структурний капітал, а саме організаційно-управлінський (організаційний) та інформаційний (споживчий).

Представлена структура сукупного капіталу організації є притаманною і для закладів охорони здоров'я, незалежно від їх організаційно-правових форм та видів, оскільки заклад охорони здоров'я є складною соціальною та виробничо-господарською системою, яка здійснює діяльність:

- 1) виробничу – надання медичних та фармацевтичних послуг, виготовлення фармацевтичних препаратів, медичної апаратури та обладнання – гарантуючи надання медичної допомоги, затвердженої на законодавчому рівні;
- 2) науково-дослідницьку в межах чинного законодавства з метою отримання прибутку або здійснення некомерційної діяльності;
- 3) фінансову;
- 4) страхову;
- 5) торговельну – здійснюючи купівлю-продаж товарів медичного призначення.

Детальніше структура сукупного капіталу закладу охорони здоров'я представлена на рис. 2.18.

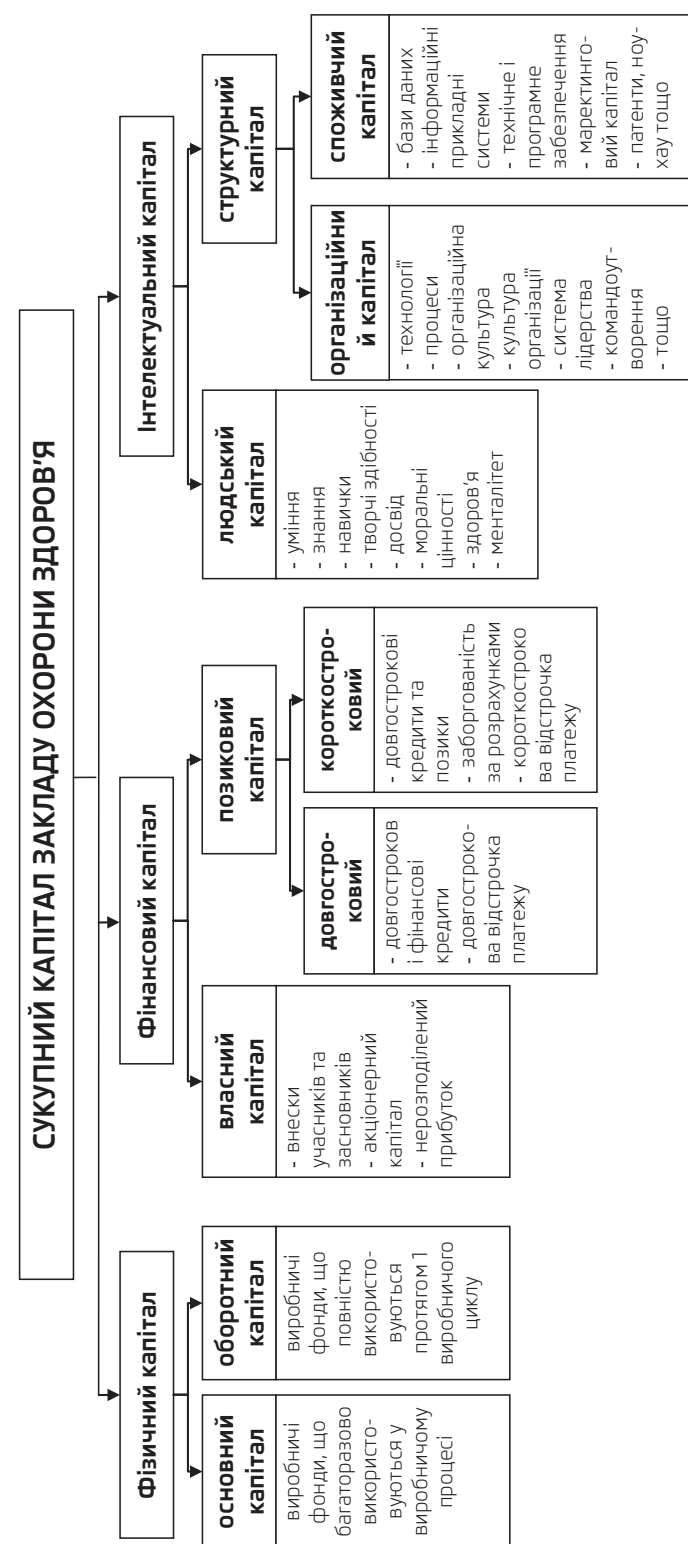


Рис. 2.18. Структура сукупного капіталу закладу охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Усі елементи сукупного капіталу закладу охорони здоров'я, які представлено на рис. 2.18, взаємодіють один з одним. Знання та здатність співробітників закладу охорони здоров'я втілюються в організаційних процесах. Зв'язки з партнерами створюють базу стійких та тривалих стосунків із клієнтами та пацієнтами. Співробітництво з клієнтами, пацієнтами та партнерами допомагає накопичувати досвід, розвивати знання та здатності робітників. Завдяки фінансовому капіталу в умовах автономізації закладу охорони здоров'я, яке передбачається чинним законодавством [12], здійснюються інвестиції в основні та оборотні фонди закладу, в інноваційну діяльність та розвиток, у професійний розвиток персоналу закладу охорони здоров'я тощо.

Проте для їх ефективної взаємодії має існувати дещо – інструмент, який насамперед буде впливати на якісний процес цієї взаємодії, буде керувати усіма бізнес-процесами. На нашу думку, таким «важелем впливу» і є управлінський капітал, який в структурі сукупного капіталу закладу охорони здоров'я, як зазначалося вище, має виступати у якості «метакapіталу».

За аналогією зі стратегічним менеджментом ми можемо стверджувати, що управлінський капітал виступає як якісний, ефективний важіль управління усіма бізнес-процесами закладу охорони здоров'я та якісної композиції усіх видів капіталу закладу, що забезпечують сталий розвиток закладу. Концепція управлінського капіталу базується на розумінні того, що управлінські знання, компетенції та професійний досвід управлінських кадрів будь-якої організації (не є винятком і заклад охорони здоров'я) повинен приносити результат (прибуток), що необхідно розробляти та використовувати механізми його розширеного відтворення з використанням інноваційних чинників соціально-економічного зростання [136, с. 256].

Управлінський капітал, як і фізичний, має працювати у системі кругообігу капіталу та прибутково зростати. Таким чином, має бути кількісно оцінена ефективність діяльності лінійних та функціональних служб, відповідальних управлінських кадрів та загалом структури менеджменту, щоб можна було оцінити та проаналізувати його вплив на прибуток організації.

Накопичення управлінського капіталу, на нашу думку, має двоїсту природу. З одного боку, це процес нарощування знань, розвитку професійних компетенцій та досвіду управлінських кадрів, їх професійних сил. З цієї позиції, накопичення характеризує взаємодію людини із навколишнім середовищем у процесі інтелектуально-пізнавальної діяльності, необхідної для забезпечення життєвих потреб людини і суспільства. З іншого боку, накопичення управлінського капіталу має соціально-економічну визначеність, направлену на досягнення соціально-економічної якості [54, с. 34].

Оскільки самозростання управлінського капіталу здійснюється завдяки інтелектуальній праці, цілями накопичення управлінського капіталу є:

- 1) створення доданої вартості;
- 2) забезпечення відтворення інноваційного процесу;
- 3) отримання конкурентних переваг у конкурентній боротьбі на ринку;
- 4) створення умов для розвитку інтелектуальних сил і здібностей людини й суспільства;
- 5) забезпечення якості управління всіма бізнес-процесами організації.

Отже, забезпечення якісного формування та використання сукупного капіталу організації і є основним завданням управлінського капіталу, що й гарантує сталий розвиток організації у перспективі.

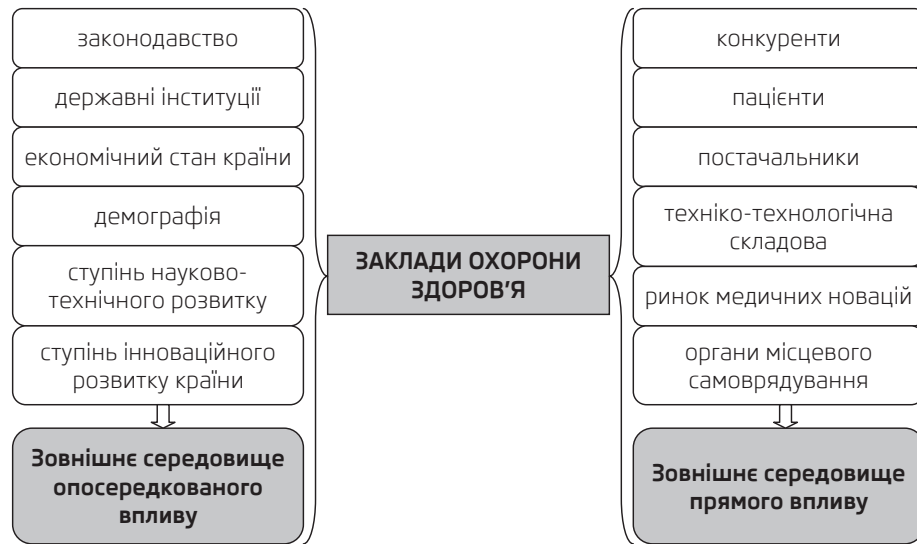
Удосконалення процесів управління в національній сфері охорони здоров'я досі здійснювалися завдяки проведенню економічних експериментів, які дозволяли отримати певний соціально-економічний ефект за рахунок використання фінансових та економічних механізмів. Економічні складові старої системи охорони здоров'я з тотальною державною власністю не враховують управлінські підходи. Система управління більшістю національних закладів охорони здоров'я представлена достатньою складною структурою, з більшою кількістю елементів. Отже, найбільш актуальною проблемою в межах управління цими закладами є впровадження нових прогресивних методів, методик та підходів до управління, труднощі які обумовлені специфікою медичної діяльності та ускладнюють динамічний розвиток системи професійного управління, а саме:

- 1) сфера охорони здоров'я – це сфера невиробнича в якій процес надання та отримання послуги співпадають у часі та просторі; отже існує проблема урахування внеску охорони здоров'я в зростання національного багатства країни;
- 2) предметом праці галузі є людина, отже виникають «суб'єктно-суб'єктні» відносини;
- 3) медична послуга виступає як «жива праця», що ускладнює визначення її собівартості, а отже й прибутку закладу охорони здоров'я;
- 4) об'єктом привласнення в галузі охорони здоров'я є конкретна трудова діяльність медичного персоналу, яка може «тінізуватись»;
- 5) нестабільність та нерівномірність якості професійної підготовки кадрів в сфері охорони здоров'я, що ускладнюється не розвиненістю професійної підготовки управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, непропорційністю кількості середнього медичного персоналу та лікарів, слабкою системою мотивації та соціального захисту працівників галузі [117, с. 118].

Сьогодні в Україні проблема управління галуззю охорони здоров'я постає дуже гостро, особливо в мінливих умовах економічного, політичного та бізнес середовища. Загострює цю проблему й реформування галузі. Сучасна медична реформа спрямована на зміну умов функціонування ринку медичних послуг та діяльності його суб'єктів господарювання. Так, спостерігається загальна тенденція до комерціалізації діяльності цих суб'єктів, що супроводжується формуванням приватного сектору ринку медичних послуг та зміною форми власності державного сектору (перехід до комунальних неприбуткових підприємств). Іншою зміною в умовах господарювання є перехід до автономізації закладу, коли медичних заклад перестає функціонувати за умов підтримки держави, а перетворюються на керовану організацію, яка має самостійно формувати свої конкурентні переваги на ринку.

Так, ми спостерігаємо кардинальні зміни в умовах господарської діяльності закладів охорони здоров'я: вони мають самостійно забезпечувати ефективність свого функціонування для формування конкурентних переваг на ринку охорони здоров'я, а отже, ці трансформації направлені на пошук нових механізмів управління.

У результаті, як приватні, так і державні заклади охорони здоров'я діють в умовах зовнішнього середовища, що швидко змінюється та на яке впливає багато чинників (інституційні, правові, економічні, демографічні, техніко-технологічні тощо) (рис. 2.19).



**Рис. 2.19. Чинники зовнішнього середовища, що впливають на діяльність закладів охорони здоров'я**

*Джерело: розроблено автором*

Зовнішнє середовище національних закладів охорони здоров'я характеризується інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку, відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку, недостатністю або повною відсутністю стратегічної інформації [147].

Серед чинників зовнішнього середовища опосередкованого впливу на заклади можна виділити такі, як законодавча система у сфері охорони здоров'я; державні інституції, що впливають на галузь; економічний стан країни; демографія; ступінь науково-технічного розвитку країни та її інноваційного розвитку. Серед чинників, що безпосередньо впливають на діяльність закладів охорони здоров'я, можна виділити наступні: вплив основних конкурентів як державного, так і приватного сектору економіки; вплив пацієнтів як основних споживачів медичних послуг; вплив постачальників; техніко-технологічне середовище національного та регіонального ринків медичних послуг; національний та регіональний ринки медичних та фармацевтичних новацій; вплив органів місцевого самоврядування та інших зацікавлених осіб.

Заклад охорони здоров'я має не просто враховувати чинники, що представлено вище, у своїй діяльності, а й впливати на них та управляти ними. Вони мають стати конкурентними перевагами закладу охорони здоров'я у конкурентній боротьбі з іншими суб'єктами ринку.

У сучасній національній системі охорони здоров'я є значне число структурних та управлінських проблем, які потребують фундаментальних змін у використанні підходів до управління закладами охорони здоров'я.

Зовнішнє середовище закладів охорони здоров'я України характеризується значною залежністю від політичної діяльності та державних інституцій, інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку, відсутністю систематизованих орієнтирів для вибору напрямів розвитку, недостатністю або повною відсутністю стратегічної інформації в межах галузі.

Проте аналіз закладів, які досліджуються та здійснюють діяльність у сфері національної охорони здоров'я, дозволив прийти до висновку, що більшість закладів на сучасному етапі розвитку використовують концепцію чи стратегію виживання. Заклади охорони здоров'я знаходяться в повній залежності від органів державного/муніципального управління охороною здоров'я. Заклади не мають напрямів інноваційного розвитку.

Здійснений нами аналіз закладів охорони здоров'я України дозволив виявити ряд загальних ознак, що характерні для закладів, як реалізують концепцію (стратегію):

1. Кадри:
  - низький рівень заробітної плати;
  - несприятливий психологічний та соціальний клімат у колективі;
  - відсутність або нерозвиненість системи мотивації та стимулювання персоналу;
  - нестача кваліфікованого персоналу;
  - проблеми із професійним розвитком персоналу;
  - високий рівень плинності кадрів, особливо молодшого та середнього медичного персоналу;
  - значний рівень частки працівників пенсійного та предпенсійного віку.
2. Матеріально-технічна база:
  - незадовільний рівень матеріального та технічного оснащення закладу;
  - застаріле медичне та інше обладнання, що характеризується зниженням якості діяльності та збільшення витрат закладу;
  - незадовільний вигляд будівлі закладу;
  - відсутність фінансових засобів на поточний та капітальний ремонт приміщень;
  - відсутність «вільних» фінансових коштів на відновлення матеріально-технічної бази закладу.
3. Лікувальна робота:
  - використання застарілих методик у процесі лікування;
  - придбання дешевих аналогів фармацевтичних препаратів для забезпечення фармацевтичної бази закладу, що часто є морально застарілими та неефективними;
  - відсутність можливості надання закладом додаткових медичних послуг;
  - відсутність фармако-економічного аналізу лікувального процесу.
4. Споживачі медичних послуг:
  - переважна більшість споживачів із низьким чи нижче середнього рівнем доходу;
  - нелегальна система зборів із пацієнтів, що формує «тінізацію» національного ринку охорони здоров'я;

- неврахування в процесі діяльності скарг та незадоволеності споживачів якістю медичних послуг та сервісу;
  - відтік споживачів із середнім та високим рівнем доходу до інших закладів, переважно приватного сектору.
5. Менеджмент закладу:
- недостатня управлінська кваліфікація керівництва закладу охорони здоров'я, що ускладнюється процесами реформування галузі, ринковими процесами та посиленням конкуренції з боку приватного сектору;
  - недостатня кваліфікація керівництва закладу з огляду володіння сучасними технологіями кадрового, фінансового та стратегічного менеджменту;
  - відсутність стратегічного планування та управління закладом охорони здоров'я;
  - відсутність / нерозвиненість стратегій розвитку закладу;
  - залежність керівництва від органів державного управління галуззю, органів місцевого самоврядування тощо.

Отже, підсумовуючи, необхідно зауважити, що в межах національної системи охорони здоров'я України існують такі проблеми:

- 1) нераціональне використання наявних ресурсів, у т.ч. кадрового потенціалу галузі;
- 2) низький рівень оновлення матеріально технічної бази;
- 3) низький рівень інноваційності галузі;
- 4) недостатність рівня фінансування галузі;
- 5) відсутність стратегічного планування та управління закладами.

Окреслені проблем призводять до відсутності орієнтації системи надання медичної допомоги на пацієнта, яка б враховувала та відповідала б його особистим вимогам, потребам та цінностям, а також справедливого підходу до надання якісної медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу пацієнта та його особливих характеристик.

У таких умовах стає очевидним, що національна система охорони здоров'я України потребує послідовних і глибоких інституціональних та структурних перетворень. Ми погоджуємося з думкою І. М. Солоненко, що «акцент пріоритетів у реформі охорони здоров'я потрібно активно перемістити на оптимізацію управління на усіх рівнях» [218, с. 114]. Найбільш актуальним напрямом цих перетворень є розвиток медичного менеджменту за рахунок якісних механізмів удосконалення засад фінансового, кадрового та стратегічного менеджменту закладів охорони здоров'я. Усе це покликано створити соціально-орієнтовану, розвинену систему управління, яка здатна забезпечити якість, своєчасність та доступність медичної допомоги для населення.



## РОЗДІЛ 3

### Функціональна система управління фінансовими механізмами в сфері охорони здоров'я

#### 3.1. Фінансування охорони здоров'я в Україні

Рушійною силою управління розвитком охорони здоров'я є фінансові механізми господарювання, під якими ми розуміємо джерела і канали фінансового забезпечення суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я. Фінансовий механізм у сфері охорони здоров'я направлений на забезпечення умов ефективного формування, розподілу й використання фінансових ресурсів у відповідності до визначених пріоритетів стійкого розвитку суб'єктів господарювання [100, с. 92].

Фінансовий механізм, за думкою В. М. Родіонової, представляє сукупність форм організації фінансових відносин, методів формування та використання фінансових ресурсів, які використовуються суспільством з метою створення сприятливих умов для економічного та соціального розвитку суспільства [241, с. 427].

Міляков Н. В. уточнює визначення категорії фінансового механізму наступним чином: фінансовий механізм складається із сукупності організаційних форм фінансових відносин, фінансових ресурсів, порядку та методів формування та використання централізованих і децентралізованих фондів грошових коштів, методів фінансового планування, форм управління фінансами та фінансовою системою, фінансового законодавства [160, с. 39].

У [204] науковці визначають фінансовий механізм у сфері охорони здоров'я як систему взаємопов'язаних елементів управління фінансами на основі відповідного правового та нормативного забезпечення і фінансових методів та інструментів, завдяки яким здійснюється ефективне формування та використання фінансових ресурсів охорони здоров'я [204, с. 42].

Отже, основною метою фінансового механізму в сфері охорони здоров'я є організація її фінансової системи, що направлена на регулювання фінансових відносин із зовнішнім середовищем під час розподілу ресурсів, яка б сприяла вирішенню існуючих проблем у галузі. Тому, головною проблемою функціонування фінансового механізму у сфері охорони здоров'я є узгодження пропорцій розподілу фінансових ресурсів між постачальниками медичних послуг у процесі регулювання їх фінансових відносин.

Фінансовий механізм у сфері охорони здоров'я необхідно розглядати відповідно з сутності охорони здоров'я як галузі сфери послуг. Так, автор пропонує наступне визначення фінансового механізму сфери охорони здоров'я, під яким надалі ми будемо розуміти систему управління фінансовими відносинами суб'єктів національної системи охорони здоров'я у процесі розподілу фінансових ресурсів для оптимізації результатів її функціонування за рахунок використання фінансових методів та важелів.

Основними елементами фінансового механізму є:

- 1) фінансове забезпечення діяльності галузі;
- 2) фінансове регулювання діяльності галузі;
- 3) система фінансових індикаторів і фінансових інструментів, які дають змогу оцінити вплив на діяльність галузі.

Фінансовий механізм сфери охорони здоров'я має складну структуру, елементи якої залежать від специфіки фінансових відносин між ними. Так, до складу фінансового механізму входять наступні елементи:

- фінансові методи: основними, що використовує держава в межах існуючої системи є фінансове планування та прогнозування, фінансування, оподаткування та фінансовий контроль;
- фінансові інструменти, важелі та стимули, серед яких необхідно виділити наступні найбільш живі: податкові пільги, національні програмно-цільові проекти, гарантована допомога, штрафи та пені;
- забезпечення системи, що відбувається, як правило, за рахунок фінансових ресурсів, кадрових ресурсів та методичних інструментів.

Як правило, функціонування фінансового механізму обумовлено обсягом фінансових ресурсів, які надходять до галузі охорони здоров'я із різних джерел та які необхідно перерозподілити між постачальниками медичних послуг.

Фінансовий механізм здійснює вплив на економіку сфери охорони здоров'я шляхом формування єдиної фінансової політики по відношенню до всіх її учасників. Вирішення конкретних завдань здійснюється завдяки акумулюванню необхідних фінансових ресурсів та їх розподілу в межах виконання програми державних гарантій надання безоплатної медичної допомоги населенню [45, с. 118].

Ми можемо зазначити наступні основні завдання фінансового механізму сфери охорони здоров'я:

- 1) координація фінансових відносин суб'єктів національної сфери охорони здоров'я з метою реалізації ними своїх цілей;
- 2) раціональний розподіл фінансових ресурсів між постачальниками медичних послуг на конкурентній основі.

Неможливо не погодитися з думкою І. В. Рожкової, що механізм фінансування «справляє надзвичайно важливий вплив на діяльність системи охорони здоров'я», оскільки «від його рівня залежить кількість доступних для системи охорони здоров'я фінансових ресурсів, визначення того, хто несе основний фінансовий тягар та хто контролює зібрані фінансові ресурси, управління фінансовими ризиками, а також можливості контролю витрат», а отже «... ці фактори – за думкою науковця – допомагають визначити справедливість доступу до медичної допомоги» [200, с. 61].

Отже, враховуючи структуру фінансового механізму господарювання, доцільно побудувати аналіз системи фінансування охорони здоров'я України та результативності використання ресурсів галузі, за наступними показниками:

- 1) характеристика основних фінансових ресурсів галузі;
- 2) характеристика бюджетних видатків та витрат на охорону здоров'я;
- 3) медична субвенція;
- 4) аналіз бюджетних витрат за видами надання медичної допомоги;
- 5) аналіз медичного страхування як додаткового джерела фінансування галузі.

### **1. Джерела фінансування національної галузі охорони здоров'я**

Основними джерелами надходження фінансових ресурсів у національну систему охорони здоров'я України є [194]:

- державні кошти, основним джерелом яких є податки та відрахування на соціальне страхування (до останнього часу переважно за рахунок податку на доходи фізичних осіб). Вони представляють собою державне фінансування за рахунок коштів зведеного бюджету і соціального страхування шляхом розподілення субвенцій на вторинну та третинну ланки, а також за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» (первинна ланка) – 49,7% від загальних витрат на охорону здоров'я (станом на 01.01.2018 р.). При цьому слід зазначити, що з них 75% становлять кошти місцевих бюджетів, 25% – державного бюджету;
- приватні кошти населення, роботодавців, некомерційних організацій, приватного добровільного медичного страхування – 49,5% (станом на 01.01.2018 р.);
- кошти міжнародних донорських організацій – 0,9% (станом на 01.01.2018 р.) – кошти, які поступають від Світового банку реконструкції та розвитку, Глобального фонду розвитку тощо.

Тим часом існуюча організаційна модель фінансової інфраструктури національної системи охорони здоров'я, а отже й ринку охорони здоров'я, представлена більш складною динамічною системою, що включає в себе наступні компоненти:

- 1) бюджетна система (Міністерство фінансів України та систем фінансових органів: казначейство, державна податкова служба тощо, державні позабюджетні фонди);
- 2) банківська система (Національний банк України, комерційні банки, інвестиційні фонди, лізингові компанії тощо);
- 3) фондовий ринок (фондові та валютні біржі);
- 4) страховий ринок (страхові компанії та організації);
- 5) аудиторський ринок (аудиторська палата, аудиторські фірми та незалежні аудитори);
- 6) інші фінансові та інвестиційні фонди та компанії;
- 7) фінансові служби галузей, відомств та організацій.

Більш детальний розподіл за організаціями, що фінансують сферу охорони здоров'я представлено у табл. 3.4.

Проте основними джерелами залишаються загальнонаціональні податки і збори, що законодавчо забезпечується ст. 49 Конституції України [2]. На сьогоднішній день функціональна система управління фінансовими механізмами опирається на чотири основні рівні:

- центральний (державний) бюджет;

- обласні бюджети;
- районні бюджети;
- бюджети міст, сіл та селищ.

Отже, національна система охорони здоров'я фінансується за рахунок бюджетних коштів та залучення приватних коштів населення, а можливості залучення додаткових фінансових джерел у сферу значно обмежені законодавчою системою України. При цьому державне фінансування охорони здоров'я України є обмеженим (лише 6,7% від ВВП країни – станом на 01.01.2018 р.), отже забезпечує лише певні групи видатків закладів охорони здоров'я бюджетної форми власності (наприклад, оплата комунальних платежів, оплата заробітної плати), при цьому не враховуючи більшість груп витрат, які існують у межах діяльності закладу охорони здоров'я (такі як оновлення матеріально-технічної бази, стимулювання персоналу тощо).

## 2. Бюджетні видатки на охорону здоров'я (консолідований, держаний та місцевий бюджети) та витрати на охорону здоров'я

Загальні витрати на охорону здоров'я за стандартами Національних рахунків охорони здоров'я включають державні та приватні витрати разом з урахуванням офіційних та неофіційних прямих платежів населення [131].

Динаміка фінансування галузі охорони здоров'я в Україні за рахунок бюджетних коштів наведена в табл. 3.1.

**Таблиця 3.1 – Динаміка видатків на охорону здоров'я зі зведеного, державного та місцевого бюджетів в період 2000–2018 рр., %**

Рік	Частка видатків у ВВП			Частка видатків у бюджетах		
	консолідований бюджет	державний бюджет	місцеві бюджети	консолідований бюджет	державний бюджет	місцеві бюджети
1	2	3	4	5	6	7
2000	2,9	0,4	2,5	10,2	2,3	24,5
2001	3,1	0,5	2,6	11,2	2,3	23,0
2002	3,3	0,7	2,6	12,5	4,5	24,0
2003	3,6	0,9	2,7	12,8	5,3	23,4
2004	3,5	1,0	2,5	11,9	5,4	22,5
2005	3,7	0,8	2,9	10,9	3,9	23,0
2006	3,7	0,8	2,9	11,3	4,0	21,6
2007	3,7	0,9	2,8	11,8	4,9	21,1
2008	3,5	0,8	2,7	10,9	4,1	20,7
2009	4,0	0,8	3,2	11,9	4,2	22,8
2010	3,7	0,8	3,3	12,6	2,9	22,5
2011	3,4	0,8	2,9	12,7	3,1	21,4
2012	3,6	0,8	3,3	12,7	2,9	21,2
2013	3,4	0,7	3,2	12,9	3,0	21,0

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4	5	6	7
2014	3,8	0,7	3,1	11,7	3,0	21,1
2015	3,7	0,6	3,3	10,4	2,9	20,0
2016	3,2	0,6	2,9	9,0	3,2	22,2
2017	3,4	0,7	3,0	9,7	3,1	20,0
2018	3,6	0,8	3,1	6,6	2,04	12,27

Джерело: розраховано автором за даними [5; 6]

Аналіз видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я в період 2000-2018 рр. відображає позитивну динаміку: загалом за цей період рівень видатків збільшився на 66,3%. Проте така динаміка має номінальний характер. Це пояснюється необхідністю підвищення рівня заробітної плати працівників галузі, темпами інфляції та зміною валютного курсу, а не реальним зростанням обсягу видатків, оскільки у відсотковому відношенні до ВВП та до загальних видатків зведеного бюджету видатки на охорону здоров'я не демонстрували зростаючої тенденції [205, с. 1130]. а навпаки у порівнянні з 2016 р., у 2017 р. обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП в Україні, згідно з даними Світової статистики охорони здоров'я, зменшився на 0,3% (2016 р. цей показник становив 7%, а в 2017 р. – 6,7%) (Додаток Г).

При цьому, обсяги приватних витрат зростають. Це відбувається за рахунок збільшення частки витрат на охорону здоров'я домашніми господарствами (до 5,6% у 2018 р. склала частка витрат на охорону здоров'я в загальних витратах домашніх господарств, що майже на 1,1% більше, ніж у 2010 р.). При цьому, більшість витрат на рівні домашніх господарств здійснюється методом прямих виплат та співоплати медичних послуг. Динаміка витрат на охорону здоров'я домашніх господарств та сектору державного управління представлена у табл. 3.2.

**Таблиця 3.2 – Динаміка приватних витрат на охорону здоров'я у період 2000–2018 рр., %**

Рік	% до ВВП	Рік	% до ВВП
2000	3,9	2010	3,85
2001	3,92	2011	3,85
2002	4,0	2012	3,85
2003	3,81	2013	3,5
2004	3,8	2014	3,2
2005	3,5	2015	2,9
2006	3,6	2016	2,8
2007	3,5	2017	2,6
2008	3,8	2018	2,4
2009	3,9	-	-

Джерело: розраховано автором за даними [5]

**Таблиця 3.3 - Динаміка витрат на охорону здоров'я домашніх господарств та кінцевих споживачів витрат сектору загального державного управління в Україні, 2010-2018 рр.**

Показник / Рік	Кінцеві споживчі витрати домашніх господарств			Кінцеві споживчі витрати сектору загального державного управління		
	Загальні, млн грн	На охорону здоров'я, млн грн	Частка витрат на ОЗ в загальних витратах, %	Загальні, млн грн	На охорону здоров'я, млн грн	Частка витрат на ОЗ в загальних витратах, %
2010	680164	30773	4,5	209 264	43 686	20,9
2011	858905	41038	4,8	225 707	46 374	20,5
2012	950212	43926	4,6	261 967	56 182	21,4
2013	1 047 096	48 991	4,7	272 271	59 876	22,0
2014	1 120 876	54 957	4,9	296 210	59 741	20,2
2015	1 331 526	74 664	5,6	376 315	69 234	18,4
2016	1 569 702	87 114	5,6	443 727	69 959	15,8
2017	1 977 640	109 167	5,5	616 621	95 246	15,4
2018	2 431 014	135 480	5,6	738 916	111 552	15,1

Джерело: розраховано за даними [5]

Аналіз даних табл. 3.3 підтверджує те, що з кожним роком в Україні витрати на охорону здоров'я з сектору загального державного управління зменшуються (у 2010 р. вони становили 20,9%, а в 2018 р. – 15,1% від загального обсягу витрат), на відміну від витрат домогосподарств, де вони збільшуються: в 2010 р. витрати становили 4,5%, а в 2018 р. – 5,6% від загального обсягу витрат, при цьому динаміка приватних витрат засвідчує тенденції до зростання.

Динаміка витрат на охорону здоров'я за фінансуючи ми організаціями представлена у табл. 3.4.

Якщо розглядати структуру витрат на охорону здоров'я за організаціями, що фінансують (табл. 3.4), станом на 2018 рік, то ми бачимо, що основними організаціями є адміністратори (розпорядники) бюджету, а саме: територіальний уряд (центральні та муніципальні урядові установи) – 49,44%, при цьому частка Центрального уряду становить 49,44%, а органів муніципального уряду – 11,25%. Серед них ми можемо виділити таких розпорядників, як: Міністерство охорони здоров'я – це найбільший адміністратор центрального бюджету, який контролює близько 70,0% державного фінансування (близько 15% усіх суспільних витрат). Решта коштів розподіляється Академією медичних наук (близько 10%) та іншими центральними урядовими органами – близько 20% (Міністерство соціальної політики – до 1%, Міністерство оборони – близько 10%, Міністерство внутрішніх справ – близько 5%. Інші фінансові посередники – органи державного управління – контролюють близько 4% коштів Державного бюджету, спрямованих на охорону здоров'я [262, с. 328]. Фонди соціального страхування контролюють лише 0,2% бюджетних коштів на охорону здоров'я, що свідчить про нерозвиненість системи соціального медичного страхування на території України.

**Таблиця 3.4 - Витрати на охорону здоров'я за організаціями, що фінансують, у період 2003-2017 рр.**

Фінансуючі організації / Рік	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік	
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
<b>Уряд</b>	<b>10 807,6</b>	<b>58,04</b>	<b>16 827,0</b>	<b>59,27</b>	<b>47 864,2</b>	<b>56,48</b>	<b>75 826,7</b>	<b>48,85</b>	<b>81 656,5</b>	<b>44,97</b>	<b>111 063,0</b>	<b>49,64</b>
Територіальний уряд	10 758,7	57,78	16 758,2	59,03	47 633,4	56,21	75 502,6	48,64	81 283,4	44,76	110 605,3	49,44
Центральний уряд	3 380,7	18,15	4 973,8	17,52	11 702,8	13,81	15 953,0	10,28	18 261,6	10,06	25 163,5	11,25
Муніципальний уряд	7 378,0	39,62	11 784,4	41,51	35 930,5	42,40	59 549,6	38,36	63 021,8	34,70	85 441,8	38,19
Фонди соціального страхування	48,9	0,26	68,8	0,24	230,9	0,27	324,1	0,21	373,1	0,21	457,7	0,20
<b>Приватний сектор</b>	<b>7 728,6</b>	<b>41,50</b>	<b>11 472,4</b>	<b>40,41</b>	<b>36 658,8</b>	<b>43,26</b>	<b>78 822,0</b>	<b>50,78</b>	<b>98 624,2</b>	<b>54,31</b>	<b>110 651,8</b>	<b>49,46</b>
Інше приватне добровільне страхування	16,6	0,09	191,9	0,68	741,5	0,87	1 398,5	0,90	1 567,9	0,86	1 950,6	0,87
Витрати домогосподарств	7 174,5	38,53	10 611,0	37,38	34 234,7	40,40	75 711,1	48,78	94 951,3	52,29	106 154,5	47,45
Некомерційні організації, що обслуговують дом.господарства	5,6	0,03	3,0	0,01	15,0	0,02	17,8	0,01	20,2	0,01	26,1	0,01
Приватні фірми та корпорації	503,2	2,70	628,1	2,21	1 584,3	1,87	1 589,9	1,02	1 976,0	1,09	2 520,6	1,13
Лікарняні каси	28,7	0,15	38,4	0,14	83,2	0,10	104,7	0,07	108,8	0,06	0,0	0,00
<b>Весь інший світ</b>	<b>85,4</b>	<b>0,46</b>	<b>91,0</b>	<b>0,32</b>	<b>221,8</b>	<b>0,26</b>	<b>570,8</b>	<b>0,37</b>	<b>1 314,2</b>	<b>0,72</b>	<b>2 011,8</b>	<b>0,90</b>
<b>Загальні витрати</b>	<b>18 621,6</b>	<b>100,00</b>	<b>28 390,4</b>	<b>100,00</b>	<b>84 744,8</b>	<b>100,00</b>	<b>155 219,5</b>	<b>100,00</b>	<b>181 594,9</b>	<b>100,00</b>	<b>223 726,6</b>	<b>100,00</b>

Джерело: [5]

Муніципальні органи управління відіграють суттєву роль у розподілі коштів на охорону здоров'я. Питома вага прямого фінансування на охорону здоров'я за рахунок цих органів станом на 01.01.2018 рік становила 38,19% у структурі загальних витрат на охорону здоров'я.

Фонди Соціального страхування складають лише 0,2% від загальних витрат на охорону здоров'я.

Приватні витрати станом на 01.01.2018 рік складають 49,46%. При цьому «левоу» частку становлять витрати домашніх господарств – 47,45%, а добровільне медичне страхування – лише 0,87%. (Проте за неофіційними даними, 93,4% основного фінансового тягаря несуть домашні господарства. Для порівняння частка витрат домогосподарств у приватних витратах на охорону здоров'я в країнах Європейського Союзу в цілому становив 67,8% (2014 р.); країнах-членах ЄС до травня 2004 р. – 63,2% [262, с. 325]). Отже, за офіційними даними, фіксується зростання тягаря фінансових витрат на охорону здоров'я для українських домашніх господарств з 41,5% у 2003 р. до 49,46% у 2017 р.

Таким чином, аналізуючи структуру витрат за організаціями, що фінансують, і джерелами фінансування, ми можемо впевнено стверджувати, що вона деформована: співвідношення державних і недержавних джерел фінансування національної системи охорони здоров'я не відповідає принципу оптимальної пропорційності [183, с. 61]. Оскільки, фінансування із суспільних джерел функціонує окремо від приватного (тому більшість коштів на рівні домашніх господарств витрачається методом прямих виплат та співоплат, що створює фінансові бар'єри доступу населення до медичних послуг, особливо це стосується малозабезпечених верств населення) – отже, основне навантаження за оплату медичних послуг, медичних товарів, фармацевтичних засобів і супутніх товарів несуть національні домашні господарства.

Основні причини цього явища, ми вбачаємо, у:

- 1) жорсткому регламентуванню видатків на охорону здоров'я бюджетним законодавством;
- 2) кошторисному плануванню системи оплати витрат на охорону здоров'я (що базується на таких показниках, як кількість ліжок та ліжко-днів (для лікарняних, санаторно-курортних закладів тощо), кількість лікарських відвідувань та лікарських посад (для амбулаторно-поліклінічних закладів);
- 3) громіздкості і недосконалості механізму забезпечення взаєморозрахунків за надання медичної допомоги між закладами охорони здоров'я та місцевими бюджетами;
- 4) неврегульованістю питання щодо гарантованого державою пакету послуг;
- 5) неврегульованості питання щодо визначення форм співучасті пацієнтів в оплаті вартості медичних послуг, фармацевтичних засобів і виробів медичного призначення, розширення переліку платних медичних послуг, що загалом не враховує обсяг фактично наданих закладом охорони здоров'я медичних послуг споживачам медичних послуг;
- 6) високому рівні «тінізації» сфери охорони здоров'я та значних корупційних процесів (так за даними ВООЗ, 45% від загальних витрат на охорону здоров'я в Україні сплачується через тіньові канали) [8; 119, с. 75; 253, с. 86].

Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я представлено на прикладі 2017 року у табл. І.1 Додатку І. Загальні та поточні витрати на охорону здоров'я за видами медичних послуг та за постачальниками послуг представлені у табл. І.2 та І.3 Додатку І.

### **3. Медична субвенція**

У межах децентралізації з 2015 року, відповідно до норм Бюджетного кодексу України, видатки місцевих бюджетів на охорону здоров'я враховано у складі видатків Міністерства охорони здоров'я України як головного розпорядника бюджетних коштів у відповідній бюджетній програмі (загальнодержавні видатки). Так, кошти з державного бюджету на охорону здоров'я перерозподіляються в місцеві бюджети за принципом медичної субвенції, яка складається з двох основних частин:

- 1) медична субвенція (обласні та районні бюджети, бюджети міст обласного значення, міський бюджет м. Києва, бюджети об'єднаних територіальних громад);
- 2) субвенція на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру (обласні бюджети і міський бюджет м. Києва).

Отже, медична субвенція за своєю сутністю представляє собою міжбюджетний трансфер, який надається з метою фінансового забезпечення витратних зобов'язань згідно до наданих повноважень у галузі охорони здоров'я місцевим бюджетам. На відміну від дотацій, субвенція має цільовий характер. Відтак, у випадку її нецільового використання вона має бути повернена до центрального бюджету країни.

Вона спрямовується на оплату поточних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я, при цьому місцеві ради мають право передавати кошти субвенції у вигляді міжбюджетного трансферту іншим бюджетам для надання медичних послуг за місцем обслуговування населення [21].

Медична субвенція затверджується у законі про Державний бюджет України окремо для кожного місцевого бюджету та через основних адміністраторів (розпорядників) бюджетних коштів – Міністерство охорони здоров'я України (вторинна та третинна ланка медичної допомоги) та Національна служба охорони здоров'я (первинна ланка медичної допомоги) – надається місцевим бюджетам для здійснення поточних видатків закладів охорони здоров'я і може спрямовуватися на реалізацію заходів з оптимізації мережі таких бюджетних закладів [119, с. 77].

Динаміка показників медичної субвенції представлена у табл. 3.5.

При цьому слід зазначити, що у табл. 3.5 наведена інформація щодо загальної медичної субвенції. Крім загальної медичної субвенції та субвенції на забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру органи місцевого самоврядування можуть збільшувати поточні і капітальні видатки на медичну галузь за рахунок наявних у їхньому розпорядженні бюджетних ресурсів.

Так, у межах бюджету існують субвенції, направлені на:

- реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості;
- придбання витратних матеріалів для закладів охорони здоров'я та лікарняних закладів для інгаляційної анестезії;
- придбання медикаментів та виробів медичного призначення для забезпечення ЕМД;
- придбання агіографічного обладнання;



**Таблиця 3.5 - Показники медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам 2015-2018 рр., грн**

Рік / область	2015	2016	2017	2018
Вінницька	857 626 500	752 599 000	1 022 417 000	1 158 846 800
Волинська	532 117 100	487 469 300	655 765 100	740 007 100
Дніпропетровська	1 713 741 200	1 551 668 900	2 108 111 500	2 389 381 400
Донецька	946 148 165	963 376 100	1 294 697 500	1 524 763 100
Житомирська	662 819 400	597 634 800	806 864 400	916 048 800
Закарпатська	645 313 700	589 091 200	788 878 000	883 011 100
Запорізька	960 665 800	876 740 000	1 158 836 500	1 322 929 600
Івано-Франківська	726 908 500	672 203 600	900 974 200	1 025 635 500
Київська	907 803 700	810 574 800	1 108 786 400	1 280 747 300
Кіровоградська	525 471 800	463 267 400	627 995 400	714 245 600
Луганська	443 405 800	346 021 800	447 187 200	543 977 000
Львівська	1 306 120 600	1 177 424 600	1 595 240 400	1 828 186 400
Миколаївська	606 423 400	548 778 100	743 985 600	844 575 400
Одеська	1 249 752 800	1 144 289 400	1 525 028 100	1 741 736 900
Полтавська	768 248 900	674 205 400	911 337 800	1 042 745 200
Рівненська	591 819 000	532 444 600	719 599 800	819 604 800
Сумська	600 166 900	543 223 700	731 373 100	829 029 900
Тернопільська	556 612 700	499 092 500	670 042 400	762 254 100
Харківська	1 442 524 700	1 277 828 600	1 735 220 100	1 985 510 300
Херсонська	562 389 900	496 911 200	668 575 500	762 995 500
Хмельницька	695 470 000	625 214 300	840 185 100	952 914 300
Черкаська	690 850 300	626 943 200	831 916 400	936 448 900
Чернівецька	467 449 000	415 811 700	562 363 500	644 919 600
Чернігівська	590 218 700	523 929 600	694 223 100	783 084 800
м. Київ	3 192 620 800	3 094 638 100	4 121 560 500	4 334 525 700
<b>Загалом</b>	<b>46 177 023 597,67</b>	<b>44 433 692 584,9</b>	<b>56 220 108 400</b>	<b>61 650 204 123,98</b>

Джерело: сформовано автором на основі даних [6]

- відшкодування вартості лікарняним закладам лікування окремих захворювань (тобто програма «Доступні ліки»);
- реформування регіональних системи охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з МБПП проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» (до надання останньої відносяться 8 окремих регіонів: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Львівська, Полтавська і Рівненська області).

Кошти медичної субвенції спрямовується на видатки місцевих бюджетів для оплати поточних видатків, крім надання первинної медичної допомоги (оскільки кошти на неї консолідується на рівні Державного бюджету у відповідній бюджетній програмі). Кошти медич-

ної субвенції не використовуються на оплату комунальних послуг та енергоносіїв – це функція бюджетів міст республіканського АР Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад.

#### **4. Бюджетні витрати за видами надання медичної допомоги**

В Україні існують єдині підходи до визначення обсягів фінансування закладів охорони здоров'я за видами медичної допомоги, які визначаються наказом Міністерства охорони здоров'я України № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги» [29].

Ст. 87 Бюджетного Кодексу України визначає наступні видатки на охорону здоров'я, що здійснюються з державного бюджету. До них відносяться видатки на:

- первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатофункціональні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [30]);
- спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для осіб з інвалідністю внаслідок війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [30]);
- санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів війни, осіб, на яких поширюється чинність законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту», «Про жертви нацистських переслідувань», та осіб з інвалідністю, загальнодержавні реабілітаційні установи та комплекси для осіб з інвалідністю згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [30]);
- санітарно-епідеміологічний нагляд (лабораторні центри, заходи боротьби з епідеміями);
- інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [30]);
- первинну медичну допомогу, крім видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я;
- державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями;
- державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, що перебувають у державній власності, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України [30];
- програму державних гарантій медичного обслуговування населення [1].

Законом України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [15] регламентовано державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Відтак, відповідні зміни, які необхідні для реалізації даного закону, були внесені і у бюджетне законодавство, а саме: перенесення видатків на первинну медичну допомогу, крім

видатків на оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, до видатків, які здійснюються з Державного бюджету України. Також передбачено, що з Державного бюджету будуть фінансуватися і державні програми громадського здоров'я та заходи боротьби з епідеміями; державні програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я; програма державних гарантій медичного обслуговування населення.

Станом на 2018 рік мережа закладів охорони здоров'я, які безпосередньо підпорядковані Міністерству охорони здоров'я, складає 117 закладів, в т. ч. 20 науково-дослідних закладів, 11 вищих навчальних закладів, 14 санаторіїв, 3 лікарні, 9 самостійних амбулаторно-поліклінічних закладів та 9 стоматологічних поліклінічних закладів тощо, які у більшості розміщені в м. Києві (36), Одеській (22) та Харківській (10) областях [262, с. 133].

Ст. 89 Бюджетного кодексу України визначає наступні види видатків на охорону здоров'я, що здійснюються з бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад. До них відносяться видатки на:

- амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, дільничні лікарні);
- первинну медичну допомогу (медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські і фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та інші заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу);
- програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти);
- інші державні програми медичної та санітарної допомоги (територіальні медичні об'єднання, центри медичної статистики, автопідприємства санітарного транспорту, інші програми і заходи);
- оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню;
- співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад;
- місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні районних рад, і місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- місцеві програми громадського здоров'я [1].

Бюджетним Кодексом України, ст. 90 визначено, що видатки на охорону здоров'я здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів, а саме видатки на:

- консультативну амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення), центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для ветеранів війни, будинки дитини, станції переливання крові);
- санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації);
- інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, територіальні медичні об'єднання, автопідприємства санітарного транспорту, бази спеціального медичного постачання, центри здоров'я і заходи санітарної освіти, регіональні заходи з реалізації державних програм, інші програми і заходи);
- співфінансування оплати медичних послуг, що надаються в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення, для покриття вартості комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад;
- регіональні програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональні програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;
- регіональні програми громадського здоров'я;
- інші заклади та заходи у системі охорони здоров'я (будинки дитини, заклади служби крові, медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, бази спеціального медичного постачання) [1].

Це стосується здійснення видатків на фінансування первинної медичної допомоги (медичних амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів, центрів первинної медико-санітарної допомоги, інших закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу) та оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, та місцеві програми надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги населенню. А також фінансування регіональних програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональних програм надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, а також регіональних програм громад-

ського здоров'я. Це стосується і фінансування регіональних програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які є об'єктами права спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, що перебувають в управлінні обласних рад, і регіональних програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, а також регіональних програм громадського здоров'я.

Мережа закладів охорони здоров'я, які фінансуються з місцевих бюджетів, станом на 2018 рік складає 3385 заклади, у т.ч. 1260 лікарні, 259 диспансери, 1272 самостійні амбулаторно-поліклінічні заклади (з них 671 центри первинної медико-санітарної допомоги), 188 стоматологічні поліклініки, 31 станції швидкої медичної допомоги та центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 110 санаторіїв тощо. При цьому в Україні функціонує 448 центральних районних лікарень, 82 районні лікарні, 30 дільничних лікарень, 3892 сільські лікарські амбулаторії (з них 409 є самостійними), 488 центри первинної медико-санітарної допомоги [262, с. 134].

При цьому важливо зазначити, що відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» [22], розрахунковий показник обсягу видатків на охорону здоров'я (*Vzob*) визначається враховуючи чисельність наявного населення адміністративно-територіальної одиниці та фінансових нормативів бюджетної забезпеченості на одного жителя з урахуванням коригуючих коефіцієнтів та специфічних видатків (зокрема, соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей адміністративно-територіальних одиниць).

Так, показники обсягу видатків на охорону здоров'я обласного бюджету, зведеного бюджету міста обласного значення, району, а також м. Києва визначаються за формулами, представленими у Додатку Л.

Аналіз показників бюджетних витрат за видами надання медичної допомоги (% номінального ВВП) у період, що аналізується, надано нижче.

Витрати зведеного бюджету на первинну медико-санітарну допомогу складають близько 10% від загальних витрат на систему охорони здоров'я (табл. 3.6), хоча, за нормативами, частка фінансування первинної медико-санітарної допомоги має становити 25-30% загальних витрат на систему охорони здоров'я. При цьому частка закладів первинної медико-санітарної допомоги у системі охорони здоров'я України станом на 31.12.2018 року становить 10,4 на 10 тис. населення, що у порівнянні з 2010 р. збільшилось на 15% (у 2010 р. цей показник складав 9,0), а з 2000 р. – на 40,5% (в 2000 р. показник складав 7,4).

**Таблиця 3.6 – Динаміка видатків зведеного бюджету на охорону здоров'я за видами надання медичної допомоги у період 2000–2018 рр., %**

Рік / Вид медичної допомоги	Первинна медико-санітарна допомога	Спеціалізована медична допомога
1	2	3
2000	11,13	88,8
2001	11,4	85,7
2002	13,11	86,7

Продовження таблиці 3.6

1	2	3
2003	13,03	86,09
2004	9,74	87,19
2005	13,43	85,7
2006	13,42	85,68
2007	13,6	85,6
2008	13,5	85,6
2009	13,51	85,6
2010	13,6	85,79
2011	9,8	88,3
2012	9,4	88,6
2013	9,1	88,9
2014	9,3	88,7
2015	10,0	88,1
2016	10,4	87,8
2017	10,8	87,4
2018	11,4	87,1

*Джерело: розраховано автором за матеріалами [5]*

З 2014 року фінансування первинної медичної допомоги показує динаміку до збільшення, що пов'язано з активним реформування галузі (особливо первинної ланки). Витрати розподіляються за новою методологією (за результатами підписання декларацій між лікарями і пацієнтами) через Національну службу здоров'я України.

Проте незважаючи на позитивну динаміку у кількості закладів первинної медико-санітарної допомоги, у національній системі охорони здоров'я до сьогодні існує необхідність у переоснащенні медичним обладнанням цих закладів – 65% центрів та інших закладів первинної медико-санітарної допомоги, 50% центрів та інших закладів первинної медико-санітарної допомоги потребують доукомплектування санітарним транспортом.

Отже, матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я України є надто застарілою (фізичне старіння складає, за підрахунками, більше, 50% у більшості державних закладах охорони здоров'я). Ця проблема також існує завдяки низькому рівню державних витрат на охорону здоров'я, оскільки витрати направляються лише на покриття основних витрат, а інвестиції у матеріально-технічні фонди закладів не передбачені.

За підрахунками автора, більше 80% від загальної суми фінансування закладів охорони здоров'я спрямовується на підтримку інфраструктури, а саме 69,8% – на оплату заробітної плати персоналу закладу (при цьому динаміка показників утримання персоналу закладів охорони здоров'я зростає з кожним роком – табл. М.1 та М.2 Додатку М), 9,9% – на оплату комунальних платежів, 19,3% складають прямі витрати на надання послуг; 1% – інші витрати (оновлення матеріально-технічної бази, інфраструктури). Отже, лише 15-20% загальної суми витрат на охорону здоров'я спрямовується на забезпечення потреб пацієнтів.

При цьому важливо зазначити, що відповідно до Національних рахунків охорони здоров'я в Україні використовується розподіл загальних витрат не за видами надання медичної допомоги, а за функціями, де достатньо проблематично відділити первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Функціональна структура загальних витрат на охорону здоров'я, станом на 01.01.2018 року, наведена на рис. 3.1, що сформована на основі даних табл. К.1 Додатку К.

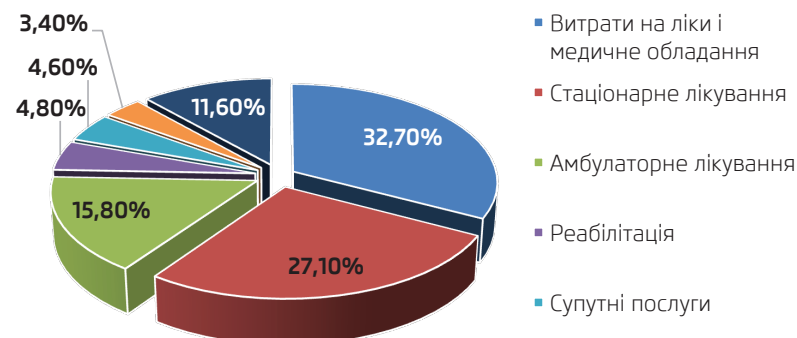


Рис. 3.1. Функціональна структура витрат на охорону здоров'я, станом на 01.01.2018 р.

Джерело: складено автором на основі [5]

Є очевидним, що функціональна структура загальних витрат на охорону здоров'я за останні роки (починаючи з 2003 р.) мало змінилась. Аналіз функціональної структури видатків підтвердив досить низьку частку на реабілітацію (4,8%), амбулаторне лікування (15,8%) та профілактичні заходи (3,4%), при аналогічних показниках у країнах Європейського Союзу в межах 20-40%.

Отже, є необхідність зміни у функціональній структурі загальних витрат на охорону здоров'я та приведення її до світових нормативів. Так, частка фінансування профілактичної допомоги має становити від 20%. Частка фінансування паліативної та хоспісної допомоги має становити від 7% загальних витрат на систему охорони здоров'я. Частка витрат на амбулаторне лікування має складати близько 40% загальних витрат. Частка на стаціонарне лікування має зберігати тенденцію до скорочення, середній показник якої у світі становить 30-40% загальних витрат охорони здоров'я.

### 5. Стан медичного страхування як додаткового джерела фінансування охорони здоров'я в Україні

У межах національної системи охорони здоров'я здійснюється добровільне медичне страхування, яке регулюється Законом України «Про страхування» [18]. Його основною метою є організація та фінансове забезпечення медичних послуг (допомоги), що надані застрахованим особам, відповідного обсягу та якості, зумовлених програмами такого страхування.

Основним функціональним навантаженням добровільного медичного страхування є матеріальне відшкодування вартості лікування, профілактики, розвитку інфраструктури

галузі відповідно до світових стандартів. В Україні добровільне медичне страхування здійснюється у вигляді:

- безперервного страхування здоров'я – найбільш повний вид медичного страхування, що 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;
- страхування здоров'я на випадок хвороби – вид медичного страхування, що передбачає грошову виплату у разі настання страхового випадку (виникнення захворювання);
- страхування медичних витрат – вид добровільного медичного страхування пов'язаний із компенсацією медичних витрат, які можуть виникнути в закордонній поїздки внаслідок раптового захворювання або нещасного випадку [18].

Сектор добровільного медичного страхування в Україні розвивається досить повільно, у порівнянні зі світовим. В Україні він складає лише 1% ринку охорони здоров'я (а саме ринку медичних послуг), у той час, коли, наприклад, в країнах Європейського Союзу його частка на ринку охорони здоров'я становить близько 50% і має чітку тенденцію до зростання [135, с. 184].

Аналіз діяльності організацій, що здійснюють добровільне медичне страхування, свідчить, що в Україні спостерігається негативна динаміка у кількості цих страхових компаній (табл. 3.7). Так, у 2013–2018 рр. їх кількість зменшилася з 60 до 33 (на 46,8%). Це зумовлено наступними чинниками:

- 1) зниження рівня платоспроможності населення призводить до відсутності в нього можливості приймати участь у добровільному медичному страхуванні. призводить до припинення діючих договорів з медичного страхування та небажання страховиків обслуговувати критично збиткових клієнтів;
- 2) зростання цін на фармацевтичні засоби та товари медичного призначення призводить до того, що частина страхових продуктів, у яких немає лімітів на фармацевтичні засоби, стають збитковими, що призводить до підвищення страхових тарифів, а отже й до відмови клієнтів від продовження страхових договорів [170, с. 159].

За період, що аналізується, також скоротилася і частка страхових компаній, що займаються добровільним медичним страхуванням, у загальній кількості страхових компаній України: у 2013 р. вона складала 15,2%, а в 2018 р. – 11,2%.

Відповідно до табл. 3.7 у період, що аналізується, кількість укладених договорів добровільного медичного страхування мала тенденцію до зменшення: у 2017 р. на 63,8% нижче, ніж у 2013 р. (хоча у 2017 р., у порівнянні з 2016 р. збільшилась на 74,5%). При цьому, у 2017 р. переважає питома частка договорів зі страхування здоров'я на випадок хвороби – 51,2%; частка договорів зі страхування медичних витрат складає 33,4%; а договорів з безперервного страхування здоров'я – лише 14,8%. Ця тенденція свідчить про усвідомлення громадянами та корпоративним сектором необхідності придбання полісів медичного страхування в умовах недостатнього бюджетного фінансового забезпечення охорони здоров'я.

Таблиця 3.7 – Динаміка діяльності національних страхових компаній, що здійснюють добровільне медичне страхування (ДМС), 2013–2017 рр.

Рік / Показник	2013	2014	2015	2016	2017
1. Кількість страхових компаній, що здійснюють ДМС, од.	62	57	49	39	33
2. Частка страхових компаній, що здійснюють ДМС, у загальній кількості страхових компаній, %	15,23	14,92	13,57	12,58	11,22
3. Кількість укладених договорів ДМС, од., з них:	29399211	5861402	4537625	6106402	10655040
- частка укладених договорів зі страхування медичних витрат, %	70,42	35,68	53,65	47,71	33,90
- частка укладених договорів зі страхування здоров'я на випадок хвороби, %	7,01	37,44	24,43	27,18	51,23
- частка укладених договорів з безперервного страхування здоров'я, %	22,57	22,42	21,91	25,11	14,87
4. Частка укладених договорів ДМС у загальній кількості укладених договорів страхування, %	39,63	22,4	4,55	16,97	17,51

Джерело: сформовано автором на основі [8]

Проте у зазначений період, діяльність національних страхових компаній у сфері добровільного медичного страхування була низько прибутковою. Про це свідчить той факт, що рівень страхових виплат за добровільним медичним страхуванням (він характеризує суму страхових виплат, що припадає на одиницю отриманих страхових премій) зменшився з 56,3% у 2013 р. до 50,4% у 2018 р. та в середньому становив 54,1% (рис. 3.2). Значення цього показника вийшло за межі оптимальності (5-50%) і характеризує низьку прибутковість добровільного медичного страхування в Україні [205, с. 1134-1136].

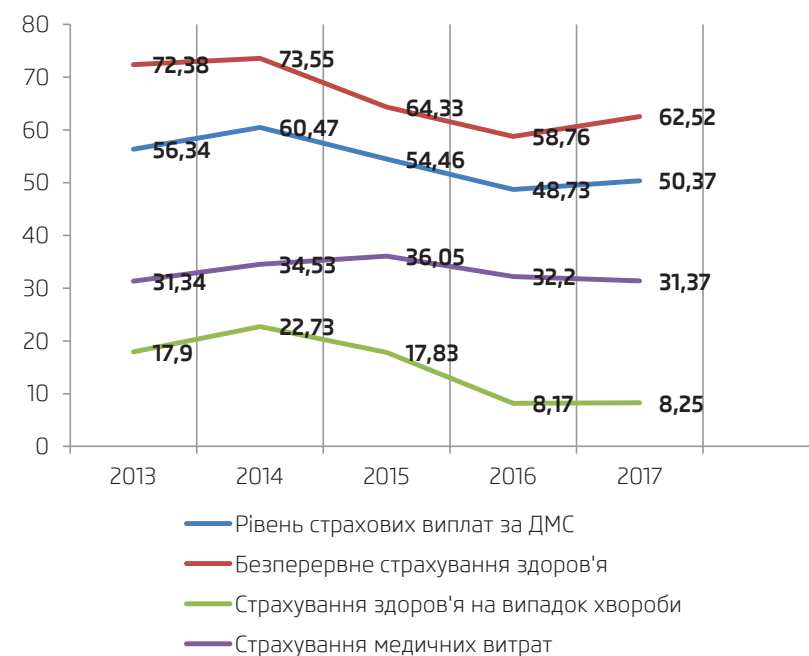


Рис. 3.2. Динаміка страхових виплат за видами добровільного медичного страхування, 2013–2017 рр.

Джерело: розраховано та сформовано автором на основі даних [8]

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, недосконалість служб андерайтінгу, використання економічно необґрунтованих тарифів, незадовільну організацію роботи з урегулювання збитків, низьку клієнтоорієнтованість державних закладів охорони здоров'я, завищені витрати на ведення справ, зокрема комісійні винагороди страхових посередників – продавців послуг з добровільного медичного страхування [56, с. 219-220].

Підсумовуючи аналіз існуючої системи добровільного медичного страхування ми можемо зробити висновок, що в Україні недостатній рівень страхової культури, що призводить до того, що діяльність на ринку охорони здоров'я недержавних структур, таких як

добровільні страхові організації, обмежена й не відіграє істотної ролі у фінансуванні охорони здоров'я [135, с. 182].

Резюмуючи проведений аналіз механізму фінансування галузі охорони здоров'я слід зробити наступні висновки.

По-перше, у національній системі охорони здоров'я існують диспропорції у фінансуванні різних видів медичної допомоги [131], оскільки близько 80% витрат спрямовані на утримання закладів (кошторисне фінансування), а не на лікування пацієнтів. Це пов'язано з тим, що фінансові кошти розподіляються відповідно до існуючої інфраструктури системи охорони здоров'я без урахування реальних потреб населення, визначених структурою та рівнями захворюваності. І як наслідок, існує недостатня економічна мотивація закладів охорони здоров'я як постачальників медичних послуг до ефективного і раціонального використання коштів [253, с. 86].

По-друге, факт існуючої проблеми з фінансуванням галузі підтверджує і те, що складна економічна й політична ситуація в Україні зумовила недостатнє бюджетне фінансування охорони здоров'я. Аналіз загальних витрат на охорону здоров'я в Україні засвідчив, що, незважаючи на щорічне зростання номінальних обсягів фінансування, видатки на охорону здоров'я з усіх фінансових джерел (державних і приватних витрат з урахуванням офіційних і неофіційних прямих платежів населення) є достатньо низькими у порівнянні з іншими країнами світу та використовуються не раціонально. Ця проблема супроводжується недосконалістю наявних бюджетних і небюджетних фінансових механізмів управління. В межах існуючого механізму фінансування галузі, фінансові ресурси дезінтегровані, передусім через надмірну фрагментацію коштів, які виділяються на охорону здоров'я (аж до рівня селищних рад), що посилюється дублюванням функції надання медичної допомоги за рахунок існування відомчої медицини, що знаходиться у підпорядковані Міністерства охорони здоров'я України, низки служб систем міністерств і відомств [205, с. 1137].

По-третє, негативний вплив дефіциту фінансування національної системи охорони здоров'я значно посилюється також вкрай неефективним використанням наявних у галузі коштів, значною диспропорцією у розподілі фінансів між первинною та спеціалізованою медичною допомогою (вторинною та третинною ланками) [190].

Зазначену проблему спробували вирішити за допомогою реформ 2018 року, коли збільшилася частка державних витрат на первинну ланку охорони здоров'я України. Проте досі існує проблема з фінансуванням первинної ланки, оскільки лише 370 грн. на рік виділяється на пацієнта за надання медичних послуг у закладах первинної ланки: ці кошти не покривають повністю вартість витратних матеріалів, лабораторних досліджень, заробітну плату медичного персоналу закладу тощо. Отже, у закладів охорони здоров'я цієї ланки надання медичної допомоги існує проблема забезпечення рентабельності та конкурентоспроможності.

По-четверте, ще досі не було представлено адекватну ефективну фінансову модель вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) ланок надання медичної допомоги. Реформа, яка відбувається сьогодні, ще не вирішила проблему надходження фінансових коштів до галузі, що підтверджується значною часткою приватних коштів серед інших фінансових джерел.

По-п'яте, існує проблема, пов'язана із слабкістю організаційно-фінансової підтримки з боку держави, що проявляється в суперечливому податковому законодавстві, значному податковому навантаженні і «зарегульованій» діяльності закладів охорони здоров'я, відсталості їх технологічної та матеріальної бази, відсутності преференцій і податкових пільг для впровадження медичного страхування на підприємствах. А також недосконалістю структурно-організаційної моделі системи охорони здоров'я [281].

Крім недосконалість фінансово-економічних механізмів забезпечення діяльності галузі, національна система охорони здоров'я характеризується низкою невіршених питань щодо кадрового забезпечення, якості медичних послуг тощо [41].

Відтак, наявність усіх перерахованих проблем призводить до екстенсивного типу розвитку галузі. Ці проблеми мають своє відображення в усіх показниках, що характеризують діяльність національної системи охорони здоров'я. Так, якщо проаналізувати основні показники, то ми можемо прослідкувати їх негативну динаміку.

Показник кількості закладів охорони здоров'я, що діють на всій території України зменшився у 1,94 разів (на 48,5%) в 2017 р. (1,7 тис. закладів) у порівнянні з 2000 р. (3,3 тис. закладів). Значно зменшилась і кількість медичного персоналу: лікарів – в 1,22 рази (на 17,7%) (у 2000 р. – 226 тис., у 2017 р. – 186 тис.), середнього медичного персоналу – в 1,5 рази (на 33%) (у 2000 р. – 541 тис., в 2017 р. – 360 тис.) [5]. Більш детальний аналіз ринку охорони здоров'я представлений у пп. 2.3.

Така негативна динаміка пов'язана із низьким рівнем заробітної плати (найнижчий показник серед усіх спеціальностей державної сфери в Україні: на 33,5% нижчий, ніж середня заробітна плата в Україні – за даними [5] на 2018 р.) та повної відсутності системи мотивації та стимулювання медичного персоналу закладами, що призводить до значних втрат висококваліфікованого персоналу за рахунок їх виїзду з країни. При цьому негативною є динаміка показників приросту населення за рахунок збільшення рівня смертності та зниження рівня народжуваності.

На жаль, дані за наведеними показниками не було оновлено на 2019 р. Проте автор вважає, що динаміка погіршилась.

Отже, проведене у цьому розділі дослідження фінансування галузі охорони здоров'я та аналіз ринку охорони здоров'я, здійснений у розділі 2, дає всі підстави зробити такий висновок, що першочерговим завданням реформування галузі охорони здоров'я має стати забезпечення раціонального управління бюджетними коштами та пошук альтернативних джерел фінансування системи охорони здоров'я, що є вкрай важливим для «оздоровлення» та навіть відродження галузі за рахунок впровадження інноваційних механізмів фінансування галузі.

Необхідність поліпшення фінансування сфери охорони здоров'я за рахунок пошуку додаткових джерел робить актуальною проблему розроблення та впровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я України.

Удосконалення механізму фінансування є інструментом забезпечення ефективності сфери охорони здоров'я, а також принципу загальнодоступності та якості надання медичної допомоги для всіх верств населення.

### 3.2. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах реформування галузі

Як вже зазначалося, одним з найважливіших пріоритетів державної політики України є збереження та зміцнення здоров'я населення на основі формування здорового способу життя та підвищення доступності та якості медичної допомоги для населення. Для досягнення цього завдання національна система охорони здоров'я потребує оновлення механізмів фінансування.

Незважаючи на різноманітність форм та моделей надання медичної допомоги, сьогодні не існує країни, яка була б повністю задоволена власною системою охорони здоров'я [9]. Україна не є винятком. Як ми бачимо в процесі нашого дослідження, протягом усього формаційного періоду незалежності України керівництво країни шукає найкращі шляхи вдосконалення системи охорони здоров'я, оскільки попередні моделі мали свої істотні недоліки. Ці недоліки, в першу чергу, формуються через використання органами управління сфери охорони здоров'я методів та інструментів фінансування 20-30річної давнини. Таким чином, необхідно розробити такі рекомендації, при яких розвиток та оптимізація діяльності в сфері охорони здоров'я України могли б відповідати реальному стану економіки та розвитку суспільства в країні.

Здійснивши ґрунтовний аналіз фінансових механізмів національних моделей охорони здоров'я, що склалися у світі, ми дійшли до висновку про те, що всі типи існуючих моделей мають ряд переваг та недоліків, а отже й не існує єдиної універсальної моделі, яка б сформувала абсолютні передумови для ефективності охорони здоров'я. Отже, процес надання медичної допомоги залежить не тільки від обраного типу моделі, але і від ретельно спроектованих механізмів реалізації мети, завдань та принципів охорони здоров'я, фінансових та управлінських механізмів господарювання.

На основі висновків, отриманих з аналізу національних моделей, можна впевнено стверджувати, що найбільш прийнятною за усіма показниками ефективності (медичної, соціальної та економічної) є модель, що засновується на обов'язковому соціальному медичному страхуванні. Вона враховує принципи солідарності, універсальності та якості медичної допомоги, фінансової та економічної рентабельності, а також інноваційності. Загалом, вона забезпечує основну економічну рівновагу надання якісної медичної допомоги за порівняно невеликі фінансові витрати, а відтак відповідає рівнянню: «ціна – якість».

Ми підтримуємо думку українських науковців та практиків у сфері управління охороною здоров'я [59; 133; 157; 170; 223; 162], що кризова ситуація, яка склалася в національній системі охорони здоров'я, визначає необхідність переходу від бюджетного принципу фінансування галузі, яка направлена на реалізацію програм державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, до багатоканальної моделі фінансування з формуванням моделі соціального медичного страхування. Це передбачає розвиток системи обов'язкового та добровільного медичного страхування, оскільки використання тільки загальнообов'язкового медичного страхування означає зміну (доповнення) фінансування

із загальних податків на адресні податки, що не може вирішити проблему низького рівня результативності діяльності системи охорони здоров'я в Україні.

Запровадження добровільного медичного страхування як додаткового до обов'язкового соціального медичного страхування обумовлено необхідністю реалізації прав та свобод населення під час вибору ним обсягу та якості медичних послуг та суміжних послуг [113, с. 144].

Модель соціального медичного страхування, яка у дослідженні пропонується як базова в межах фінансового механізму галузі, базується на змішаній системі, яка об'єднує як ринкові механізми планування, регулювання та господарювання, так і державні механізми управління. Така змішана система дозволяє сформувати макроекономічну рівновагу в системі охорони здоров'я [59]. Вона характеризується, з економічної точки зору, як багатоканальна (мультиканальна) модель фінансування. Така модель є однією із «дієвих інноваційних механізмів підвищення ефективності фінансування й організації системи охорони здоров'я ... за рахунок диферсифікації джерел фінансування та нової комбінації механізмів збору доходів і об'єднання коштів» [178, с. 99].

Отже, проаналізуємо модель соціального медичного страхування та механізм її імплементації у межах національної системи охорони здоров'я України більш детально.

Модель соціального медичного страхування передбачає використання трьох рівнів фінансових джерел надання медичної допомоги (рис. 3.3):

- перший рівень – бюджетне забезпечення гарантованого пакету медичної допомоги (мінімальний рівень фінансового забезпечення);
- другий рівень – надання медичної допомоги за рахунок обов'язкового медичного страхування (основний рівень фінансового забезпечення);

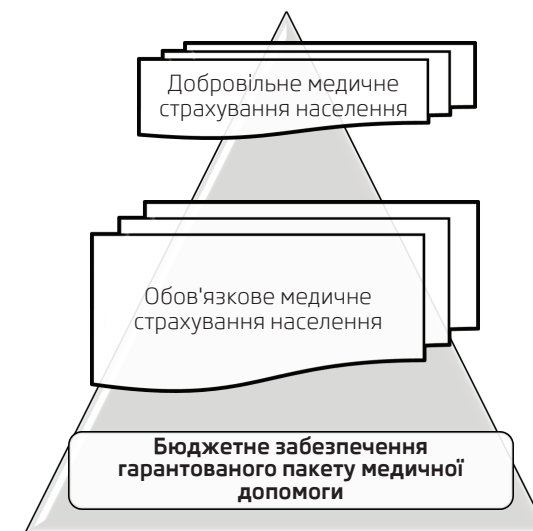


Рис. 3.3. Рівні фінансових джерел надання медичної допомоги в межах моделі соціального медичного страхування

Джерело: розроблено автором

- третій рівень - надання медичної допомоги за рахунок добровільного медичного страхування (доповнюючий рівень фінансового забезпечення) [223].

Модель багатоканального фінансування національної системи охорони здоров'я представлена на рис. 3.4.

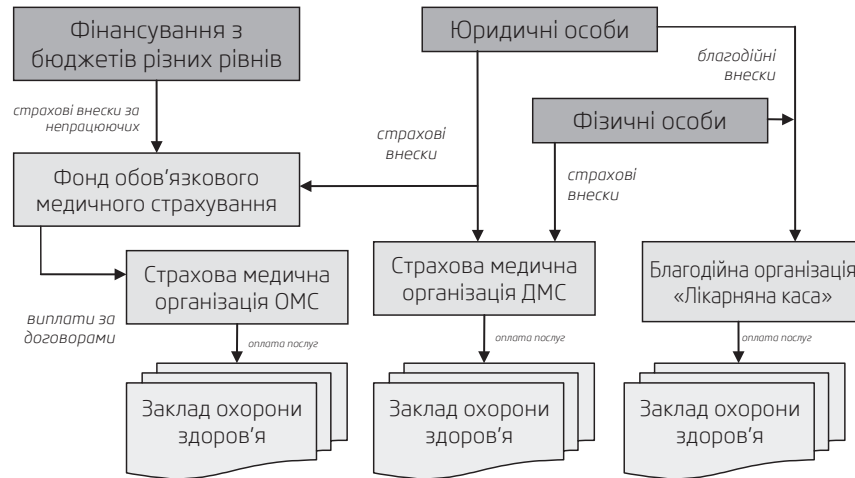


Рис. 3.4. Модель багатоканального фінансування національної системи охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Проілюстрована на рис. 3.4 модель багатоканального фінансування національної системи охорони здоров'я свідчить про те, що в межах сукупності джерел фінансування до бюджетних засобів, коштів добровільного медичного страхування, благодійних внесків до лікарняних кас, співоплати та прямої оплати медичних послуг за рахунок приватних коштів населення додається джерело фінансування за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування.

Запропонована модель заснована на об'єднанні трьох основних джерел фінансування, а саме:

- 1) бюджет, який наповнюється за рахунок обов'язкових податків, - направлений на фінансування цільових програм за соціально важливими напрямками (наприклад, імунопрофілактика, онкологічні хвороби тощо), а також покриття витрат екстреної медичної допомоги та заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення, та додаткових адресних зборів зі шкідливих для здоров'я товарів і підприємств, що мають найбільший рівень забруднення навколишнього середовища;
- 2) обов'язкове медичне страхування, яке забезпечується шляхом обов'язкових внесків, - направлено на покриття витрат з надання медичної допомоги, що спрямована на забезпечення охорони здоров'я населення;
- 3) добровільне медичне страхування та інші джерела, які базуються на добровільних платежах, - направлено на покриття додаткових медичних послуг, які не входять до гарантованого мінімуму, а також підвищеного сервісного рівня.

Така модель організації медичного страхування у світовій практиці отримала назву бюджетно-страхової моделі.

Важливим завданням при формуванні моделі багатоканального фінансування є не просто визначення джерел фінансування галузі, а визначення їх частки у загальній сукупності. Для вирішення цієї проблеми автором пропонується наступна формула:

$$\text{Платежі домашніх господарств} = \text{Витрати на послуги} = \text{= Валовий дохід постачальника послуг,} \quad (3.1)$$

$$MC + OMC + DMC + IP = P \cdot Q = \sum Q \cdot Z, \quad (3.2)$$

де MC - медична субвенція; OMC - платежі від обов'язкового медичного страхування; DMC - платежі від добровільного медичного страхування; IP - індивідуальні платежі методом співоплати та прямої оплати; P - ціна на медичну послугу; Q - обсяг медичних послуг, що надаються; Z - ціна продажу послуг.

Аналіз досвіду запровадження системи обов'язкового медичного страхування європейських країн з перехідною економікою, що мають схожі з Україною тенденції розвитку (наприклад, Естонія, Польща, Угорщина, Словаччина), свідчить про те, що, як правило, здійснюється на фоні існуючих в країні відносин та традицій надання медичної допомоги. Отже, на початковому етапі реформування фінансового механізму системи охорони здоров'я найбільш ефективними є централізовані системи організації обов'язкового медичного страхування. Це обумовлюється тим, що національна система охорони здоров'я характеризується обмеженістю фінансових та матеріальних ресурсів та недостатньою розвиненістю ринкових відносин, а отже й потребує централізованого регулювання на початкових етапах реформування [188; 223].

До основних переваг запровадження системи соціального обов'язкового медичного страхування в межах фінансового механізму належать:

- 1) створення централізованої системи обов'язкового медичного страхування, коли страховиком виступає єдиний цільовий фонд обов'язкового медичного страхування з регіональними філіями, що зменшує ризики та витрати та дає змогу поліпшити планування витрат на медичну допомогу, створити в масштабах держави адекватну керовану структуру;
- 2) створення ринкового середовища з посиленням конкуренції для закладів охорони здоров'я всіх форм власності;
- 3) підвищення якості медичного обслуговування та сервісу за рахунок підвищення рівня конкуренції між закладами охорони здоров'я;
- 4) формує можливість залучення додаткових фінансових коштів від юридичних та фізичних осіб;
- 5) цільовий характер внесків системи забезпечує зміцнення фінансової бази національної системи охорони здоров'я і високий ступень солідарності незалежно від фінансових можливостей споживачів медичних послуг;
- 6) формування умов для ефективного управління ресурсами галузі;



7) посилення рівня інноваційності галузі та доступ до сучасних технологій лікування та новітнього оснащення та устаткування [126; 133, с. 77].

Якщо держава не спроможна забезпечити достатньо високо рівня витрат на охорону здоров'я, малоймовірно, що обов'язкове медичне страхування надасть значні вигоди у порівнянні з вже існуючою системою фінансування галузі [251; 357].

При цьому слід зауважити, що система обов'язкового медичного страхування, як і будь-яка інша модель фінансування охорони здоров'я, має певні недоліки – ризики, зокрема:

- ризик того, що система обов'язкового медичного страхування може включити до солідарної системи не все населення, а, наприклад, тільки працюючих, тому за межами солідарної системи можуть залишитися певні категорії громадян країни (цей ризик має бути усунений за рахунок внесення страхових внесків державою за непрацююче населення: пенсіонери, діти й інваліди повинні мати гарантовану державою безоплатну якісну медичну допомогу, а страхові внески за них мають сплачуватися з державного та місцевого бюджетів);
- ризик щодо збільшення ставки єдиного соціального внеску, який на сьогодні вже є вищим, ніж у середньому в країнах Європейського Союзу, що призводить до «тінізації» виплат заробітної плати і з чим зараз бореться уряд України;
- ризики, пов'язані із специфічністю цього виду страхування, оскільки воно є високотехнологічним і при цьому має високу збитковість (так за даними Національної комісії, що здійснює державне регулювання у сфері фінансових послуг, рівень виплат за медичним страхування становить 70 %, частка виплат у загальному обсязі виплат по ринку досягла 22 % і за останні п'ять років зросла на 2 % [8]);
- ризики, які породжені особливостями та властивостями попередніх систем охорони здоров'я, а саме: цим системам на теренах пострадянських країн у перехідний період властиві два хибних принципи: «оплата за пролікованого хворого» та «гроші йдуть за пацієнтом». Заклади охорони здоров'я зацікавлені у збільшенні кількості хворих: чим більше буде пацієнтів, тим більше коштів отримають вони, при цьому, чим більше буде хронічно хворих, тим вигідніше для закладу. Другий принцип може призвести до того, що пацієнти лікуватимуться у спеціалізованих закладах охорони здоров'я без істотних показань для цього, що порушить етапність надання медичної допомоги;
- ризики, пов'язані з відсутністю системи підготовки спеціалістів із медичного страхування, низьким рівнем заробітних плат та надходжень премій;
- ризики, пов'язані із психологічним спротивом населення, що обумовлено недостатньою поінформованістю населення щодо переваг і недоліків медичного страхування [61; 133, с. 77; 170, с. 160].

Наявність зазначених ризиків означає, що сьогодні в Україні є невирішеними і вимагають доопрацювання питання, які суттєво ускладнюють запровадження цієї системи найближчим часом [79; 86], а отже, удосконалення державної політики у сфері фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров'я має бути здійснено не просто за рахунок впровадження моделі багатоканального фінансування національної системи охорони здоров'я тільки в межах пошуку додаткового фінансування наявної неефективної системи охорони здоров'я, а зі зміни підходів до фінансування закладів охорони здоров'я та принципів роз-

міщення фінансових коштів, а отже потребує докорінної зміни фінансовий механізм сфери охорони здоров'я. Це має стати основою для побудови фінансових відносин між суб'єктами та об'єктами системи охорони здоров'я на різних рівнях державного регулювання.

Концептуальний базис функціональної системи управління фінансовими механізмами в сфері охорони здоров'я представлено на рис. 3.5.



**Рис. 3.5. Концептуальна модель функціональної системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я**

*Джерело: розроблено автором*

Система пріоритетних цілей у межах концептуальної моделі функціональної системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я представлена наступними цілями:

- 1) для національної економіки – зменшення бюджетного навантаження та зменшення рівня «тінізації» національної системи охорони здоров'я;

- 2) для населення країни – підвищення якості та доступності медичних послуг та медичної допомоги, а також підвищення фінансових можливостей населення скористатися якісними медичними послугами та відповідне зростання рівня його задоволення даним видом послуг; стимулювання здорового способу життя;
- 3) для закладів охорони здоров'я – формування раціонального механізму ефективного використання ресурсів охорони здоров'я та удосконалення фінансово-економічних механізмів управління закладами за рахунок посилення конкуренції на ринку охорони здоров'я;
- 4) для кадрового складу у сфері охорони здоров'я – формування адекватної системи мотивації та стимулювання.

Очевидно, що центральною ланкою системи соціального обов'язкового медичного страхування в межах системи пріоритетних цілей є людина. Відповідно до цієї концепції, в межах удосконаленої законодавчої бази пацієнтам (із числа працюючого населення) – споживачам медичних послуг – має бути надано право вільного вибору страхової медичної організації, закладу охорони здоров'я та лікаря. Отже, характеризуючи систему пріоритетних цілей концептуальної моделі функціональної системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я необхідно зауважити на переході до конкурентної моделі, яка є пацієнтцентричною та орієнтованою на якість медичної послуги.

Для реалізації цих цілей мають бути забезпечені наступні принципи реалізації імплементації моделі багатоканального фінансування національної системи охорони здоров'я такі, як:

- 1) стратегічне планування системи управління фінансовими механізмами на різних рівнях (національному, регіональному, муніципальному та на рівні закладів охорони здоров'я);
- 2) прозорість та підзвітність використання державних коштів;
- 3) визначення та контроль критеріїв ефективності та результативності системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я;
- 4) розвиток конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг державного та приватного секторів;
- 5) чесність, відкритість та збалансованість у прийнятті ключових рішень щодо розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я;
- 6) справедливий доступ до медичних послуг та медичної допомоги із забезпеченням гарантованого пакету медичних послуг;
- 7) фінансовий захист населення.

В умовах існуючих реформ, що відбуваються сьогодні в національній системі охорони здоров'я, неможливий швидкий перехід до моделі соціального медичного страхування. Для переходу до такої моделі необхідно проведення ряду підготовчих заходів для її імплементації:

1. Першою необхідною умовою переходу є забезпечення наявності фінансових ресурсів у межах бюджету країни – економічні заходи.
2. Другою необхідною умовою є формування відповідної нормативно-правової бази – правові заходи.

3. Третьою необхідною умовою є оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я: формування та затвердження стандартів, протоколів, оптимізація мережі закладів охорони здоров'я, повний перехід від державного утримання закладів охорони здоров'я державної форми власності до оплати за надані послуги та принципів прибутковості, кадрове забезпечення – оптимізаційно-організаційні заходи [133, с. 76].

Важливо відмітити, необхідність кадрового забезпечення національної системи фахівцями у сфері медичного страхування. Так, запровадження обов'язкового медичного страхування потребує додаткових фінансових витрат з залучення та підготовки кадрів. За підрахунками американських фахівців [357], на 1 млн застрахованих необхідно 700 кваліфікованих фахівців медичних страхових компаній. Досвід запровадження медичного страхування в Європі, свідчить про те, що на кожні 100 тис. населення необхідно, щонайменше, 200 фахівців. Отже, якщо вважати, що станом на 01.01.2020 р. населення України складало близько 41, 902 млн осіб (за даними [165]), то для кадрового забезпечення запровадження системи обов'язкового медичного страхування необхідно близько 29330 фахівців в сфері медичного страхування.

Перехід національної системи охорони здоров'я до моделі соціального медичного страхування передбачає такі зміни бізнес-моделі в сфері охорони здоров'я України:

- зміна організаційно-правового статусу закладів охорони здоров'я, тобто їх перетворення на незалежну юридичну особу з широким спектром повноважень: у межах існуючого правового поля у сфері охорони здоров'я найбільш ефективною формою є автономна некомерційна організація, яка має договірні відносини з державою та може сформувати державні та муніципальні замовлення на обсяги медичної допомоги [114, с. 188];
- зміна форми власності значної кількості закладів охорони здоров'я з метою формування розвиненого комерційного сектору охорони здоров'я – різноманітність форм власності є необхідною умовою становлення ринкового механізму господарювання сфери охорони здоров'я;
- зміна характеру відносин між зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я від соціальних та адміністративних до економічних;
- перехід від кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування медичної допомоги;
- перехід від фінансування витрат до придбання медичних послуг;
- децентралізація фінансування;
- зміна механізму надходження коштів у сферу охорону здоров'я шляхом додаткового фінансування з податків внеску з обов'язкового та добровільного медичного страхування та прямої оплати медичної допомоги; розширення джерел фінансування, тобто використання ряду джерел (страхові платежі, прямі платежі тощо) замість одного джерела – з державного бюджету. Необхідною умовою є запровадження прогресивного податку на прибуток як основного інструменту поповнення фінансових коштів, які необхідні для забезпечення державних гарантій безоплатного надання медичної допомоги [116, с. 31].

Складовою частиною такого реформування має стати впровадження сучасної структури соціальних внесків, які направляються на профілактичні та лікувальні заходи залежно від

середнього рівня стандартів медичного обслуговування, з визначенням долі участі роботодавців та працюючого населення в виплатах. Конкретно, для виходу на середній рівень держав із державним обов'язковим медичним страхуванням, ці внески мають складати не менше 10% від оплати праці.

У різних країнах ставки внесків на соціальне медичне страхування та коефіцієнт участі роботодавців і працівників в окремих країнах різняться (табл. 3.8).

**Таблиця 3.8 - Ставки внесків на соціальне медичне страхування та коефіцієнт участі роботодавців і працівників в Європейських країнах**

Країна	Ставка внеску, % від заробітної плати	Коефіцієнт участі роботодавців і працівників, %
Чехія	13,5	66 : 33
Естонія	13,0	100 : 1
Словаччина	13,5	66 : 13
Словенія	12,8	50 : 50
Російська Федерація	3,6	100 : 1
Німеччина	13,5	50 : 50

Джерело: [200, с. 67]

Подвоєння соціальних внесків, що адресовані на захист від захворювань – це не популярні політичні заходи. Ці шляхи можливі лише за умови збільшення розміру заробітних плат (особливо за рахунок виведення їх з «тіні»), у т.ч. і оплати праці медичних працівників у кінцевому результаті.

Важливою умовою при формуванні зацікавленості працюючого населення в обов'язковому медичному страхуванні є формування обґрунтованого та прозорого механізму встановлення залежності між розміром страхових внесків та обсягом медичних послуг, що надаються, протягом тривалого періоду життєдіяльності застрахованих осіб [238, с. 168].

Ми приєднуємося до думки Ю. Гришана та С. Онишка, що, зважаючи на проблеми діяльності Пенсійного фонду України, недоцільно створювати Фонд обов'язкового соціального медичного страхування, оскільки до нього, за підрахунками фахівців, буде переходитися щонайменше 50% коштів [92; 57; 170]. Відтак, необхідним є створення «процесингового центру», основним завданням якого має стати облік коштів, що надійшли на рахунки страховиків від страхувальників.

Також з метою забезпечення регулювання та контролю над роботою системи медичного страхування потрібен уповноважений орган, функцію якого може взяти на себе вже створена Національна служба здоров'я України. Так, до його основних функціональних обов'язків мають бути віднесені:

- 1) законодавчо-організаційне управління системою обов'язкового медичного страхування на національному рівні;
- 2) забезпечення рівномірності надання медичних послуг та доступу населення країни з різних регіонів та різного рівня достатку до надання медичної допомоги;
- 3) забезпечення фінансової стійкості системи обов'язкового медичного страхування;

- 4) контроль збору та розподілу фінансових коштів між закладами охорони здоров'я на національному рівні.

З пріоритетних принципів, цілей та заходів бачимо, що побудова функціональної системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я потребує розвитку ринкових відносин у сфері охорони здоров'я. Отже, реформування національної системи охорони здоров'я в межах механізму її функціонування має проводитися за наступними етапами:

*Перший етап* включає дії з:

- 1.1) децентралізації процесів управління бюджетними ресурсами;
- 1.2) визначення гарантованого (безоплатного) пакету медичних послуг для населення (наприклад, у Польщі пропонується наступний пакет: швидка невідкладна допомога, госпіталізація, амбулаторні послуги для пацієнтів, допологовий догляд, профілактичні та оздоровчі послуги, лікування хронічних захворювань тощо [346]);
- 1.3) впровадження відповідності фінансування обсягам державних гарантій;
- 1.4) перетворення закладів охорони здоров'я на підприємства – забезпечення повної фінансової та управлінської автономізації закладів;
- 1.5) запровадження перехідного періоду, під час якого буде здійснено поетапний перехід від постатейного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування залежно від обсягу наданих послуг, від фінансування витрат – до купівлі послуг закладів охорони здоров'я; а також заклади охорони здоров'я будуть мати змогу вступати в договірні відносини із страховими компаніями, що дасть можливість формувати ціну на медичні послуги в цей період;
- 1.6) поетапне удосконалення сукупності фінансових джерел на фінансування охорони здоров'я;
- 1.7) формування медико-економічних стандартів та запровадження системи індикаторів ефективності медичних послуг, що надаються на первинному, вторинному та третинному рівнях медичної допомоги;
- 1.8) введення механізму цільового використання акцизних зборів на шкідливі для здоров'я продукти, такі як тютюнові вироби, алкоголь, напої з великим вмістом цукру та їх цільове використання для забезпечення потреб охорони здоров'я за цільовими програмами;
- 1.9) покладання на Міністерство охорони здоров'я України функції здійснення політики щодо реалізації стратегії реформування галузі, проведення стратегічного аналізу, прогнозування і моніторингу перетворень.

*Другий етап* включає дії з запровадження соціального обов'язкового медичного страхування в Україні, а саме:

- 2.1) формування нормативно-правової бази для запровадження соціального обов'язкового медичного страхування (насамперед, прийняття профільного закону «Про обов'язкове соціальне медичне страхування» з виділення частини в єдиному соціальному внеску на потреби обов'язкового медичного страхування, що має бути розроблений за участю фахівців у сфері охорони здоров'я і страхування; перегляд ст. 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги; законодавче визначення участі населення у витратах на медичну допомогу);

- 2.2) розробка податкової політики та державного нагляду у сфері обов'язкового соціального медичного страхування;
- 2.3) створення процесингового центру як основного центру обліку страхових коштів та надання Національній службі охорони здоров'я України функції регулювання та контролю коштів під час здійснення обов'язкового медичного страхування;
- 2.4) розробка єдиного уніфікованого механізму ціноутворення на національному рівні на ринку медичних послуг та ринку медичного страхування;
- 2.5) визначення відсотку державних асигнувань на гарантовану медичну допомогу;
- 2.6) формування переліку базових медичних послуг, які повинні надавати заклади охорони здоров'я застрахованим пацієнтам у рамках обов'язкового соціального медичного страхування, і розробка механізмів розрахунку вартості цих послуг;
- 2.7) формування страхових механізмів для певних груп населення (працюючих та не працюючих громадян, пенсіонерів, дітей та підлітків, груп населення з високими та низькими рівнями захворюваності), а також в територіальному аспекті;
- 2.8) забезпечення механізму дії та коректного використання ресурсів суб'єктами обов'язкового медичного страхування;
- 2.9) формування пріоритетних програм створення та розвитку страхової інфраструктури та визначення фінансових джерел на них;
- 2.10) формування та забезпечення інвестиційно-інноваційних механізмів на оновлення та розвиток матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я;
- 2.11) впровадження механізмів мотивації та стимулювання кадрів в сфері охорони здоров'я на основі диференційованої стимулюючої оплати праці;
- 2.12) формування управлінських інструментів впливу, а саме визначення критеріїв ефективності виконання страхових програм.

*Третій етап* включає дії з запровадження добровільного медичного страхування в Україні, а саме:

- 3.1) забезпечення конкуренції на ринку охорони здоров'я (особливо на ринку медичних послуг) після формування нормативно-правової бази запровадження обов'язкового медичного страхування;
- 3.2) забезпечення допуску закладів охорони здоров'я до системи обов'язкового медичного страхування на конкурсній основі та розробка ефективного механізму їх стимулювання;
- 3.3) ліцензування й акредитація страхових організацій з метою підвищення їхньої надійності;
- 3.4) створення умов розвитку добровільного медичного страхування (за рахунок організації медичного страхування на підприємствах, організаціях, установах) для покриття витрат понад обсяг, що визначено програмами соціального обов'язкового медичного страхування;
- 3.5) стимулювання програм здоров'язбереження та превентивної медицини на основі прямих стимулів (наприклад, введення обов'язкових профілактичних оглядів та визначення їх впливу на розмір страхових тарифів) і непрямих стимулів (наприклад, встановлення франшиз і лімітів у договорах добровільного медичного страхування);

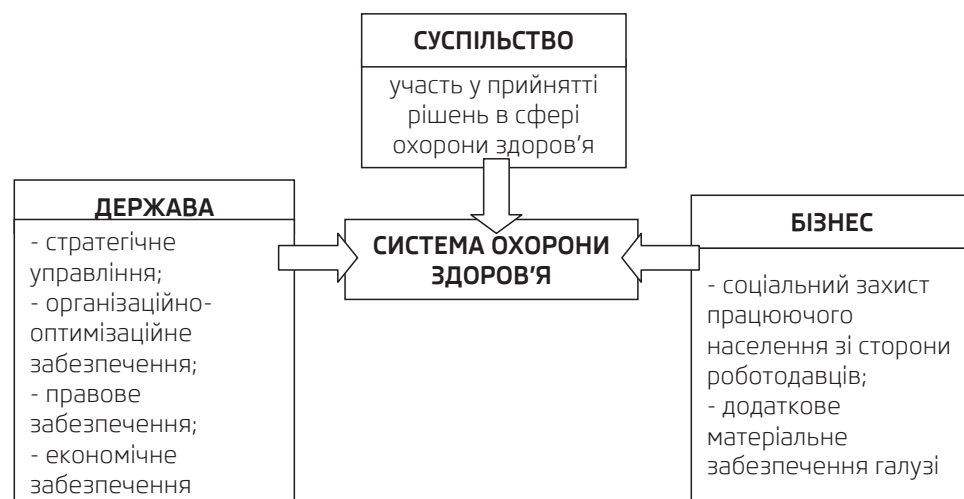
- 3.6) створення податкових умов для роботодавців для сплати платежів добровільного медичного страхування за рахунок введення податкових пільг (Наприклад, за рахунок включення витрат на сплату платежів на добровільне медичне страхування працівників до собівартості продукції або за рахунок вилучення суми страхових внесків за працюючих, які платять роботодавці, з суми, що обкладається податками. Іншою ілюстрацією посилення податкових стимулів для розвитку добровільного медичного страхування може слугувати для фізичних осіб – за рахунок зменшення податку на доходи за умов щорічного продовження договорів добровільного медичного страхування; для юридичних осіб – збільшення частки внесків за добровільне медичне страхування, що відносяться на собівартість продукції; чи при поновленні договорів добровільного медичного страхування – залік частини внесків на добровільне медичне страхування йде в оплату єдиного соціального внеску). Отже, основний акцент необхідно зробити на податку на прибуток та визначенні об'єкта оподаткування, коли враховуються витрати подвійного призначення, особливостей віднесення до складу витрат сум внесків на соціальні заходи, податку на доходи фізичних осіб (у частині визначення бази оподаткування та податкової знижки) із обов'язковим внесенням змін до Податкового кодексу з метою зменшення податкового навантаження як на страхувальника, так і на підприємство (організацію, установу);
- 3.7) заходи з підвищення зацікавленості закладів охорони здоров'я, юридичних та фізичних осіб за рахунок системи ціноутворення та контролю за дотримання стандартів закладами охорони здоров'я (наприклад, матеріальне стимулювання, що впливає на розміри виплат в випадку тимчасової непрацездатності при ігноруванні працівниками профілактичних заходів, курінні, зловживанні алкоголем, порушеннях техніки безпеки тощо).

Отже, ми можемо впевнено стверджувати, що запровадження обов'язкового соціального медичного страхування – це не просто зміна кількості джерел фінансування, а й перехід національної системи охорони здоров'я до нової форми організації та управління, що гарантує зміну пріоритетів у наданні медичної допомоги, в оплаті праці, а також високу якість медичних послуг та їх відповідності соціальним гарантіям та потребам суспільства.

Щодо необхідності запровадження обов'язкового соціального медичного страхування є думка різних експертних груп, яка була досліджена у соціологічному опитуванні, здійсненому в межах дослідження (Додаток 3). Так, 57% респондентів (представників медичної спільноти України та пацієнтів) зазначають необхідність запровадження страхової медицини в Україні (з них 43% бачать необхідність запровадження як обов'язкового та добровільного страхування, 38% – тільки обов'язкового соціального страхування, і 19% – тільки добровільне). 39% опитаних вважають доцільним залишити бюджетну систему фінансування охорони здоров'я, і лише 18% зауважують на необхідності формування своєї власної системи. Відтак значне число населення України розуміє необхідність докорінних змін в фінансовому механізмі охорони здоров'я, акцентуючи увагу на запровадженні моделі обов'язкового соціального медичного страхування.

Зміни в існуючій ситуації, що склалася в національній системі охорони здоров'я, та реалізація запропонованої нами концептуальної моделі функціональної системи управління фінансовими механізмами сфери охорони здоров'я можлива лише при спільній участі держави, суспільства та бізнесу – при узгодженні інтересів робітників, роботодавців, бізнес-середовища та владних органів на фоні виконання державою своїх зобов'язань перед населенням у сфері охорони здоров'я.

Основні напрями комплексного впливу цих учасників та модель соціально-економічних відносин при багатоканальній моделі фінансування галузі охорони здоров'я представлені на рис. 3.6 та рис. 3.7.



**Рис. 3.6. Основні напрями комплексного впливу держави, суспільства та бізнесу на сферу охорони здоров'я під час формування та реалізації багатоканальної моделі фінансування галузі**

*Джерело: сформовано автором*

Отже, держава здійснює стратегічне управління формуванням та реалізацією інноваційного механізму фінансування галузі, нормативно-правове забезпечення; організаційно-оптимізаційне забезпечення, а також економічне забезпечення процесу. В моделі, що представлена на рис. 3.7, держава, перш за все, має забезпечити законодавчу на економічну основу для реалізації моделі багатоканального фінансування галузі. Відповідно суспільство має бути залучено до прийняття суспільно важливих управлінських рішень у межах формування та реалізації багатоканальної моделі фінансування галузі.

Соціально відповідальна держава та соціально активне суспільство через специфічні інструменти впливу можуть та повинні активно впливати на бізнес-сферу охорони здоров'я. У результаті такого комплексного впливу в представленій моделі формується соціально відповідальний бізнес. Бізнес як елемент додаткового матеріального забезпечення галузі за рахунок участі у державно-приватному партнерстві, а також виконує функції соціального

захисту працюючого населення у системі медичного страхування (формування соціально відповідального підприємництва).



**Рис. 3.7. Модель соціально-економічних відносин при багатоканальній моделі фінансування галузі охорони здоров'я представлені**

*Джерело: сформовано автором*

У результаті взаємодії держави, суспільства та бізнес-середовища виникають фінансові потоки, які вже традиційно склалися в існуючих фінансових механізмах галузі охорони здоров'я (бюджетні кошти, фінансові ресурси обов'язкового медичного страхування, фінансові ресурси добровільного медичного страхування та особисті кошти домогосподарств), що перерозподіляються в заклади охорони здоров'я різних форм власності.

Зміна фінансових потоків у наведеній моделі досягається, найперше, за рахунок ймовірної принципової змін ролі роботодавців у фінансовому механізмі національної системи охорони здоров'я через розвиток обов'язкового та добровільного колективного медичного страхування. Таким чином, очікується збільшення долі фінансових ресурсів галузі.

У зв'язку з цим, державне управління в сфері охорони здоров'я повинно опиратися на взаємну узгодженість та врахування інтересів різних соціальних груп та верств

як найважливішої умови стійкості політичного середовища, розвитку економіки, формування громадського суспільства.

Отже, створення власної моделі, яка побудована на багатоканальному фінансуванні національної системи охорони здоров'я з урахуванням як національної особливості, так і необхідності застосування сучасних світових інновацій у галузі, а також долучення суспільства та бізнес-середовища до прийняття соціально важливих рішень сприятиме зростанню сильної та здорової нації, і, як наслідок, побудові сильної та ефективної економіки.

### 3.3. Лікарняні каси як основа для забезпечення інноваційних механізмів фінансування охорони здоров'я в Україні

Сьогодні в межах національної системи охорони здоров'я у якості додаткового фінансового джерела охорони здоров'я використовуються кошти лікарняних кас за рахунок солідарно накопичених цільових персоналізованих внесків юридичних і фізичних осіб, які можуть стати підґрунтям для формування системи соціального обов'язкового медичного страхування.

*Лікарняна каса* – це членська благодійна організація / громадське об'єднання, що функціонує відповідно до законів України «Про благодійну діяльність та благодійні організації» [11] та «Про громадські об'єднання» [13]. Лікарняні каси об'єднують інтереси громадян, трудових колективів та медичних працівників у питаннях медикаментозного та діагностичного забезпечення членів цих об'єднань при їх захворюванні [265].

Лікарняна каса представляє собою добровільну, недержавну, некомерційну організацію, яка побудована за принципом солідарності та страховій технології. Вони здатні самостійно на засадах громадсько-солідарної участі забезпечувати доступною і якісною медичною допомогою своїх членів. Створення лікарняних кас у вигляді самостійних структур визначає можливість контролю за використанням коштів та якістю медичного обслуговування [265]. Отже, діяльність лікарняних кас сприяє ефективному використанню фінансів, оскільки до контролю залучаються їх члени, що підвищує його результативність та забезпечує цільове спрямування коштів. Тобто в межах діяльності лікарняних кас здійснюється принципово нова система взаємовідносин між основними учасниками організації та надання медичної допомоги [120].

Основним принципом, за яким здійснюють свою діяльність лікарняні каси, є принцип солідарного покриття витрат: «фізичні чи юридичні особи (члени лікарняних кас) платять внески у вигляді установленної суми чи певного відсотка від заробітної плати і отримують право на відшкодування у разі захворювання фіксованої суми витрат на придбання медикаментів, медичних матеріалів чи отримання медичної допомоги» [200, с. 66].

Серед основних цілей та завдань лікарняних кас можна виділити наступні:

- організація співучасті населення на солідарній основі для вирішення питання медикаментозного забезпечення у випадку їх захворювання в межах діючого законодавства України;
- поліпшення якості забезпечення населення медичною допомогою;

- збільшення кількості застрахованих осіб у країні і пов'язане з цим збільшення рентабельності;
- відкриття більш широкого доступу до медичного забезпечення верств населення, що знаходяться за межею бідності;
- зміцнення системи лікарняних кас і отримання додаткового джерела доходу для фінансованої системи охорони здоров'я в Україні, а також забезпечення їх участі у реформуванні національної системи охорони здоров'я;
- впровадження стандартів і протоколів надання медичної допомоги;
- забезпечення профілактичних заходів як важливої складової національної системи охорони здоров'я.

Отже, основним завданням сучасних лікарняних кас на території України є забезпечення отримання високоякісної медичної допомоги населенням країни, за рахунок:

- формування оптимальної організаційної структури каси;
- побудови організаційно-правових відносин, що засновуються на договірних засадах між лікарняними касами, органами управління охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я, сімейними лікарями та фармацевтичними організаціями;
- побудови договірних відносин з підприємствами, установами, організаціями різних форм власності з метою забезпечення колективного членства в лікарняних касах;
- створення автоматизованої системи персоналізованого обліку членів лікарняних кас, сплати ними членських внесків, використання коштів на програми медичного забезпечення, а також контроль за використанням фармацевтичних засобів закладами охорони здоров'я [36].

Кількість та динаміка членства в лікарняних касах представлена у табл. 3.9.

Таблиця 3.9 – Показники діяльності лікарняних кас в Україні

Показник / Рік	Станом на 01.01.2008	Станом на 01.01.2013	Станом на 01.01.2015
<b>Загалом, серед них:</b>	<b>236</b>	<b>понад 200</b>	<b>191</b>
як благодійні фонди та організації	57%	58%	49%
як громадські об'єднання	31%	34%	45%
як благодійні фонди та громадські об'єднання	12%	8%	6%
<b>Загальна кількість членів лікарняних кас, серед них:</b>	<b>858,3 тис. осіб</b>	<b>1 млн. осіб</b>	<b>572,5 тис. осіб</b>
працюючих	65,0%	67,2%	66,8%
пенсіонерів	19,3%	21,0%	20,9%
дітей	9,2%	4,8%	5%
інші	6,5%	7,0%	7,3%

Джерело: сформовано автором за даними [36; 37; 94; 221]

Станом на 01.01.2015 року, за даними МОЗ України, найбільша кількість членів лікарняних кас налічується в Житомирській обл. – 217 тис. осіб; Чернігівській обл. – 62 тис. осіб; Миколаївській обл. – 50 тис. осіб [94].

При цьому слід зауважити, що станом на 01.01.2008 року сумарний обсяг коштів, акумульованих лікарняними касами, становив 50,6 млн грн, а розмір витрат лікарняних кас у цілому по Україні склав близько 50,0 млн грн (96,8 % від загального обсягу акумульованих коштів, у тому числі: на придбання фармацевтичних засобів – 78,6 %; на придбання виробів медичного призначення – 4,6 %; на ведення справ та утримання кас – 12,8 %; інші витрати – 4,0 %) [36].

Станом на 01.01.2015 сумарний обсяг коштів, акумульованих лікарняними касами склав 102 млн грн, що у 2,01 рази більше ніж аналогічний показник станом на 01.01.2008 рік. Найбільші суми надійшли до лікарняних кас Житомирської (41 млн грн), Полтавської (9 млн грн) та Чернігівської (8 млн грн) областей. Сума витрат коштів лікарняних кас у цілому по Україні у 2014 році становила 98,2 млн грн у тому числі: на придбання медикаментів – 80,6 млн грн (82 %); на придбання виробів медичного призначення – 1,0 млн грн (1 %); на ведення справ та утримання кас – 13,7 млн грн (14 %); інші витрати – 2,9 млн грн (3 %) [94].

В Україні здійснює діяльність Асоціація працівників лікарняних кас України [36], членами якої є лікарняні каси зі всіх областей України: Лікарняна каса Житомирської області, Лікарняна каса Полтавщини, ЧБО «Лікарняна каса «Азовсталь», Ямпільське районне об'єднання громадян «Здоров'я», Шахтарська МГО «Лікарняна каса», Сумська РБО «Лікарняна каса», Недригайлівська районна лікарняна каса, ЧБО «Міська лікарняна каса» Донецької обл., Рівненська МГО «Лікарняна каса працівників хімічної промисловості», Муніципальна лікарняна каса м. Києва, Лікарняна каса столичної поліції, Чернігівська міська лікарняна каса, Лікарняна каса Прикарпаття, Галицька лікарняна каса, Харківське обласне об'єднання громадян «Лікарняна каса» «Центральна», (Харківська обл.) Громадська організація «Южненська міська лікарняна каса», Лікарняна каса Рені тощо.

Діяльність лікарняної каси проілюструємо на прикладі Благодійної організації «Лікарняна Каса Житомирської області», яка є найпотужнішою на території України. Щомісячно за рахунок цієї організації лікується понад 10 тис. пацієнтів, щорічно – понад 200 тис. Станом на 01.01.2020 р. членами цієї лікарняної каси є близько 200 тис. осіб. Щомісячно члени цієї лікарняної каси сплачують добровільні членські внески у розмірі 3 % від мінімальної заробітної плати.

Типова організаційна структура лікарняної каси в Україні представлена на рис. 3.8, а схема автоматизованої системи управління – на рис. 3.9.

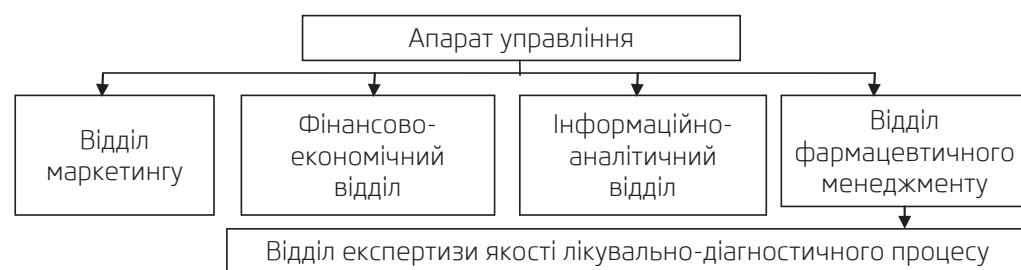


Рис. 3.8. Типова організаційна структура лікарняної каси в Україні

Джерело: [37]

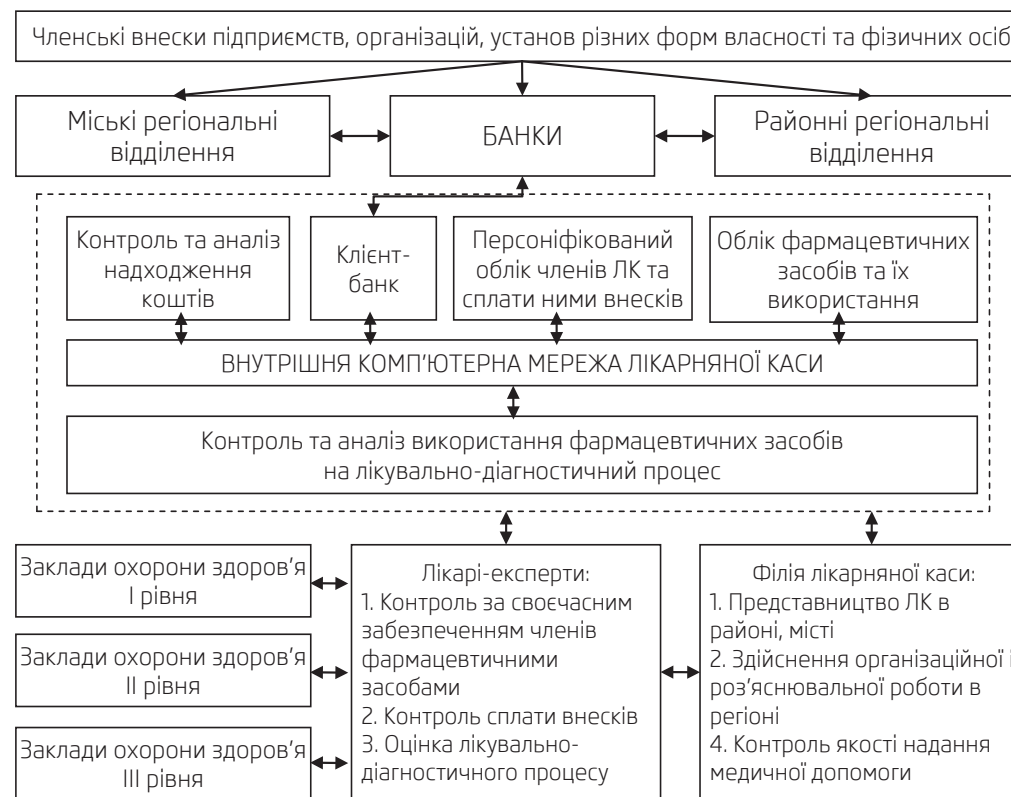


Рис. 3.9. Типова схема автоматизованої системи управління лікарняної каси в Україні

Джерело: [37]

Загалом в межах своєї діяльності лікарняні каси дотримуються наступних напрямів організації роботи:

- 1) управління персоналом, в межах якого завданнями є:
  - підбір персоналу;
  - підготовка і розвиток кадрів;
  - укладання контрактів;
  - організація діяльності;
  - управління кар'єрою;
  - організація заробітної плати та системи стимулювання;
- 2) фінансове управління, у межах якого завданнями є:
  - забезпечення балансу у фінансовому плані лікарняної каси, що включає підтримку адекватного оперативного резерву для покриття непередбачених короткострокових ризиків;
  - прогнозування витрат і надходжень (заробітна плата штату, устаткування тощо);
- 3) планування, у межах якого завданнями є:
  - щорічне планування бюджету (прогнозування витрат і надходжень);
  - планування інфраструктури (для забезпечення відповідних медичних послуг);

- планування медичних заходів і програм (для виконання завдань, таких, наприклад, як профілактична медицина тощо);
- 4) бухгалтерський облік;
- 5) автоматизація та інформатизація бізнес-процесів для досягнення наступних цілей:
  - забезпечення сучасної інформаційної системи щодо використання послуг поставальників;
  - запобігання шахрайству;
  - стандартизації адміністративних процедур;
  - спрощення збору централізованої і децентралізованої інформації відносно прав, отриманих пільг й історії вимог;
  - підготовки статистичної інформації;
- б) моніторинг за напрямками:
  - стандартів якості (стилю надання медичних послуг, методу лікування, дотримання протоколів лікування тощо);
  - внутрішній моніторинг (питань, пов'язаних із внутрішнім управлінням лікувально-діагностичним процесом, таких як аналіз адміністративних витрат, співвідношенням між витратами та надходженнями й організація діяльності, а також підготовка пропозицій, що поліпшують роботу) [36].

У цілому досвід організації та реалізації діяльності лікарняних кас в Україні свідчить про їх позитивний вплив на національну сферу охорони здоров'я, а саме:

- 1) сприяння покращенню рівня якості надання медичної допомоги шляхом запровадження стандартизації медичної допомоги та системи контролю та управління якістю медичної допомоги;
- 2) розвиток первинної медичної допомоги та сімейної медицини;
- 3) підготовка національної системи охорони здоров'я до впровадження соціального обов'язкового медичного страхування за рахунок запровадження персоналізованого обліку надходжень та витрат коштів, системи договірних взаємовідносин з закладами охорони здоров'я, підприємствами, банківськими установами та фармацевтичними організаціями;
- 4) формування позитивної думки у населення щодо необхідності запровадження системи соціального обов'язкового медичного страхування;
- 5) запровадження засад раціонального фармацевтичного менеджменту та маркетингу;
- 6) формування єдиного медичного простору за рахунок відпрацьованих договірних взаємовідносин між лікарняною касою, закладами охорони здоров'я та фармацевтичними організаціями;
- 7) участь у сприянні професійної підготовки менеджерів з охорони здоров'я [94].

Резюмуючи аналіз діяльності лікарняних кас, слід зазначити, що світовий та національний досвід діяльності лікарняних кас свідчить, що вони можуть бути альтернативою медичного страхування. У ряді країн лікарняні каси ефективно доповнюють систему обов'язкового медичного страхування. Типовим прикладом є лікарняні каси в Німеччині, які виконують функції страхових медичних фондів, сформованих внесками працівників і роботодавців. Якщо людина не працює, то внесок платить повністю сама. У Франції діє модель підпо-

рядкування лікарняних кас первинних організацій тим, які стоять вище на національному рівні [162]. В Ізраїлі система охорони здоров'я побудована на чотирьох основних лікарняних касах, які покривають 94% населення.

У Польщі реформування галузі охорони здоров'я розпочалося зі створення лікарняних кас у кожному воєводстві. На трансформаційному етапі вони відігравали важливу роль у поповненні бюджету системи охорони здоров'я. Згодом їх успішний досвід діяльності дозволив запровадити модель обов'язкового медичного страхування [162].

Сьогодні в Україні склалися сприятливі умови для широкого впровадження системи лікарняних кас, це дає можливість відпрацювати окремі принципи добровільного та обов'язкового медичного страхування, суттєво розширити компетенцію медичних працівників та й загалом населення.

З метою підвищення ефективності функціонування системи лікарняних кас в Україні, на нашу думку, доцільно вжити наступні заходи:

- 1) економічні: для розвитку цієї системи необхідно підвищити якість обслуговування, надати податкові пільги, зменшити єдиний соціальний внесок для тих підприємців, хто використовує колективні форми членства у лікарняних касах; при цьому при оплаті роботодавцями внесків за працюючих ці суми не повинні обкладатися податками;
- 2) організаційні заходи: стимулювання створення лікарняних кас за регіональним і галузевим принципами; розробка програм з пакетами додаткових послуг за окремими видами допомоги, наприклад стоматологічною;
- 3) контролюючі заходи: створення ревізійних комісій лікарняних кас за участю незалежних спостерігачів, методики перевірки цільового використання засобів лікарняних кас, прийняття нормативних документів про контроль лікарняних кас державними органами влади;
- 4) інформаційні заходи: організація проведення роз'яснювальної роботи серед населення і медичних працівників щодо діяльності лікарняних кас.

Ураховуючи позитивний досвід діяльності лікарняних кас в зарубіжних країнах та в Україні, вважаємо, що в майбутньому вони можуть забезпечити трансформаційний етап переходу механізму фінансування національної системи охорони здоров'я від бюджетної до страхової за рахунок посередництва між джерелами фінансування й одержувачами засобів у структурі діяльності системи охорони здоров'я. Ми припускаємо тезу, що в Україні одночасне функціонування обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування та лікарняних кас можливе тільки у трансформаційний (перехідний) період, оскільки лікарняні каси по мірі розвитку та поширення обов'язкового медичного страхування втрачуть свою значимість. Проте у період реформування лікарняні каси є основою для поширення добровільного медичного страхування з поступовим впровадженням обов'язкового медичного страхування в Україні.

Отже, державну політику у сфері фінансового забезпечення національної системи охорони здоров'я на сучасному етапі слід здійснювати з урахуванням того, що програми обов'язкового медичного страхування, добровільного медичного страхування та лікарняних кас є основою побудови фінансово-економічних відносин у національній системі охорони здоров'я.



Запропонована концепція модернізації механізмів фінансування національної системи охорони здоров'я на основі модель багатоканального фінансування покликана на сприяння: системному посиленню ресурсів галузі; фінансово-економічному забезпеченню процесу реструктуризації галузі з метою забезпечення реалізації цілей, завдань та принципів національної системи охорони здоров'я; удосконаленню системи професіоналізації (підготовки, перепідготовки, професійного розвитку тощо) фахівців сфери охорони здоров'я відповідно до вимог галузі, потреб суспільства та світових стандартів; розвитку медичної науки.

### 3.4. Особливості фінансового менеджменту закладів охорони здоров'я

Економічні інтереси закладів охорони здоров'я, їх фінансово-господарська діяльність, а також ступінь досягнення показників ефективності та результативності діяльності, у підсумку, залежать не тільки від якості та ефективності макроекономічної політики держави у сфері охорони здоров'я, а й від ступеню використання інструментів фінансового менеджменту даними закладами. Реформування державних закладів охорони здоров'я, що призводить до їх управлінської та фінансової автономії – а отже, з'являється новий тип закладів з розширеною фінансово-економічною відповідальністю – формує необхідність в істотній зміні умов здійснення господарсько-фінансової діяльності закладів охорони здоров'я.

Також при умові зміни фінансового забезпечення діяльності у сфері охорони здоров'я за рахунок впровадження моделі багатоканального фінансування галузі на засадах обов'язкового соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, заклади охорони здоров'я потребують здійснення раціональної, економічно та фінансово обґрунтованої діяльності. Згідно з цим важливим є запровадження засад фінансового менеджменту в межах діяльності національних закладів охорони здоров'я.

Успішна реалізація завдань діяльності закладі охорони здоров'я визначається багатьма чинниками об'єктивного та суб'єктивного характеру, які відображаються на ефективності використання обмежених фінансових та матеріальних ресурсів галузі. Фінансовий менеджмент в цих умовах виступає як «засіб пізнання» загальної сукупності чинників медичної, соціальної та економічної діяльності [240, с. 5]. Зокрема, аналіз фінансової діяльності закладів охорони здоров'я, багато в чому, визначає ефективність управлінських рішень з метою підвищення якості та доступності надання медичної допомоги населенню.

В [240] фінансовий менеджмент визначається як управління рухом фінансових ресурсів суб'єктів охорони здоров'я, а також фінансовими відносинами, які виникають під час руху цих ресурсів. Основною метою, за думкою Г. М. Гайдарова та Н. С. Алханової, є досягнення бажаного рівня фінансової стійкості та платоспроможності закладів охорони здоров'я як невід'ємного елемента ринкової інфраструктури [240, с. 6].

Світлична Т. Г. дає наступне визначення фінансового менеджменту: це управління рухом фінансових ресурсів суб'єкту господарювання та фінансовими відносинами, які виникають між суб'єктами господарювання у процесі цього руху. Щодо визначення фінансового

менеджменту в сфері охорони здоров'я, то вона визначає його як систему принципів, методів та заходів управління фінансовою діяльністю закладу охорони здоров'я в умовах ринкової економіки, а також процес управління формуванням, розподілом та використанням фінансових ресурсів закладу та оптимізації обороту його грошових коштів [210, с. 8].

Г. Ж. Доскєєва у [107] визначає фінансовий менеджмент закладів охорони здоров'я як управління фінансами закладів охорони здоров'я, тобто комплекс взаємопов'язаних дій, що направлені на формування та раціональне використання ресурсів закладу для досягнення поставлених перед ним цілей. Вона зазначає, що фінансовий менеджмент в сфері охорони здоров'я є складною системою управління фінансами, повною мірою не використана закладами охорони здоров'я. Проте комплексне, повне запровадження такої системи управління у межах діяльності закладів охорони здоров'я дозволить підвищити життєдіяльність та конкурентоспроможність цих закладів в умовах ринку [107].

Аналіз існуючих визначень фінансового менеджменту та його ролі в закладі охорони здоров'я дозволив зробити висновок, що фінансовий менеджмент закладу охорони здоров'я представляє собою управління фінансово-економічними відносинами, які виникають між основними суб'єктами національної системи охорони здоров'я (тобто державою, постачальником та споживачем медичних послуг) у процесі надання медичних послуг, що здійснюється за допомогою сукупності принципів, норм, методів, форм та інструментів їх регулювання з метою інтеграції та ефективного використання фінансових ресурсів галузі.

За думкою автора, необхідно конкретизувати мету фінансового менеджменту в сфері охорони здоров'я, що полягає в дослідженні фінансово-економічних відносин, які формуються між основними суб'єктами системи охорони здоров'я у процесі надання медичних послуг, а також в управлінні фінансовими ресурсами з метою повного та раціонального фінансування цього виду економічної діяльності, яке є достатнім для досягнення основної мети закладу охорони здоров'я – надання якісної медичної послуги, а також з метою забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я. Необхідною умовою досягнення мети фінансового менеджменту закладу охорони здоров'я є економічна обґрунтованість та доцільність управлінських рішень в межах фінансового управління.

Для досягнення мети фінансовий менеджмент здійснює наступні завдання:

- 1) стратегічне та тактичне планування витрат та доходів, фінансових ресурсів:
  - аналіз економічних чинників, які впливають на мобілізацію фінансових ресурсів галузі;
  - аналіз доходів та витрат, джерел фінансування галузі;
  - визначення пріоритетних напрямів поточного фінансування;
  - визначення пріоритетних напрямів перспективного фінансування (інвестування), а саме впровадження нових медичних технологій, оновлення матеріально-технічної бази, створення та оновлення основних фондів, професійний розвиток кадрів закладу тощо;
  - програмування ефективного використання ресурсів;
- 2) мобілізація фінансових ресурсів:
  - управління фінансовими ресурсами;
  - оптимізація механізму отримання цільових внесків;

- використання різноманітних форм наповнення фінансових ресурсів;
- 3) розподіл фінансових ресурсів:
  - визначення оптимального способу фінансування в реальних умовах функціонування закладу (медична субвенція, дотація, кредит, субсидія, інвестиції);
  - визначення адекватної фінансової політики закладу;
  - прогнозування динаміки обсягів надання медичних послуг (на рік, на певний період залежно від впровадження нових медичних технологій, реорганізації структури лікарняного фонду тощо);
- 4) фінансовий контроль та аудит використання фінансових ресурсів:
  - фінансовий контроль;
  - аналіз та оцінка ефективності фінансових планів (бюджету);
  - забезпечення управлінського обліку.

Таким чином, ми можемо виділити наступні основні функції фінансового менеджменту закладу охорони здоров'я:

- 1) фінансове планування діяльності закладу;
- 2) організація, регулювання, координація та контроль у сфері фінансів закладу;
- 3) організація фінансово-господарської діяльності закладу;
- 4) організація обороту капіталу та процесів відтворення прибутку закладу (простого та розширеного);
- 5) забезпечення закладу необхідними фінансовими ресурсами та їх оптимальний перерозподіл;
- 6) аналіз ринку основних засобів та інвестицій у сфері охорони здоров'я;
- 7) оперативне управління ресурсами закладу для забезпечення платоспроможності та фінансової стійкості закладу.

Досвід організації фінансової діяльності в інших сферах економіки свідчить про те, що система управління фінансовими ресурсами поділяється на три базові рівня, зокрема:

- стратегічний;
- тактичний;
- оперативний.

Якщо проводити аналогію з загальною теорією менеджменту, то стратегічний рівень орієнтується на вирішення управлінських завдань, строком понад один рік, та визначає перспективні цілі управління фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я та можливі результати його діяльності. Тактичний рівень засновується на визначенні, організації та реалізації конкретних завдань, що пов'язані з управлінням фінансовою діяльністю закладу охорони здоров'я в поточному році та зосереджується на контролі результатів здійснення цих завдань. Оперативний – забезпечує реалізацію бізнес-, медичних та інших процесів шляхом ефективного використання фінансових ресурсів закладу. Цей рівень долучає здійснення розрахунків, аналіз та контроль над діяльністю закладу охорони здоров'я.

Фінансовий менеджмент закладу охорони здоров'я має реалізовувати наступні заходи:

- 1) формування активів закладу;
- 2) формування фінансової структури капіталу закладу;
- 3) фінансове управління оборотними активами закладу;

- 4) управління необоротними активами закладу;
- 5) управління інвестиціями закладу;
- 6) формування власних фінансових ресурсів;
- 7) управління фінансовими ризиками;
- 8) фінансовий аналіз та контроль [315, с. 134-135].

Для здійснення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я та реалізації ними основних функцій необхідна наявність прозорих інструментів фінансового менеджменту [132, с. 83]. Таким чином, основу фінансового механізму на рівні закладів охорони здоров'я (тобто елементу господарського механізму закладу, який в загальному вигляді представляє собою сукупність методів, важелів та інструментів регулювання фінансових відносин у сфері охорони здоров'я [45, с. 117]) формують фінансові інструменти та фінансові методи.

У загальному вигляді фінансові інструменти можна розділити на два види, а саме:

- 1) фінансові інструменти, які виникають під час первинного розподілу фінансових коштів. До них належать амортизаційні відрахування, доходи від надання медичних послуг різних категорії споживачів тощо;
- 2) фінансові інструменти, які виникають під час перерозподілу фінансових ресурсів. До них відносяться податки, платежі за відсотками, лізингові платежі тощо.

Фінансові методи використовуються з метою здійснення впливу на об'єкти фінансового менеджменту. До них в сфері охорони здоров'я можна віднести: фінансове планування, фінансування (бюджетне фінансування, фінансування через канали обов'язкового та добровільного медичного страхування, надання платних медичних послуг), самофінансування, кредитування, факторинг, інвестування, оподаткування, страхування тощо.

Схематично структура фінансових інструментів та методів представлена на рис. 3.10.

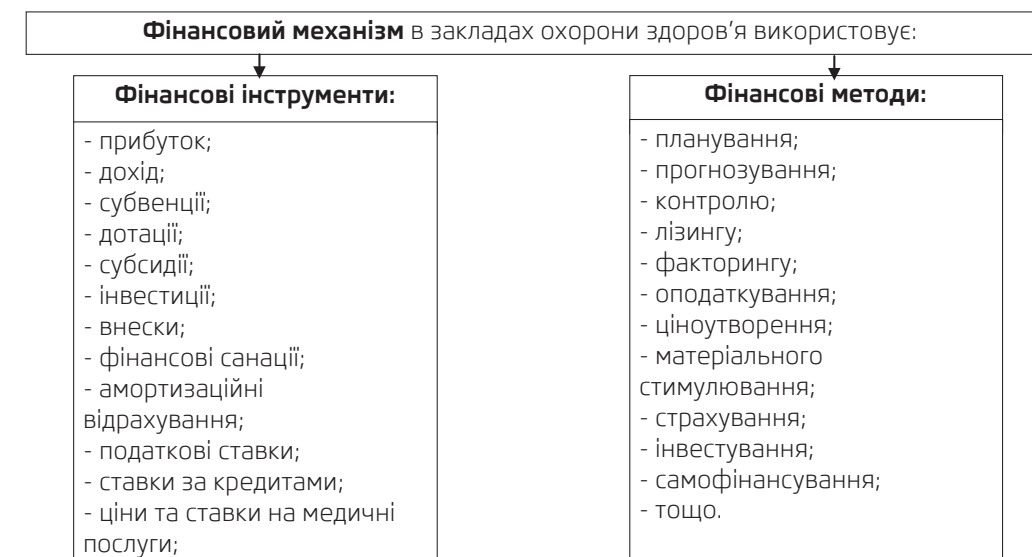


Рис. 3.10. Фінансові інструменти та методи

Джерело: сформовано автором

У зв'язку з неоднорідністю складових елементів фінансової системи сфери охорони здоров'я та її структурним різноманіттям (особливо фінансових ресурсів та джерел фінансування), різноманітними процесами взаємодії між ними та зовнішнім середовищем, процес управління фінансовою діяльністю в закладах охорони здоров'я значно ускладнюється. Зокрема, багатоканальний характер джерел фінансування потребує варіативності фінансового менеджменту, що, в першу чергу, передбачає використання як стандартних прийомів, методів та інструментів, так і нестандартних, що засновуються на вмінні керівників закладів оцінювати конкретну фінансову ситуацію та приймати конкретні управлінські рішення, що направлені на вирішення такої ситуації.

Підсумовуючи вище сказане, слід відмітити, що в умовах реформування галузі та формування ринку охорони здоров'я, в першу чергу, необхідною умовою є удосконалення фінансових механізмів галузі та закладів охорони здоров'я. Для цього слід розвивати фінансовий менеджмент як на рівні держави, так і на рівні окремих закладів охорони здоров'я.



## РОЗДІЛ 4

### Управління персоналом в закладах охорони здоров'я

#### 4.1. Особливості управління персоналом в сфері охорони здоров'я

Персонал в сучасних соціально-економічних умовах розвитку світової економіки є одним з основних чинників конкурентоспроможності будь-якої організації незалежно від форми її власності та розміру, галузі, в якій вона здійснює свою діяльність. У системі охорони здоров'я виключно важлива роль відведена безпосередньо кадрам, а особливо – лікарям, – оскільки вони є основними суб'єктами процесу надання медичної послуги населенню. А отже, й майбутнє вітчизняної системи охорони здоров'я та її сталий розвиток також безпосередньо залежать від фахівців галузі, які використовують свої навички та здібності, прагнуть до самовдосконалення і вмотивовані до успішної професійної діяльності, що і постає як основне завдання системи управління персоналом сучасного закладу охорони здоров'я.

Ми підкреслювали, що особливу роль у сукупному капіталі закладу відіграє людський капітал, який, на нашу думку, є інтегральним відображенням взаємозв'язку біологічних, соціальних і економічних властивостей людини, що представляє собою сукупність знань, вмінь, енергій та мотивів до праці персоналу організації. Відповідно, у межах сучасної парадигми управління закладами охорони здоров'я медичний менеджмент має акцентувати увагу не на окремих питаннях управління персоналом, як відбувається це сьогодні у закладах охорони здоров'я, а на стратегії формування людського капіталу закладу. Це підтверджується тим фактом, що ефективно управління персоналом закладу охорони здоров'я сприяє вирішенню проблем підвищення якості надання медичної допомоги населенню, що і є основною метою існування національної системи охорони здоров'я.

У зв'язку з цим, дослідження та аналіз системи управління персоналом в закладах охорони здоров'я вбачається архіважливим, оскільки, по-перше, існує необхідність вирішення проблем у галузі, які накопичилися за тривалий період часу її стагнації, по-друге, через нерозвиненість теоретичних підходів та відсутності практичних механізмів формування системи управління саме в охороні здоров'я, і по-третє, через складність адаптації існуючих систем управління персоналом, що є традиційними для інших галузей економіки – промисловості, торгівлі тощо. В Україні ситуація ускладнюється тим, що існує проблема нерозвиненості ринкового та економічного менталітету, недостатніми економічними та управлінськими знаннями у керівних кадрах закладів, консервативністю цієї сфери. Ми можемо навіть стверджувати, що до недавнього часу само поняття «управління персона-

лом» в управлінській практиці охорони здоров'я було відсутнім, що відображає наразі слабкий рівень методологічної розробки даної проблематики.

Разом з тим, хоча в медичній галузі не існує єдиної комплексної системи управління персоналом, питанням якості трудових ресурсів та ефективності діяльності персоналу в силу специфіки цієї сфери традиційно приділялася значна увага.

Сьогодні відбувається зміна парадигми управління персоналом охорони здоров'я, оскільки змінюється система цінностей управління, ускладнюється система взаємодії в галузі охорони здоров'я. З іншої сторони, трансформація категорії здоров'я із соціально-економічного в соціально-ринковий ресурс суспільного відтворення залежить не тільки від макроекономічних перетворень, про які йшлося у попередньому розділі, але й від змін на мікрорівні, у т.ч. зміни позицій менеджменту в закладах охорони здоров'я в умовах прийняття ними ринкової орієнтації діяльності та переходу до ринкових відносин у сфері охорони здоров'я. Трансформації на макрорівні, що зумовлені ринковим механізмом господарювання, не можуть не впливати на зміни у позиції медичного менеджменту, його структурі, якості та ефективності управління. Розвиток бізнес-середовища, підприємництва та ринку охорони здоров'я, необхідність переходу до страхової моделі організації національної системи охорони здоров'я визначає перед керівництвом закладів цієї сфери завдання здійснення докорінних перетворень якості управління, що особливо стосується управління людськими ресурсами. Вирішення всіх цих питань неможливо без якісної організації системи управління, що є адекватною розвитку ринкових відносин в галузі.

Особливої актуальності набуває питання стратегічного управління персоналом, створення системи (саме системи) управління персоналом закладу охорони здоров'я, що будується на якісному процесі його формування та професійного розвитку, системі мотивації та стимулювання з метою забезпечення ефективності процесу управління персоналом.

Моделювання системи управління персоналом закладу охорони здоров'я, передбачає проведення попереднього аналізу процесів та відносин, що склалися у цій системі управління, зокрема основними параметрами аналізу в межах цього дослідження є:

- загальні тенденції розвитку управління персоналом в національних закладах охорони здоров'я;
- стан оплати праці медичного персоналу;
- стан системи мотивації та стимулювання медичного персоналу.

### **1. Загальні тенденції розвитку управління персоналом в національних закладах охорони здоров'я**

Отже, основним суб'єктом відносин, які виникають в сфері охорони здоров'я, є медичний працівник. Медичні та фармацевтичні працівники (працівники охорони здоров'я) – це «усталене правове поняття, яке вживається як в актах чинного законодавства, так і в науковій, зокрема юридичній та медичній, літературі» [269, с. 489].

З. С. Гладун, визначає працівників сфери охорони здоров'я як «окрему категорію працівників, професійна діяльність яких спрямована на профілактику, діагностику і лікування захворювань чи реабілітацію хворих, здійснення інших заходів охорони їхнього здоров'я» [88, с. 108].

Отже ми надалі будемо дотримуватися думки З. С. Гладуна, що медичний працівник представляється собою особою, яка набула «професійної медичної підготовки і працює» в закладі охорони здоров'я (або займається індивідуальною медичною практикою) [88, с. 227].

Колектив закладу охорони здоров'я складається з професійних та кваліфікаційних груп, кожна з яких бере участь у діяльності організації. У загальному вигляді структура медичного персоналу, за ознакою професіоналізму та роботи, що ними виконується, може бути представлена наступним чином:

- вищий медичний персонал (лікарі різних функціональних напрямів);
- середній медичний персонал (у т. ч. палатні медичні сестри, маніпуляційні медичні сестри, лаборанти клінічних лабораторій, рентген-лаборанти, медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів тощо);
- фармацевти;
- молодший медичний персонал.

Специфіка професійної діяльності персоналу закладу охорони здоров'я за класифікацією категорій співробітників регламентується законодавством, відповідно до переліку професій та посад медичних працівників, яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України № 117 від 29.03.2002 р. в редакції від 01.01.2008 р. «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників». Так, до категорії працівників галузі охорони здоров'я належать наступні види професій: (1) керівники; (2) професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології); (3) професіонали в галузі стоматології; (4) професіонали в галузі фармації; (5) професіонали в галузі медико-профілактичної справи; (6) інші професіонали в галузі медицини; (7) фахівці; (8) лаборанти (медицина); (9) лаборанти (фармація); (10) технічні службовці; (11) робітники [24]. Залежно від цих категорій та посад встановлюється рівень заробітної плати, надбавок та доплат.

Отже, персонал закладу охорони здоров'я дуже неоднорідний, що ускладнює процес управління ним.

Як вже зазначалося раніше, медичний персонал є основним елементом системи охорони здоров'я, оскільки він є «виробником» медичних послуг. Таким чином, вони створюють якість медичних послуг та надають висококваліфіковану медичну допомогу. Тому медична та соціальна ефективність всієї системи охорони здоров'я залежить саме від медичного персоналу, а результати їх діяльності залежать від якісного механізму мотивації та системи оплати праці, що існує в галузі.

Сучасні заклади охорони здоров'я характеризуються багатопрофільністю і представляють собою складні соціально-економічні та функціональні системи. Вони складаються не тільки з медичних та параклінічних відділень, що забезпечують відповідний процес надання медичних послуг споживачеві, але й допоміжні (сервісні) служби, такі як адміністративна, економічна, інженерна, юридична та господарча (транспортна, пральна, харчоблок, охорона тощо). Це ускладнює процеси управління персоналом таких закладів, оскільки вимагає комплексного, інтегрованого підходу до управління.

Далі проаналізуємо структуру та чисельність персоналу галузі охорони здоров'я.

Загальна динаміка медичного персоналу представлена у табл. М.4, Додатку М. Так за даними, що наведено у табл. М.4, Додатку М, бачимо, що кількість лікарів усіх

спеціальностей зменшилась у 1,2 рази (на 41 тис. в абсолютному вираженні), а кількість середнього медичного персоналу – в 1,4 рази (на 32,1 тис. в абсолютному вираженні).

50% лікарів України складають лікарі загальної практики (сімейні лікарі), терапевти, хірурги і стоматологи. А серед усього середнього медичного персоналу 74% в минулому році становили медичні сестри.

В національній галузі охорони здоров'я існує значний дефіцит кадрів на всіх ланках надання медичної допомоги. При цьому, забезпеченість закладів охорони здоров'я фахівцями різних спеціальностей не пропорційна у містах та сільській місцевості.

Так, у обласних відсоток, де діють фахові заклади вищої освіти, доля кадрового потенціалу та процент кадрового забезпечення складає від 90% до 100%.

У містах, де відсутні фахові заклади вищої освіти, доля медичних фахівців у центральних районних лікарнях складає від 70% до 90%. Однак у цих закладах проблема забезпечення фахівцями вирішується за рахунок внутрішнього сумісництва. Брак лікарів-ендокринологів, анестезіологів, педіатрів, рентгенологів, інфекціоністів, фтизіатрів, психіатрів, патологоанатомів – це типова ситуація для областей, які не мають власного закладу вищої медичної освіти.

У сільських місцевостях існує ще глибша проблема із забезпеченням закладів охорони здоров'я кадрами, як загальної практики, так і вузькопрофільних спеціалістів, – менше ніж 70%.

При цьому, досить істотною є частка медичного персоналу, зокрема лікарів, пенсійного віку. У деяких регіонах вона складає близько 40% від загального обсягу персоналу. Так наприклад, у Вінницькій області: 28% лікарів пенсійного віку працюють на первинному рівні надання медичної допомоги, 23% – на вторинному, 19% – на третинному. Це лише за приблизними розрахунками. Причому, більшість із них – люди віком понад 65 років [271].

Такий процес «старіння» персоналу позначається на якості та швидкості надання медичних послуг, оскільки відбувається «старіння знань», що характеризується використанням застарілих методик, алгоритмів надання медичних послуг і технологій, відсутністю бажання отримання нових знань та розвитку тощо.

Дефіцит кадрів у національній системі охорони здоров'я також супроводжується світовими трендами у дефіциті медичних кадрів. Так, згідно з даними ВООЗ, у 2035 році буде нестача медичних кадрів на 12,9 млн робітників. За думкою експертів ВООЗ, для забезпечення базового рівня медичною допомогою необхідно 23 медичних фахівця на 10 тис. населення. В Україні показник забезпеченості лікарями в державних закладах охорони здоров'я складає 37,8 (при загальній 44,1) на 10 тис. населення, а молодшими фахівцями з медичною освітою – 78,3 на 10 тис. населення [129].

Дефіцит кадрів передусім існує у первинній ланці надання медичної допомоги та в сільській місцевості. Загалом по всій Україні на вторинній ланці не вистачає у середньому 10% фахівців, різних спеціальностей.

При цьому важливо зазначити, що для ринку надання медичних послуг є характерним постійний відтік кадрів. Проте він характеризується не просто імміграційними потоками, а й внутрішньою міграцією: тобто відтоком кадрів до великих міст, де спостерігається найбільша концентрація медичних кадрів, а також відтоком медичних кадрів до суміжних ринків (фармацевтичний бізнес, торгівля медичним обладнанням, клінічні дослідження).

Щорічні втрати медичних кадрів в Україні складають приблизно 7-15 тис. осіб. При цьому рівень безробіття на ринку охорони здоров'я дуже низький у порівнянні з іншими ринками, він складає лише 1-2%.

Основними причинами дефіциту фахівців у системі охорони здоров'я є:

- непропорційність та неадекватність рівня оплати праці медичного персоналу у порівнянні із обсягом та якістю надання медичної допомоги, з одного боку, з іншого – порівняно із спеціалістами промислових та інших сфер економіки країни;
- відсутність державної підтримки молодих фахівців у сфері охорони здоров'я;
- недостатня фінансова підтримка сільської медицини;
- низький рівень матеріально-технічної та нормативної бази закладів;
- нерозвинена інфраструктура загалом по всій країні;
- невідповідні соціально-побутові умови (наприклад, відсутність житла) та відсутність державних заходів щодо їх покращення;
- проблеми із професійним розвитком та зростанням медичних працівників;
- «старіння» медичного персоналу, що характеризується тим, що фахівці похилого віку займають місця, які б могли отримати молоді лікарі;
- виїзд фахівців на роботу за кордон (найбільша динаміка відтоку одразу після закінчення вищих навчальних закладів) [282].

Національна специфіка дефіциту кадрів також характеризується гострим дисбалансом ринку праці медичних працівників та ринку освітніх послуг, регіональною диспропорцією, урбанізацією медичних кадрів, відсутністю кваліфікованих фахівців в сфері управління охороною здоров'я.

## **2. Стан системи оплати праці медичного персоналу в закладах охорони здоров'я України**

В Україні більшість закладів охорони здоров'я є державною власністю, інша частина цих закладів знаходиться під безпосереднім державним контролем, оскільки національна система охорони здоров'я характеризується жорстким адміністративно-економічним управлінням державною власністю, жорстким державним контролем інших форм власності, бюджетною формою фінансування галузі, внутрішньогалузевим контролем обсягів та якості надання медичної допомоги. При цьому вона характеризується дефіцитом фінансування та «ілюзією» безоплатної медичної допомоги.

Ринкові механізми господарювання розвиваються та охопили переважно усі сфери економіки, у т. ч. сфери послуг – транспорт, енергетику тощо. Проте перехід до ринкових відносин у межах охорони здоров'я відбувається дуже повільно.

Унаслідок цього істотними є процеси деформації елементів системи управління, що призвело до відсутності стратегічного управління персоналом, відсутності інструментів стимулювання та мотивації праці, що загалом веде до зниження престижу професії та відтоку працівників із закладів охорони здоров'я (особливо це стосується закладів державної форми власності).

Оплата праці медичних працівників здійснюється двома методами:

- 1) за фактично відпрацьований час на основі посадового окладу, який формується за єдиною тарифною сіткою (тарифна ставка);

2) у залежності від виконаних норм виробітку і відрядних розцінок, з урахуванням підвищень, доплат та надбавок, які не суперечать законодавству України [26].

Згідно до наказу Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 5 жовтня 2005 р. в редакції від 20.09.2019 р. (уточнити рік) «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» [26], розміри посадових окладів (тарифних ставок) визначаються за тарифними розрядами Єдиної тарифної сітки. Розміри тарифних розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників закладів охорони здоров'я представлені у Додатку Н.

Проблема оплати праці працівників сфери охорони здоров'я України є чи не найактуальнішою соціально-економічною проблемою, оскільки професія лікаря є найменш оплачуваною в Україні. За даними Державної служби статистики України, середньомісячна заробітна плата медичного персоналу є найнижчою серед працівників бюджетної сфери України (рис. 4.1). Так у 2018 році вона складала 66,5% від середньомісячної заробітної плати по Україні.



Рис. 4.1. Середньомісячна заробітна плата працівників бюджетної сфери України

Джерело: побудовано автором на основі власних розрахунків

У цілому 9% працівників охорони здоров'я отримують заробітну плату на рівні мінімальної заробітної плати (з 01.01.2020 р. складає 4723 грн [165]). Отже, зберігається тенденція відсутності залежності розміру заробітної плати від професійного кваліфікаційного рівня працівників [262, с. 339]. Так, заробітна плата в медичній галузі на 60-70% нижче, ніж у промисловості [115].

Проте в динаміці заробітної плати за останні роки ми спостерігаємо незначні позитивні зрушення. Згідно з даними Державної служби статистики України, середня зарплата медичного працівника в 2018 році склала 5691 грн, а середня заробітна плата лікаря в Україні в 2019 році збільшилася до 6754 грн, у порівнянні із середньою заробітною платою лікарів в США – близько 150 000 дол. США на рік чи 12 500 дол. США на місяць; в ЄС – 80 000 євро на рік.

При цьому існує суттєва різниця в доходах у працівників сфери охорони здоров'я залежно від певних чинників:

- спеціалізації, яка безпосередньо впливає на рівень окладу (так у лікарів загальної практики рівень заробітної плати значно вищий, ніж у вузьких спеціалістів, – така ситуація склалася в умовах I етапу реформування галузі);
- типу закладу охорони здоров'я (в приватних закладах охорони здоров'я також рівень заробітної плати значно відрізняється від державного сектору, оскільки вони діють за принципами ринкового механізму господарювання);
- району (області) розміщення закладу охорони здоров'я.

Така ситуація, спричинена загальними чинниками макросередовища, які склалися в національній економіці, серед яких ми можемо виділити наступні.

1. Диспропорції між собівартістю медичної послуги (вартістю життя) та фактичною ціною медичної праці. Це зумовлено тим, що в останні роки в Україні:

- існує помилкова політика щодо оплати праці, а керівництвом реалізується «сировинна модель» економіки, внаслідок чого відбувається знецінення робочої сили, зниження рівня компетентності та професійності працівників національної економіки, що провокує збільшення рівня бідності в країні та масову міграцію робочої сили;
- в Україні реформування системи оплати праці просто імітується, таким чином, це не призводить до остаточного адекватного співвідношення між заробітною платою, продуктивністю праці та покращенням якості медичних послуг;
- в країні адекватно не забезпечується право на працю та отримання гідної заробітної плати;
- не виконуються заходи щодо забезпечення права на своєчасне отримання гідної винагороди за працю;
- збільшується рівень бідності серед працюючого населення України: за даними Державної служби статистики України, у 2018 році понад 25% працівників отримали заробітну плату нижчу, ніж фактичний прожитковий мінімум [5; 176].

2. Низький рівень питомої ваги витрат на оплату праці у ВВП. Частка фонду заробітної плати у ВВП України характеризується наступними даними, які представлені в табл. 4. 1.

Таблиця 4.1 – Питома вага витрат на оплату праці у ВВП України, станом на 2018 р.

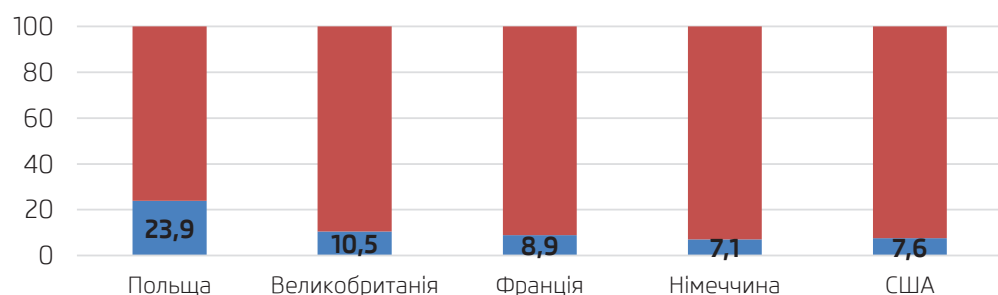
Показник	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ВВП у фактичних цінах, млн грн	1 465 198	1 586 915	1 988 544	2 385 367	2 983 882	3 560 596
Фонд оплати праці, млн грн	730 653	734 943	777 646	873 829	1 170 747	1 472 321
Питома вага фонду оплати праці в ВВП, %	49,9	46,3	39,1	36,6	39,2	41,4

Джерело: [5]

Ми спостерігаємо, занижену частку фонду оплати праці у ВВП країни, при цьому слід зазначити, що значна доля фонду належить оподаткуванню – 21,5%. Однією з основних

причин, що характеризує малу частку заробітної плати є низький рівень доданої вартості, що створюється на національних підприємствах.

3. Низький рівень середньомісячної заробітної плати в галузях національної економіки порівняно з іншими країнами. В 2018 році рівень середньомісячної заробітної плати за галузями економіки в Україні та деяких країнах світу представлено на рис. 4.2.



**Рис. 4.2. Співвідношення розміру середньомісячної заробітної плати в Україні до розміру середньомісячної заробітної плати деяких країн світу, станом на 2018 р.**

*Джерело: побудовано автором на основі власних розрахунків*

При цьому слід зауважити, що за період, який аналізується, середньомісячна номінальна заробітна плата зросла майже у 2 рази, хоча при цьому реальна залишилась майже незмінною. При цьому темпи зростання заробітної плати не узгоджені з темпами зростання споживчих цін в країні.

Такі низькі показники заробітної плати негативно впливають на розвиток національного ринку праці, а отже й призводять до його «тінізації» і посилюють процеси трудової міграції, які характеризується глобальними показниками. Така ситуація загострюється незадовільним попитом на кваліфіковану робочу силу, що зумовлена зменшенням робочих місць на національному рівні [176].

4. Необґрунтовані показники мінімальної заробітної плати. В Україні не визначено індикаторів мінімальної заробітної плати, що сприяло б збільшенню заробітної плати у галузях економіки, внаслідок чого, розмір мінімальної заробітної плати на даний час в Україні не виконує покладеної на неї функції (за фактичними даними в 2018 р., у відсотковому співвідношенні розмір мінімальної заробітної плати до фактичного розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб складає лише 88,9%). При цьому розмір мінімальної заробітної плати в Україні значно нижчий, ніж в багатьох країнах світу.

Внаслідок чого, оскільки тарифні сітки та коефіцієнти для визначення посадових окладів в Україні, сформовані залежно від розміру мінімальної заробітної плати, та використання заниженого розміру прожиткового мінімуму для працездатних осіб призводить до зниження заробітної плати працівників бюджетних закладів та скорочення бюджетних видатків на соціальні виплати.

5. Низький рівень оплати праці працівників бюджетної сфери та надмірна диференціація в оплаті праці. За даними Державної служби статистики України, співвідношення середньо-

місячної заробітної плати у бюджетній сфері до середньомісячної заробітної плати в цілому по Україні за грудень 2019 року характеризується даними, що представлені на рис. 4.3, а розмір заробітної плати за видами економічної діяльності – на рис. 4.4.



**Рис. 4.3. Співвідношення середньомісячної заробітної плати до середньої заробітної плати, станом на грудень 2019 р.**

*Джерело: побудовано автором на основі власних розрахунків*



**Рис. 4.4. Розмір заробітної плати за видами економічної діяльності, станом на грудень 2019 р. в грн**

*Джерело: побудовано автором на основі власних розрахунків*

Наведені дані на рис. 4.3 та 4.4 свідчать про те, що рівень заробітної плати у сфері охорони здоров'я та співвідношення середньомісячної заробітної плати в сфері до середньої заробітної плати в Україні є найнижчим за економічними видами діяльності.

6. Невідповідність єдиної тарифної сітки характеристикам ринку праці. Національна система охорони здоров'я України працює за принципами тарифної системи та нормування праці, що має ряд недоліків, а саме – ускладнює регулювання рівня оплати праці. Така система оплати праці є фіксованою та не залежить від обсягу та якості наданої медичної допомоги та послуг. Це значно ускладнює стимулювання праці на основі економічних методів [249, с. 92].

З 1 вересня 2005 року посадові оклади працівників охорони здоров'я та інших бюджетних галузей визначаються відповідно до 25 тарифних розрядів із коефіцієнтом від 1 до 4,51 (при цьому перший тарифний розряд встановлено на рівні мінімальної заробітної плати), що не враховує умов реальної праці медичних працівників (Додаток Н).

Внаслідок чого керівники закладів охорони здоров'я повинні самостійно визначати диференціацію заробітної плати працівників закладу. Відповідно до такої системи оплати праці, медичному персоналу повинна бути виплачена заробітна плата, навіть якщо вони не виконували певний обсяг робіт. Ситуація: в однакових умовах працюють два лікарі з однаковим досвідом та кваліфікацією, один лікар – висококваліфікований, який приймає близько 30-40 відвідувань пацієнтів на добу, а у іншого – близько 10-15 пацієнтів на добу. Відповідно до єдиної тарифної системи оплати праці, обидва вони отримують однакову заробітну плату. Зрештою, перший лікар змінить характер своєї професійної поведінки, зрозуміє, що не потрібно перенапружуватися на роботі, тому що рівень його винагороди не зміниться.

Представлена ситуація, де одна з найважливіших функцій системи оплати праці – стимулювання – не працює, тому роботодавець не має можливості ні заохочувати, ні санкціонувати своїх співробітників. Відповідно, якість медичної допомоги знижується, оскільки зникає прагнення докласти більших зусиль до процесу лікування, надання медичної допомоги чи послуги у медичних кадрах.

7. «Тінізація» заробітної плати за рахунок неформальних виплат за надані медичні послуги. Ця тенденція є загальнонаціональною. Так, за прогнозними оцінками експертів на даний час в Україні близько 50% ВВП в тіні та в офшорних зонах. При цьому, питома частка загальнонаціонального фонду оплати праці у тіньовому секторі економіки складає близько 29%, отже, неформально працюють в Україні понад 4,5 мільйонів працівників [176].

При цьому процес «тінізації» виплат у межах охорони здоров'я є розповсюдженою практикою. Так, за нашими даними, 30% домашніх господарств сплачують вартість послуг у різних формах при зверненнях за амбулаторно-поліклінічною допомогою; 65% – за стоматологічною допомогою; 50% – за стаціонарну допомогу.

При цьому розповсюдженість неформальних платежів у закладах охорони здоров'я нерівномірна, їх обсяги значно варіюються не тільки за типами закладів охорони здоров'я, а й усередині закладів за відділеннями. Вони залежать від виду лікарської діяльності та рівня кваліфікації медичного персоналу. Особливої уваги заслуговують платежі від підприємств за приховування факту виробничого травматизму [257, с. 115-116].

Серед основних причин неформальної оплати послуг, з позиції медичних працівників, можна виділити наступні:

- 1) низький рівень заробітної плати, який сформувався внаслідок перерахованих макроекономічних чинників;
- 2) пряма економічна вигода отримання грошей «на руки» у порівнянні з доходами, які отримують лікарі від надання послуг, що легально сплачуються пацієнтами через касу закладів (особливо це стосується приватних закладів охорони здоров'я, які сплачують лікарю незначний відсоток за надану ним медичну послугу);
- 3) невідповідність ціни, що встановлюється за надання медичної послуги, уявленням самого лікаря про її реальну вартість.

Відповідно, споживачі медичних послуг також є каталізаторами «тінізації» сфери охорони здоров'я. Це відбувається за наступними причинами:

- 1) через бажання отримати медичну послугу більш високої якості чи в більшому обсязі у порівнянні з тією, на яку вони можуть розраховувати при безоплатній медичній допомозі;
- 2) внаслідок бажання лікуватися у закладах і у тих лікарів, які викликають більшу довіру;
- 3) внаслідок необхідності отримання послуг, які не надаються ні безоплатно, ні через офіційну плату в касу закладу;
- 4) з метою скорочення терміну очікування обстеження чи госпіталізації;
- 5) для зменшення рівня витрат на лікування у порівнянні з оплатою через касу закладу;
- 6) внаслідок бажання «подякувати» за результативний процес лікування.

Отже, ми можемо виділити чотири основні моделі здійснення неформальних платежів, що склалися в медичній практиці України, з їх приблизною часткою у неформальних платежах, зокрема:

- плата за тарифом: пацієнт неформально сплачує вартість медичної допомоги за «тіньовою» ціною, яка вже склалася, – 40%;
- плата за домовленістю: розмір «тіньової» оплати за послугу встановлюється у процесі перемов між медичним працівником та пацієнтом чи його родичами; такі ціни є індивідуальними, договірними та диференціюються залежно від категорії пацієнтів – 10%;
- плата за проханням: розміри неформальної оплати не обговорюються до початку лікування; сплачується після надання допомоги, при цьому її розміри можуть не називатися, а можуть бути вказана певна сума чи запропоновано придбати що-небудь для закладу / відділення – 15%;
- плата-благодійність (здійснюється за ініціативою пацієнта, який сам визначає її розмір; вона має два різновиди: перший – пацієнт платить медичному працівникові до надання допомоги з надією на більш високий рівень якості та другий – оплата після надання як подяка за здійснену допомогу у натуральній чи грошовій формі – 35%.

При цьому слід зазначити, що більшість медичних працівників вважають необхідною легалізацію платежів від населення за медичні послуги, оскільки для них запровадження формальної форми оплати медичних послуг є основою для збільшення заробітної плати зі зменшенням рівня ризику та моральних сумнівів, які пов'язані з отриманням неформальних платежів. Проте при цьому, медичний персонал вважає за необхідне підвищення рівня заробітної плати на 70-80% від обсягу неформальних платежів, які вони наразі отримують [257, с. 118-125].

Отже, головною причиною існування неформальних платежів у системі охорони здоров'я і є низький рівень заробітної плати медичних працівників. У сфері медичних послуг у державних закладах охорони здоров'я немає повноцінних економічних відносин. Це призвело до того, що управління національною системою охорони здоров'я будувалося і продовжує здійснюватися переважно на адміністративних методах. Фінансування галузі і робота закладів здійснюється на основі нормативів, що встановлюються для кожного закладу органами державного управління. У таких умовах не існує системи оцінювання результатів праці, мотивації та економічних стимулів.



Відтак, основним вирішенням проблеми «тінізації» сфери охорони здоров'я, ми вбачаємо, легалізацію доходу та підвищення рівня заробітної плати медичного персоналу у відповідності до потреб медичних кадрів та реальних умов ринкового механізму господарювання. Зазначені фактори призводять до зниження престижу професії медичного працівника в українських реаліях.

Таким чином, ми можемо наголосити на наступних проблемах, які склалися у системі оплати праці медичних працівників в Україні:

1. Рівень заробітної плати медичного персоналу є найнижчим у бюджетній сфері й загалом за видами економічної діяльності.
2. У межах оплати праці існує значний дисбаланс між висококваліфікованими та некваліфікованими працівниками.
3. Спостерігається значна доля неформальних виплат у галузі охорони здоров'я.
4. Оплата праці медичного персоналу здійснюється за недосконалими механізмами (тарифна сітка чи погодинна оплата), які мають низку істотних недоліків.

Отже, виникає необхідність докорінної зміни форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників, що призведе до посилення відповідальності та особистої зацікавленості працівників у кількісних та якісних характеристиках надання медичної допомоги.

### **3. Стан системи мотивації та стимулювання медичного персоналу**

В умовах автономізації закладів охорони здоров'я змінився характер праці: за рахунок зниження фінансування закладів охорони здоров'я з бюджету збільшилась фінансове навантаження на заклади. Це потребує пошук позабюджетного фінансування закладів, що вимагає від медичних працівників творчої праці, ініціативності та інноваційності мислення щодо підвищення власної продуктивності, а отже й ефективності як лікарняно-профілактичного процесу, так і всіх інших бізнес-процесів закладу охорони здоров'я. Проте в сфері охорони здоров'я не існує адекватно сформованої системи мотивації та стимулювання праці медичних кадрів.

Існуюча система мотивації та стимулювання персоналу передбачає такі економічні стимули, як надбавки та доплати до заробітної плати. Система надбавок та доплат різниться для різних категорій медичного персоналу.

Система надбавок та доплат, яка визначена на законодавчому рівні для всіх ланок надання медичної допомоги (первинного, вторинного та третинного) [39]:

1. Доплати:
  - доплати за суміщення професій (посад), виконання обов'язків тимчасово відсутнього працівника та розширення зони обслуговування або збільшення обсягу робіт, які виконуються – у розмірі до 50 % посадового окладу;
  - доплати за роботу в нічний час – в розмірі 50 % годинної тарифної ставки (посадового окладу) за кожну годину роботи в нічний час;
  - доплати за науковий ступінь – за науковий ступінь доктора наук у граничному розмірі 25 %, кандидата наук – 15 % посадового окладу (ставки заробітної плати);
  - доплата за роботу у важких та шкідливих для здоров'я умовах складає: 4, 8, 12 % до посадового окладу й 16, 20, 24 % до посадового окладу – за роботу у особливо важких та особливо шкідливих умовах праці. Проте в деяких випадках відсоток цих доп-

лат може досягати 60 %, наприклад фахівців, які працюють з вірусом імунодефіциту людини;

- інші доплати (наприклад, медичним працівникам, які зайняті збиранням і здаванням для переробки плацентарної, ретроплацентарної та абортної крові, здійснюється додаткова оплата за розцінками, затвердженими обласними державними адміністраціями, або наприклад, працівникам (у т. ч. молодшим медичним сестрам), які використовують у роботі дезінфікуючі засоби, а також працівникам, які зайняті прибиранням туалетів, установлюється доплата в розмірі 10 відсотків посадового окладу (тарифної ставки) тощо).
- 2. Надбавки:
  - надбавки за вислугу років складають 10-30 % до посадового окладу в залежності від стажу роботи, проте в деяких випадках може бути вищою (Додаток Н);
  - надбавки за почесні звання («заслужений» – 20 % від посадового окладу, «народний» – 40 % від посадового окладу);
  - надбавки за знання та використання в роботі іноземної мови (однієї європейської – 10 %, однієї східної, угро-фінської або африканської – 15 %, двох і більше мов – 25 % від посадового окладу, при цьому для отримання цієї надбавки необхідне підтвердження відповідним документом);
  - надбавки за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість у роботі розміром до 50 % від посадового окладу;
  - інші надбавки (наприклад, працівникам психіатричних лікарень (відділень) з посиленням (суворим) наглядом, центрів та відділень судово-психіатричної експертизи та судово-психіатричних експертних комісій, які обслуговують спецконтингент, установлюється надбавка до посадового окладу в розмірі 50 %, або наприклад за професійну майстерність у розмірі до 24 % тощо).

Згідно до [26], конкретні розміри доплат, надбавок та інших виплат визначаються керівником закладу охорони здоров'я самостійно.

При цьому, із 2018 року для медичного персоналу, що працює на первинній ланці була визначена додаткова система доплат. Так, за результатами I етапу реформування галузі, який було направлено на розвиток первинної ланки, медичний персонал первинної ланки отримує додатково до загальноприйнятих наступні види надбавок (проілюстровано на прикладі закладу охорони здоров'я первинної ланки м. Києва):

- 100 % доплати до окладу для:
  - а) педіатрів, якщо ними було підписано не менше 400 декларацій з пацієнтами;
  - б) лікарів загальної практики, якщо ними було підписано не менше 700 декларацій з пацієнтами;
  - в) терапевтами, якщо ними було підписано не менше 800 декларацій з пацієнтами;
- 200 % доплати до окладу для:
  - а) педіатрів, якщо ними було підписано не менше 500 декларацій з пацієнтами;
  - б) лікарів загальної практики, якщо ними було підписано не менше 1100 декларацій з пацієнтами;
  - в) терапевтами, якщо ними було підписано не менше 1200 декларацій з пацієнтами;

- 300% доплати до окладу для:
  - а) педіатрів, якщо ними було підписано не менше 900 декларацій з пацієнтами;
  - б) лікарів загальної практики, якщо ними було підписано не менше 1800 декларацій з пацієнтами;
  - в) терапевтами, якщо ними було підписано не менше 2000 декларацій з пацієнтами [215].

Отже, резюмуючи здійснений вище аналіз проблем управління персоналом в сфері охорони здоров'я, ми бачимо, що гострим є питання укомплектування медичними кадрами закладів охорони, формування адекватного фонду заробітної плати та ефективної системи мотивації та стимулювання їхньої діяльності. Узагальнені результати аналізу кадрових процесів у закладах охорони здоров'я України представлені у табл. 4.2.

**Таблиця 4.2 - Узагальнені результати аналізу кадрових процесів у закладах охорони здоров'я України**

№	Кадровий процес	Виявлені проблеми
1	2	3
1.	Планування персоналу	- відсутні методики позабюджетного планування персоналу; - кількісний характер планування персоналу, відсутнє планування якісного складу (освіти, професійних навичок, мотивації, цінностей тощо).
2.	Відбір та набір персоналу	- відсутні розроблені технології набору та відбору персоналу; - використовується обмежена кількість джерел відбору; - відсутні чіткі критерії відбору, що диференційовані залежно від категорії персоналу; - відсутні положення та інструкції, які регламентують роботу щодо підбору та набору персоналу; - відсутні процеси взаємодії та координації роботи керівників структурних підрозділів та кадрової служби.
3.	Адаптація персоналу	- відсутні технології адаптації нових співробітників; - відсутні повноваження та невизначені обов'язки та відповідальність серед суб'єктів управління закладами щодо процесу адаптації; - відсутні програми адаптації та положення, які регламентують цей процес; - відсутній контроль над процесом адаптації та аналіз його ефективності.
4.	Оцінка та атестація персоналу	- відсутній аналіз та ранжування персоналу на загально організаційному рівні; - використання суб'єктивних критеріїв оцінювання; - недостатнє методологічне забезпечення процесу; - не розроблена сукупність критеріїв, показників та еталонних значень, що офіційно мають бути закріплені в документах та чітко розроблені під кожну посадову позицію; - атестація персоналу розглядається лише як інструмент отримання кваліфікаційної категорії, а не можливість розвитку персоналу та підґрунтя для управлінських рішень, в т.ч. для професійного розвитку, вивільнення персоналу тощо;

Продовження табл. 4.2

1	2	3
		- відсутній взаємозв'язок оцінки з іншими елементами кадрового менеджменту (плануванням, відбором, трудовою адаптацією, розвитком, управлінням кар'єрою, кадровим резервом, стимулюванням тощо).
5.	Мотивація та стимулювання	- неадекватно низький рівень оплати праці; - відсутній взаємозв'язок оцінки персоналу та стимулювання праці; - обмежене використання матеріальних стимулів; - обмежене використання нематеріальних стимулів.
6.	Професійний розвиток	- відсутність методики визначення потреб в навчанні; - відсутність методики визначення ефективності навчання; - відсутність взаємозв'язку навчання та просування по кар'єрі та формування кадрового резерву.
7.	Управління кар'єрою	- відсутні чіткі критерії оцінки кандидатів, що зараховуються до кадрового резерву; - відсутній взаємозв'язок між трудовою адаптацією та ротацією кадрів; - відсутній системний аналіз причин вивільнення персоналу.
8.	Організаційна культура	- стихійно сформована організаційна культура; - відсутність загально організаційних стандартів.
9.	Система управління в цілому	- відсутні розроблені єдині кадрові технології; - слабка координація роботи суб'єктів управління персоналом; - відсутня кадрова політика та кадрова стратегія управління персоналом, яка є складовою частиною загальної стратегії розвитку закладу; - відсутній системний, комплексний підхід до управління персоналом; - недостатнє використання сучасних технологій та методів управління персоналом; - неякісна система комунікацій та відсутній процес «зворотного зв'язку».

*Джерело: сформовано автором*

Враховуючи наведені проблеми, характерні для управління персоналом сфери охорони здоров'я, можна зробити висновок, що механізм управління персоналом є неієздатним у закладах охорони здоров'я, особливо це стосується закладів держаної форми власності.

Медична реформа, що відбувається сьогодні в Україні, підтверджує «нездатність» системи переходу на європейські стандартів надання медичної допомоги та управління нею, проблема дефіциту кадрів суттєво поглиблюється у процесі провадження реформ. Оскільки, до початку реформи штати закладів охорони здоров'я були «роздуті», адже їх укомплектування регламентувалося нормативами відповідно до кількості населення. Згідно із реформою, з 2020 року вторинна та третинна ланки будуть фінансуватися відповідно до реально наданих медичних послуг. Відповідно, є висока вірогідність, що буде значно зменшений штат закладів, оскільки перехід медичної галузі до ринкових

відносин призведе до скорочення вузькопрофільних фахівців чи до перепрофілювання [282]. Це у подальшому загострить ситуацію із наявним медичним персоналом – посилить дефіцит кадрів.

Перераховані вище проблеми, які є досить болісними для національної системи охорони здоров'я, перш за все, спричинені відсутністю виваженої кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Тому цілком природно, що відбувається стагнація цієї галузі економіки та сфери соціального добробуту.

Заклад охорони здоров'я, як і будь-яке інше підприємство, може бути надто збитковим через неефективне управління фондом заробітної плати, а продуктивність праці працівників може зменшуватися через несправедливу чи непрозору систему компенсацій та стимулів. Таким чином, зазначені проблеми, спричиняють необхідність зміни концепції управління кадрами, а саме:

- 1) застосування кадрової політики та стратегії в рамках діяльності закладу охорони здоров'я;
- 2) впровадження новітніх форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників;
- 3) впровадження мотиваційного механізму та сучасних методів стимулювання діяльності медичного персоналу;
- 4) впровадження сучасних принципів формування та розвитку кадрів охорони здоров'я;
- 5) застосування новітніх методів підготовки медичних кадрів, у т.ч. управлінських;
- 6) запровадження принципів командної роботи в рамках надання медичної послуги закладами охорони здоров'я.

Таким чином, можна впевнено стверджувати, що впровадження парадигми управління закладами охорони здоров'я, яка опирається на вище наведені принципи, має забезпечити зміну у конкурентному середовищі галузі охорони здоров'я та призвести до впровадження нового типу управління цими закладами, що засновується на підприємницькій діяльності.

Далі розглянемо кожний з цих напрямків детальніше.

#### 4.2. Стратегія управління людськими ресурсами та кадрова політика в закладах охорони здоров'я

Управління персоналом є невід'ємною частиною управління закладами охорони здоров'я в цілому. Вона підпорядкована загально організаційним цілям та направлена на досягнення завдань загальної системи управління закладами охорони здоров'я. А отже загалом цей процес направлено на покращення якості надання медичних послуг для населення країни.

Управління персоналом закладу охорони здоров'я – це безперервний динамічний процес управління людськими ресурсами закладу, метою якого є оптимальне використання потенціалу персоналу на основі кадрового планування, підбору та відбору, розстановки,

адаптації, професійного розвитку, мотивації та стимулювання, а також регулярного об'єктивного контролю та оцінки діяльності персоналу закладу для досягнення його цілей, як організаційних, так і індивідуальних.

Основним завданням управління персоналом, на нашу думку, є безперервний пошук шляхів підвищення ефективності та результативності праці, що досягається за рахунок впровадження прогресивних форм організації праці та раціонального використання наявних людських ресурсів.

Таким чином, сучасний процес управління персоналом розглядається з позиції концепції управління людськими ресурсами, що представляє собою систему теоретико-методологічних положень (принципів), які розкривають зростаючу роль людських ресурсів не просто як економічного ресурсу, який приносить прибуток, але й як соціальної цінності організації (підприємства, закладу, установи) та суспільства в цілому [189, с. 47]. Отже, технологія управління людськими ресурсами має на меті підвищення рівня інвестицій в людський капітал з метою забезпечення постійного професійного зростання працівників та покращення якості умов їх праці [149, с. 53].

У загальному вигляді, процес управління персоналом закладу охорони здоров'я має складатися з наступних підсистем (кадрових заходів, тобто дій, що направлені на досягнення відповідності персоналу завданням організації):

- прогнозування та планування кількісного та якісного складу персоналу, з урахуванням існуючого кадрового складу;
- дослідження ринку праці;
- набір та відбір персоналу;
- адаптація персоналу;
- визначення та організація робіт;
- формування політики заробітної плати та соціального пакету для співробітників;
- навчання та професійний розвиток персоналу;
- управління конфліктами;
- управління ефективною системою мотивації і стимулювання діяльності;
- планування та організація розвитку кар'єри (управління кар'єрою);
- управління продуктивністю праці;
- контроль та оцінка діяльності;
- звільнення персоналу.

Запровадження в практику управління закладом охорони здоров'я такої моделі управління персоналом дозволяє визначити певні рамки для проведення кадрової політики закладу, коли будь-яке управлінське рішення, що приймається відносно певного елементу управління в цілісному процесі, повинно здійснюватися в тісному взаємозв'язку з усією сукупністю підсистем моделі управління персоналом.

Проте основною проблемою системи управління персоналом, яка склалася в сучасних закладах охорони здоров'я України є нівелювання важливості багатьох функцій цієї системи, а отже управління персоналом у цих закладах зводиться лише до процесу «набір – розстановка – визначення та організація робіт – управління заробітною платою – звільнення – здійснення кадрового документообігу». Тим часом, коли всі основні функції,

що направлені на формування культури результативності закладу охорони здоров'я, а саме навчання та професійного розвитку, управління системою мотивації та стимулювання, управління кар'єрою, управління продуктивністю праці, – не здійснюються у межах національних закладів охорони здоров'я чи делегуються на безпосередніх керівників персоналу, тобто на завідувачів структурних підрозділів закладу (наприклад, відділень). А це не є коректним, оскільки більшість з них не мають управлінської чи економічної освіти. Все це у сукупності призводить до неефективності процесу управління персоналом в існуючій галузі охорони здоров'я, що посилюються низьким рівнем заробітної плати загалом в галузі.

Ми можемо навіть стверджувати, що до сьогодні в рамках існуючої моделі організації охорони здоров'я в Україні більшість керівників закладів цієї галузі не вважали за необхідне застосувати основні принципи стратегічного управління персоналом, що засновуються на формуванні кадрової політики та стратегії. Така ситуація призводила до хаотичного управління кадрами закладу охорони здоров'я, коли не існувала ні концепція, ні філософія управління кадрами та не впроваджувалися новітні технології управління медичними кадрами.

Отже, в цих умовах необхідним елементом формування якісної системи управління закладу охорони здоров'я є формування кадрової політики та стратегії управління людськими ресурсами, які мають стати ключовим елементом загальної стратегії розвитку закладу. Розробка кадрової політики та стратегії здійснюється на основі певних теоретико-методологічних засад.

Кадрова політика представляє собою генеральний план роботи з персоналом, який відображає сукупність принципів, методів, правил та норм у сфері роботи з персоналом, що має довгостроковий характер дії. Ефективність кадрової політики будь-якої організації (підприємства, закладу, установи) визначається, перш за все, взаємодією та взаємоузгодженням різних аспектів політики організації по відношенню до персоналу як людського капіталу. Розробка кадрової політики визначає управлінські рішення всіх структурних підрозділів організації (підприємства, закладу, установи). Складовими кадрової політики є кадрові заходи, які були нами перераховані раніше. Вона передбачає, передусім, формування стратегії управління персоналом, тобто кадрову стратегію.

Кадрова стратегія, визначається нами, як загальний план дій у сфері менеджменту персоналу, який формується на основі кадрової політики та стратегії розвитку організації загалом. Таким чином, кадрова стратегія є складовою частиною стратегічно орієнтованої політики організації (підприємства, закладу, установи) [250, с. 162]. При цьому доцільно стратегію і тактику роботи з персоналом розглядати як єдину систему.

Отже, враховуючи наведені визначення, ми бачимо, що основними цілями кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесів відновлення та збереження кількісного та якісного складу людських ресурсів відповідно до потреб організації (підприємства, закладу, установи), вимог законодавства та стану ринку, на якому здійснює свою діяльність організація (підприємство, заклад, установа), та ринку праці.

Таким чином, формування кадрової політики та стратегії, що відображаються у статуті та філософії закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу тощо, передбачає новий якісний етап форму-

вання та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, що направлено на забезпечення сталого розвитку цього закладу, зокрема, та підвищення якості медичної допомоги, загалом.

Усі теоретичні засади, повною мірою, відносяться до системи управління персоналом закладів охорони здоров'я. Таким чином, управління персоналом сфери охорони здоров'я представляє собою єдність соціально-економічних відносин, механізмів, форм та методів впливу на формування та професійний розвиток людських ресурсів.

При формуванні політики та стратегії управління персоналом у закладах охорони здоров'я слід враховувати низку характеристик, які властиві системі управління цієї галузі, що здійснюють безпосередній вплив на реалізацію функцій управління персоналом, зокрема:

- монополізм Міністерства охорони здоров'я України як центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;
- жорстка система підпорядкування;
- бюрократизм управління, у т.ч. в розподілі праці;
- жорстка ієрархічна структура;
- жорстка спеціалізація діяльності;
- направленість діяльності закладу, найперше, на споживача медичної послуги;
- різноманітність кадрового складу закладу.

Усі ці чинники призводять до уповільнення процесів модернізації системи управління персоналом галузі.

З метою формування ефективної кадрової політики та стратегій, закладу необхідно враховувати надані вище чинники, а також специфіку управління персоналом галузі як складної, неоднорідної професійної групи. Для цього необхідною передумовою є формування філософії управління кадрами, зважаючи на національний та світовий досвід управління персоналом.

Як зазначалося раніше необхідною умовою якісного процесу формування кадрової політики закладу охорони здоров'я є інтегрований підхід, що означає інтегрування управління персоналом у загальну стратегію розвитку закладу [175, с. 80].

Аналізуючи світовий досвід управління персоналом, ми можемо виділити наступні ключові принципи побудови кадрової політики у сфері охорони здоров'я, а саме:

- орієнтація на стратегічний підхід;
- визначення персоналу як основного чинника конкурентоспроможності та ефективності;
- надання пріоритету демократичності та партнерству в соціальних відносинах;
- інвестування в навчання та професійний розвиток людських ресурсів закладу;
- підвищення професійної компетенції керівних кадрів;
- підвищення рівня психологічного комфорту при здійсненні трудової діяльності.

Зважаючи на вище визначені властивості та принципи, що характерні для побудови кадрової політики, ми можемо визначити наступні інструменти кадрової політики. До них ми відносимо: (1) кадрове планування; (2) поточну кадрову роботу; (3) здійснення керівництва персоналом; (4) заходи щодо навчання та розвитку персоналу; (5) заходи з вирішення соціальних протиріч; (6) механізм мотивації та стимулювання. При цьому вона має своє відображення в основних документах закладу: статуті, філософії, колективному договорі, стратегії розвитку закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку,

основних положеннях, що відображають діяльність системи управління персоналом (Положення про оплату праці, Положення про атестацію кадрів, Положення про навчання та професійний розвиток тощо).

Алгоритм розробки кадрової політики можна представити як послідовність взаємопов'язаних дій та етапів, що схематично представлені на рис. 4.5.



Рис. 4.5. Етапи формування кадрової політики закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

Аналіз процесу формування кадрової політики закладу охорони здоров'я свідчить про те, що він підпорядковується загальним принципам стратегічного управління. Раціональна організація процесу формування кадрової політики закладу охорони здоров'я вимагає дотримання наступних вимог:

- 1) забезпечення сумісності кадрової політики та загальної стратегії розвитку закладу;
- 2) забезпечення сумісності її структурних елементів (напрямів, розділів, принципів, інструментів та планів);
- 3) використання «наскрізних» показників, які характеризують ефективність та результативність кадрової політики за всіма напрямками діяльності;
- 4) послідовність у розробці заходів щодо реалізації основних етапів та досягнення цілей та завдань кадрової політики, що передбачена в основних документах закладу.

Центральним елементом кадрової політики є стратегія управління людськими ресурсами. Механізм формування стратегії управління людськими ресурсами представляє собою вибір із сукупності альтернатив, враховуючи існуючі переваги, недоліки процесу управління персоналом та узгодженість дій. Він складається із загальної сукупності елементів, що притаманна для стратегії, а саме: системи пріоритетних цілей (місія, бачення, цілі, завдання), пріоритетних напрямів діяльності, системи функціональних стратегій, способів формування та перерозподілу ресурсів, плану / програми реалізації заходів, стратегічного контролінгу та системи зворотного зв'язку.

У загальному вигляді процес формування стратегії управління людськими ресурсами представлено у вигляді моделі на рис. 4.6. Вона залежить від загальної стратегії розвитку закладу та процесу стратегічного управління, що склався у закладі, від обраної керівництвом структури та механізмів управління, рівня фінансового забезпечення закладу. Система пріоритетних цілей управління персоналом напряму залежить від загальних цілей та пріоритетних напрямів діяльності закладу, а також цінностей, яким підпорядкована система управління закладу. На її формування впливають як внутрішні, так і зовнішні чинники діяльності закладу.



Рис. 4.6. Процес формування стратегії управління людськими ресурсами закладу охорони здоров'я

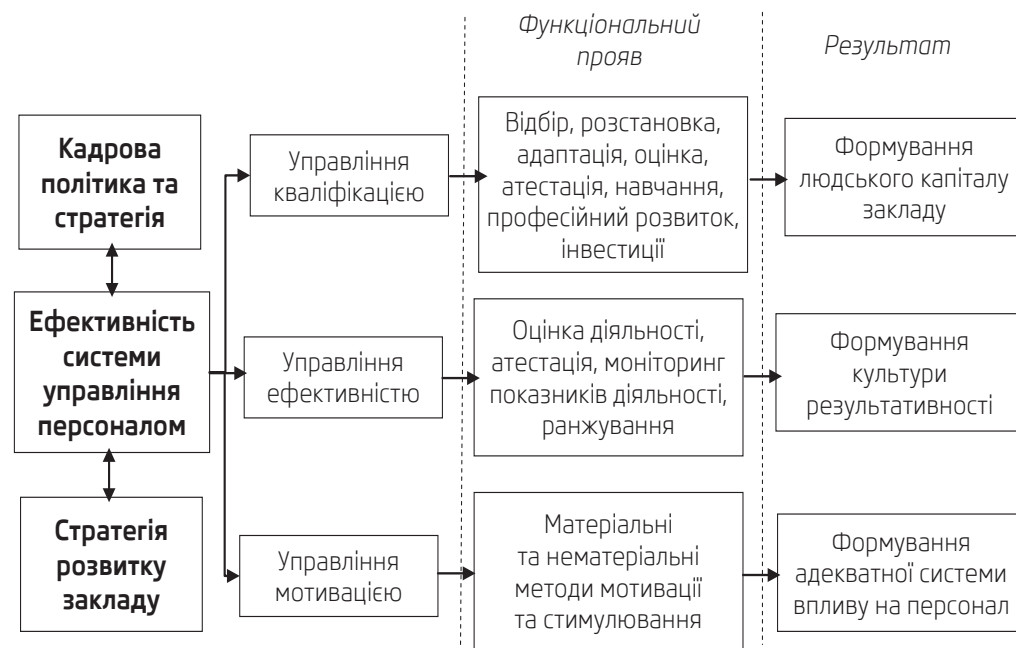
Джерело: розроблено автором

Сучасний процес управління персоналом передбачає широкий спектр функцій, що передбачені у кадровій стратегії та планах / програмах її реалізації. Отже, розробка стратегії управління людськими ресурсами потребує детального підходу та аналітики специфіки діяльності, а також ретельного прогнозування результату здійснення управлінського впливу на персонал й ризики та негативні наслідки, що можуть виникнути у результаті цього впливу.

Використання принципів стратегічного управління при удосконаленні системи управління персоналом в закладах охорони здоров'я дозволить:

- 1) забезпечити заклад необхідними людськими ресурсами з урахуванням стратегічних цілей та пріоритетних напрямів розвитку;
- 2) сформувати внутрішнє середовище закладу, направлене на результат;
- 3) запровадити ефективну систему мотивації та стимулювання персоналу;
- 4) формувати та розвивати інтелектуальний капітал закладу за рахунок комплексної системи навчання та професійного розвитку кадрів;
- 5) розвивати професійні компетенції керівних кадрів на всіх рівнях управління;
- 6) забезпечити інформаційно-психологічний супровід підтримки персоналу під час здійснення реорганізації діяльності закладу.

Резюмуючи принципи та пріоритети управління персоналом у сфері охорони здоров'я, ми можемо запропонувати наступну концептуальну модель забезпечення ефективності управління персоналом закладу охорони здоров'я, що представлена на рис. 4.7.



**Рис. 4.7. Концептуальна модель забезпечення ефективності управління людськими ресурсами**

*Джерело: сформовано автором*

Основними процесами, що забезпечують ефективність системи управління закладу є:

- 1) управління кваліфікацією, що забезпечується за рахунок таких функцій управління персоналом, як відбір та набір персоналу, розстановка, адаптація, оцінка, атестація, навчання та професійний розвиток, а також забезпечення фінансових інвестицій у розвиток. Основним результатом такого процесу є формування людського капіталу закладу;
- 2) управління ефективністю діяльності, що забезпечується за рахунок таких функцій управління персоналом, як атестація, оцінка та моніторинг діяльності, а також ранжування персоналу на їх основні. Основним результатом цього процесу є формування культури результативності закладу;
- 3) управління мотивацією діяльності, що забезпечується за рахунок таких функцій управління персоналом, як мотивація та стимулювання, політика у сфері оплати праці. Основним результатом такого процесу є формування адекватних системи впливу на персонал закладу.

Усі перераховані процеси взаємопов'язані та формують єдину систему процесного управління персоналом закладу охорони здоров'я. Безперечним є той факт, що заклади охорони здоров'я, які здатні сформувати свою практичну діяльність на основі запропонованої системи управління персоналом, мають можливість сформувати стійкі конкурентні переваги у порівнянні з їх конкурентами.

### 4.3. Особливості формування та розвитку персоналу в закладах охорони здоров'я

Сучасні керівники закладів охорони здоров'я, на відміну від інших галузей економіки, досі не розуміють необхідність процесу формування та розвитку кадрів закладів охорони здоров'я, що полягає у професійному плануванні якісного та кількісного складу персоналу, підборі, відборі, розстановці, адаптації, оцінці та навчанні персоналу закладу, який засновано на наукових методологічних засадах. Ці процеси відбуваються у закладах охорони здоров'я, проте вони не є пов'язаними між собою, вони не підпорядковуються ні філософії, ні політиці, ні стратегії управління персоналом, що призводить до проблем, які були зазначені у попередніх розділах.

Таким чином, постає необхідність якісного процесу формування кадрів закладів охорони здоров'я, оскільки цей процес формує базис інноваційного потенціалу закладу, перспективи його подальшого розвитку та конкурентоспроможність. Тобто цей процес має стати інтегрованою частиною загального процесу стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я.

Процес формування медичних кадрів має враховувати такі чинники, як організаційна структура закладу, корпоративна культура, ринок праці медичних працівників та ринок медичних послуг, нормативно-законодавча база тощо. Врахування цих чинників у процесі формування кадрів дозволить кадровій стратегії закладу охорони

здоров'я бути інтерактивною (тобто бути такою, яка дозволяє на усіх ланках управління людськими ресурсами не адаптувати діяльність до зовнішніх змін, а продукувати власні зміни з метою забезпечення випереджуючого розвитку по відношенню до динаміки потреб споживачів медичних послуг та викликів конкурентів [232]) та забезпечувати потреби як у персоналі, так і враховувати інтереси своїх працівників у процесі здійснення діяльності.

Серед основних завдань процесу формування персоналу слід визначити такі, як:

- визначення оптимального відношення кількісного та якісного складу співробітників із різними професійно-кваліфікаційними та соціально-психологічними характеристиками для досягнення цілей діяльності закладу;
- забезпечення оптимального рівня компетентності співробітників, що відповідає пріоритетним завданням та потребі закладу;
- створення відповідних умов для розвитку персоналу і підвищення його ефективності діяльності.

Першим важливим етапом формування персоналу закладу є планування персоналу як первинний процес формування людських ресурсів закладу. Цей процес представляє собою цілеспрямовану діяльність закладу щодо визначення потреби персоналу необхідного кількісного та якісного складу, забезпечення пропорційного та динамічного розвитку персоналу, а також розрахунку його професійно-кваліфікаційної структури з метою забезпечення подальшого ефективного використання потенціалу співробітників закладу, інтенсифікації діяльності та збалансованого росту закладу.

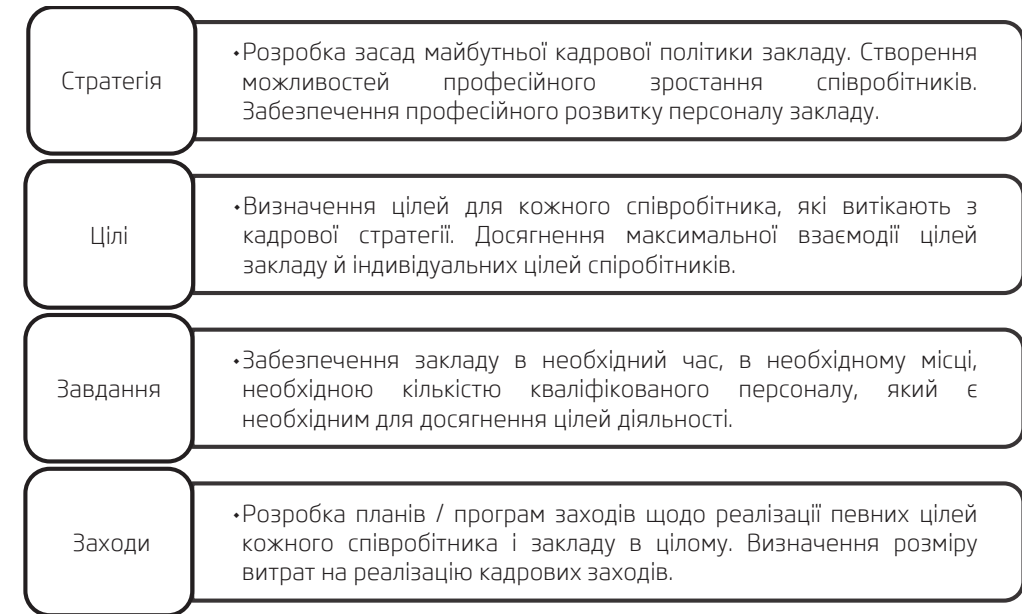
Планування персоналу засновується на стратегії управління персоналом, виробничих та маркетингових планах, фінансових планах, програмах інвестицій та організаційного розвитку. На результати цього процесу безпосередньо впливає фінансове планування, яке визначає рівень фонду оплати праці, можливості та вартість професійного розвитку персоналу. У процесі планування персоналу важливим є врахування і сучасних тенденцій, які склалися на ринку праці.

Завдання процесу планування персоналу в закладах охорони здоров'я представлено на рис. 4.8.

Процес планування можна представити наступним чином:

1. Оцінка внутрішніх людських ресурсів закладу (структури та динаміки співробітників за всіма категоріями) з позиції задоволення майбутньої потреби в персоналі.
2. Аналіз потреби закладу в кількості та якості кадрів на певний період часу.
3. Оцінка можливостей задоволення потреби закладу за рахунок наявного персоналу.
4. Прийняття рішення відносно залучення додаткових людських ресурсів ззовні, перекваліфікації та звільнення персоналу.
5. Визначення фінансових можливостей закладу.

Процес планування персоналу в закладах охорони здоров'я має, найперше чергу, засновуватися на визначенні довгострокової перспективи за категоріями медичного персоналу відповідно до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх і внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів [144, с. 20].



**Рис. 4.8. Завдання процесу планування персоналу**

*Джерело: сформовано автором*

Іншим важливим елементом формування персоналу є його відбір та набір з урахуванням прогнозних показників кількісного та якісного складу персоналу. Враховуючи, що діяльність закладів охорони здоров'я характеризується дефіцитом кадрів, пріоритетним є найм (рекрутинг) молодих талановитих фахівців завдяки організації клінічної та медсестринської практики, стажувань, шкіл молодих лікарів та медичних сестер тощо, а також відбір найкращих випускників вищих медичних закладів та коледжів (*graduate-recruitment*).

Під час здійсненні рекрутингу персоналу важливим у боротьбі за кваліфіковані кадри стає позитивний HR-бренд закладу. Це яскраво проявляється на прикладі приватних закладів охорони здоров'я, коли репутація та імідж закладу як «хорошого роботодавця» відіграє істотну роль у процесі підбору персоналу. Так, позитивний HR-бренд формується на основі відгуків співробітників закладу (у т.ч. колишніх), рекомендаціях та національних рейтингів. Інші чинників, такі як інтернет-ресурси з пошуку роботи, веб-сайт закладу, виступи та публікації персоналу закладу, реклама є менш важливими під час формування HR-бренду [129]. Отже, роль ефективності системи управління і в формуванні HR-бренду, коли така система формує лояльний до закладу персонал за рахунок системи мотивації та стимулювання, механізмів професійного розвитку та управління кар'єрою.

Після здійснення найму персоналу важливими у процесі його формування є розстановка та адаптація персоналу. Вони є базовими елементами формування структурно-функціонального людського капіталу закладу.

Проте проблема управління персоналом закладу охорони здоров'я полягає не тільки у його формуванні, а й професійному розвитку, яке є важливим напрямом організації роботи з персоналом. Професійний розвиток здійснюється за напрямками: підготовка

та перепідготовка кадрів, підвищення їх кваліфікації, удосконалення знань, професійних навичок та вмінь.

Персонал системи охорони здоров'я представляє собою таку категорію, яка володіє спеціальними професійними навичками, інтелектуальними здібностями, які в повній мірі можуть забезпечувати якісну медичну допомогу населенню [149, с. 52]. А отже, медичний персонал, особливо лікарі, – це кадри, які постійно мають підвищувати рівень своєї кваліфікації, підтверджувати ліцензію тощо. Отже підготовка медичних кадрів направлена на забезпечення принципу безперервної медичної освіти. Це питання є дуже актуальним, оскільки темпи старіння знань у галузі охорони здоров'я складають приблизно три роки (у деяких галузях медичних знань), таким чином з'являється необхідність у безперервній освіті. Необхідність систематичного підвищення кваліфікації медичних кадрів визначається сучасним розвитком медичної науки, інноваційними трендами у сфері охорони здоров'я та впровадженням новітніх технологій [141, с. 18-20].

Це мають враховувати керівники закладів охорони здоров'я як в кадровій політиці та стратегії, так і у процесі мотивації, адже методи розвитку кадрів можуть стати дієвим мотиваційним інструментом. Наприклад, підвищення кваліфікації, участь у міжнародних та національних конференціях, перепідготовка можуть здійснюватися за рахунок закладу охорони здоров'я для тих співробітників, які підтверджують найвищі показники діяльності за підсумками атестації та ранжування на її основі кадрів. Отже, результати розвитку медичного персоналу мають стати підґрунтям для управління кар'єрою та службово-посадовим рухом персоналу в рамках закладу охорони здоров'я, як це відбувається на підприємствах провідних галузей економіки.

Проте слід зазначити, що постійний, безперервний розвиток медичних кадрів має відбуватися на прозорих та рейтингових умовах. Наприклад, рейтингування лікарів на основі думки пацієнтів чи якості медичної послуги. На основі таких рейтингів лікарів можуть бути направлені на міжнародні конференції, курси підвищення кваліфікації тощо за рахунок закладу охорони здоров'я.

До основних методів професійного розвитку можна віднести:

- професійне навчання (курси підвищення кваліфікації, конференції, стажування);
- бізнес-навчання (тренінги, програми MBA, семінари);
- навчання, орієнтоване на формування команди (командоутворення, квести);
- додаткове навчання (вивчення іноземної мови).

Особливої актуальності набуває питання підготовки та професійного розвитку керівних кадрів закладу охорони здоров'я, як менеджерів-організаторів на всіх рівнях охорони здоров'я, менеджерів управління персоналом, а також фахівців з медичного менеджменту. Хоча для Європейської та світової медичної спільноти це питання не є новим, для України вони є досить актуальним. У розвинутих країнах світу в галузі охорони здоров'я наявність таких фахівців є нормою. Так наприклад, у США головна медична сестра виконує функції керівника сестринської служби та керує діяльністю значним числом середнього та молодшого медичного персоналу та розпоряджається бюджетом близько 1 млн. дол. США, виконуючи функції планування, організації, мотивації, стимулювання та контролю [142, с. 156].

Отже, необхідність у формуванні власне медичного менеджменту в межах національної системи охорони здоров'я формує потребу в якісно новому форматі фахівця з управління – менеджер охорони здоров'я, діяльність якого, на відміну від головного лікаря закладу охорони здоров'я (основною функцією якого є організація лікувального процесу), направлена на забезпечення якісної, ефективної та результативної діяльності усього закладу охорони здоров'я.

Проблема формування такого фахівця є міждисциплінарною, оскільки потребує спеціальної підготовки у сфері управління та медицини. Отже, сучасними викликами процесу професіоналізації управлінських кадрів є наступні:

- динамічно зростаючі масиви знань у сфері управління та суміжних наук (фінанси, маркетинг тощо), а також медицини;
- мультидисциплінарне навчання;
- ускладнені процеси прийняття рішень;
- стрімке зростання суміжних фахівців охорони здоров'я;
- інтенсифікація міжнародної мобільності;
- необхідність розвитку когнітивних знань та soft-skills у фахівців охорони здоров'я;
- тенденції до зниження витрат як в освітньому процесі, так і наданні медичної допомоги [72, с. 111-112].

Відтак, постає основне завдання процесу професіоналізації – побудувати процес підготовки фахівців у сфері управління охороною здоров'я, враховуючи зазначені виклики.

Такий процес може бути забезпечений двома шляхами:

I. Перший варіант – базова освіта направлена на отримання диплома фахівця з медицини чи фармації, а диплом магістра – сфері менеджменту чи державного управління у сфері охорони здоров'я.

II. Другий варіант – професіоналізація починається одразу із отримання диплома фахівця у сфері менеджменту чи державного управління у сфері охорони здоров'я.

Перший варіант є розповсюдженим на українському просторі, оскільки залишилася ще практика з радянських часів, коли керівні посади обіймали медичні фахівці, які здобули кар'єрне зростання, проте вони не отримували фахової освіти у сфері управління. Другий варіант не є популярним, оскільки проблема професіоналізації управлінських кадрів у системі охорони здоров'я не є актуальною для сучасного суспільства, бо є нівельованим розуміння того, що керувати закладом охорони здоров'я має фахівець у сфері управління, а не фахівець у медичній сфері, який «досяг кар'єрних успіхів закладу охорони здоров'я» [67; 70].

У таких умовах функціонування постає необхідність у фахівцях сфери управління закладами охорони здоров'я, які є мультидисциплінарними і володіють різними рівнями та типами компетенцій (табл. 4.3).

Аналізуючи систему компетенцій, що представлена у табл. 4.3, можна стверджувати, що в сукупності загальні та спеціальні управлінські компетенції, а також клінічні компетенції формують практичний інтелект менеджера медичного закладу; а психологічні компетенції – його емоційний інтелект.

Під практичним інтелектом (що є базовим для входження на посаду) ми розуміємо такий, що формується на основі таких знань, практичних навичок та компетенцій у сфері



менеджменту, економіки та маркетингу, фінансового менеджменту, управління персоналом, управлінських досліджень тощо. А під емоційним інтелектом – такий, який складається з когнітивних та психоемоційних складових індивіда. У сукупності практичний та емоційний інтелект представляють собою «управлінський інтелект» (*executive intelligence*), під яким ми розуміємо «систему інтелектуальних або когнітивних здібностей як передумов управлінського успіху».

**Таблиця 4.3 – Система компетенцій менеджера з управління закладами охорони здоров'я**

МЕНЕДЖЕР В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я		
УПРАВЛІНСЬКІ КОМПЕТЕНЦІЇ	КЛІНІЧНІ КОМПЕТЕНЦІЇ	ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПЕТЕНЦІЇ
<p><b>Загальні управлінські компетенції:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– лідерські якості;</li> <li>– інноваційне мислення;</li> <li>– стратегічне мислення;</li> <li>– критичність мислення;</li> <li>– гнучкість пізнання та судження;</li> <li>– креативність</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– направленість на комплексне вирішення клінічних проблем та проблем, пов'язаних із професійною діяльністю;</li> <li>– гнучкість прийняття клінічних рішень;</li> <li>– орієнтація на пацієнт-центрована модель відносин;</li> <li>– розуміння проблем та пріоритетів галузі охорони здоров'я;</li> <li>– знання останніх досліджень у сфері охорони здоров'я</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– комунікативні здібності;</li> <li>– мотивуючі здібності («передача» своїми замислами);</li> <li>– здібність «розумітися в підборі персоналу» (обирати кадри);</li> <li>– емпатія;</li> <li>– стресостійкість;</li> <li>– міжособистісна взаємодія за напрямами «лікар-пацієнт», «лікар-лікар», «лікар-середній медичний персонал», «лікар-молодший медичний персонал»</li> </ul>
<p><b>Спеціальні управлінські компетенції:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– цілепокладання;</li> <li>– здібність до прогнозування;</li> <li>– здібність до планування;</li> <li>– здібність до прийняття управлінських рішень;</li> <li>– здібність до контролю;</li> <li>– управління людськими ресурсами;</li> <li>– розуміння фінансового менеджменту та аналізу;</li> <li>– розуміння основ маркетингу;</li> <li>– управління якістю;</li> <li>– управління змінами;</li> <li>– аналітична компетенція</li> </ul>		

*Джерело: розроблено автором*

Таким чином, в Україні виникла потреба у формуванні нового покоління лідерів та керівників галузі охорони здоров'я, що має бути забезпечена «шляхом надання комплексної й різнобічної освіти, відповідної завданням галузі й міжнародним стандартам» [222, с. 4].

Процес формування та розвитку управлінського персоналу галузі охорони здоров'я на всіх рівнях системи набагато складніший: є потреба не просто в мульти- та інтер-дисциплінарному фахівцеві, а ще й у фахівцеві з глибокими специфікованими для галузі сучасними й комплексними знаннями, навичками та компетенціями.

Це є основним завданням сучасного процесу інтеграції освіти та науки у сфері менеджменту та медицини, що має сформулювати новий освітній напрям у національному освітньому середовищі: «Управління та адміністрування закладами охорони здоров'я». Це має стати пріоритетом державної політики сектору охорони здоров'я.

Іншим напрямом цієї інтеграції є інтеграція науки та практики, що забезпечує появу нового типу – аналітики. Так, сьогодні в Україні сформований ринок консалтингових послуг, що і є базою забезпечення цього типу інтеграції. Отже, в умовах, коли в керівників медичних закладів не вистачає управлінських знань, навичок та компетенцій є можливість залучення фахівців у сфері управління до керування цими закладами [64, с. 69-72].

Ці два напрями інтеграції освіти, науки та бізнесу у сфері управління закладами охорони здоров'я можна схематично представити на рис. 4.9.



**Рис. 4.9. Процеси інтеграції освіти, науки та бізнесу в сфері охорони здоров'я**

*Джерело: розроблено автором*

Процес професійної підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я має бути стратегічно визначено у Концепції розвитку охорони здоров'я України [34], що передбачає здійснення поступової інноваційної кадрової та освітньої політики в цій сфері. Реформування освітньої стратегії у сфері охорони здоров'я має передбачати підготовку фахівців за професійними напрямами:

- менеджер у сфері охорони здоров'я;
- економіст у сфері охорони здоров'я.

При цьому система підготовки управлінських кадрів в сфері охорони здоров'я має передбачати проведення освітньої діяльності за наступними напрямами:

- 1) спеціалізація та удосконалення лікарів за спеціальністю «Управління та адміністрування закладами охорони здоров'я»;
- 2) підготовка магістрів з державного управління, орієнтованих на охорону здоров'я;
- 3) підготовка магістрів з управління закладами охорони здоров'я.

Якщо перші два напрями вже реалізуються в Україні, то останній необхідно запровадити у освітню систему.

Так, спеціалізація та удосконалення лікарів за спеціальністю «Управління та адміністрування закладами охорони здоров'я» відповідає I варіанту забезпечення менеджмент-освіти у сфері охорони здоров'я, коли базова освіта направлена на отримання диплома фахівця з медицини чи фармації, а освіта з управління є додатковою. Етапність підготовки таких фахівців з управління закладів охорони здоров'я в Україні представляє собою:

- 1) дипломна підготовка на медичних факультетах у вищих навчальних медичних закладах за напрямом лікаря загальної практики;

- 2) інтернатура за однією з передбачених номенклатурою лікарських спеціальностей;
- 3) практичний досвід роботи в закладі охорони здоров'я;
- 4) спеціалізація за циклом підготовки «Організація і управління охороною здоров'я», що може супроводжуватися отриманням спеціалізації за напрямом менеджмент.

Цикл підготовки «Організація і управління охороною здоров'я» складається з програми, яка складається з шести блоків: соціальна медицина, менеджмент в охороні здоров'я, культура управління, економічні основи менеджменту, правові засади менеджменту, управління підсистемою охорони здоров'я. Після закінчення цього циклу складається уніфікований комп'ютерний іспит.

Крім того, за цим напрямом підготовки фахівці також проходять тематичні курси, що присвячені актуальним проблемам організації охорони здоров'я, а саме менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я, економіка охорони здоров'я, організація первинної медико-санітарної допомоги, організація медичної допомоги у сільській місцевості, інформаційне забезпечення охорони здоров'я тощо.

При цьому керівники закладів охорони здоров'я кожні п'ять років підвищують кваліфікацію на курсах та циклах, які мають на меті поглиблення теоретичної та практичної підготовки лікарів щодо організації та управління системою охорони здоров'я, а також контроль відповідності рівня знань та навичок вимогам кваліфікаційної характеристики.

Недоліком такого напряму підготовки керівників закладу є його короткостроковість, що не забезпечує фундаментальності підготовки в сфері управління, а також те, що такий процес здійснюється на базі вищих медичних закладів, у яких, як правило, професорсько-викладацький склад за напрямом управління не відповідає сучасним вимогам бізнес-освіти.

Підготовка магістрів з державного управління у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі вищих навчальних закладів, що спеціалізуються в підготовці фахівців за напрямом державне управління. Провідним є Національна Академія державного управління при Президентові України та її регіональні інститути, а також на базі інших вищих навчальних закладів (наприклад, Харківська медична академія післядипломної освіти, Дніпропетровська медична академія разом з Дніпропетровським університетом економіки і права).

Програма такої підготовки направлена на формування фахівця з державного управління та регулювання сферою охорони здоров'я. Отже, акцентує увагу на підготовку державних службовців охорони здоров'я, а не менеджерів закладів охорони здоров'я.

Підготовка менеджерів закладів охорони здоров'я здійснюється за напрямом професійної підготовки менеджмент, що вивчає загальні тенденції розвитку управлінської науки, не акцентуючи уваги на медичному менеджменті. Отже, за нашою думкою, необхідним є формування освітнього напряму підготовки «Управління та адміністрування закладами охорони здоров'я» в межах вищих медичних навчальних закладів, які орієнтуються на комплексні знання з управління закладами охорони здоров'я.

При цьому ми погоджуємося з думкою О. П. Корнійчука, що пріоритетним завданням є підготовка управлінських кадрів для первинної медико-санітарної медичної допомоги, яка вже здійснює свою діяльність на засадах управлінської автономії, фахівців у сфері стратегічного та операційного планування, економіки й фінансів, інформаційних технологій та управління кадрами в сфері охорони здоров'я [131].

Узагальнюючи, наголошуємо, що в умовах галузі охорони здоров'я неодмінною умовою ефективного управління кадрами є реалізація концепції інтегрованого розвитку кадрів закладів охорони здоров'я, відповідно до умов розвитку самої системи охорони здоров'я. Сучасний процес інтеграції освіти, науки та практики сьогодні формує нові можливості для покращення багатьох сфер економічної та соціальної діяльності в Україні, не є винятком і галузь охорони здоров'я. В умовах реформування галузі інтеграційні процеси в різних напрямках, що скеровані на формування компетентного середовища, мають стати пріоритетними для державної політики та базою для стратегії розвитку галузі, основою якої є формування нового типу медичного керівника.

Професійний розвиток є інструментом «затримки» персоналу в закладі, формування його лояльності до закладу та інструментом мотивації персоналу.

#### 4.4. Система мотивації та стимулювання персоналу в закладах охорони здоров'я як стратегія формування людського капіталу

Формування якісного механізму мотивації та стимулювання – це одна з найголовніших функцій будь-якого менеджера чи керівника, оскільки завдяки цьому відбувається вплив на персонал організацій (підприємства, закладу, установи) з метою активізації їх діяльності, підвищення ефективності та продуктивності.

Якщо розглядати систему мотивації та стимулювання персоналу будь-якого організації (підприємства, закладу, установи), необхідно їх правильно визначити. Оскільки, дуже часто ці категорії взаємозамінюються, а вони навпаки – взаємодоповнюють одна одну.

У науковій літературі під мотивацією розуміють процес усвідомленого вибору людиною того чи іншого типу поведінки, що визначається комплексним впливом зовнішніх (стимули) та внутрішніх (мотиви) факторів. У процесі трудової діяльності мотивація дає можливість працівникам задовольняти свої основні потреби шляхом виконання трудових обов'язків.

Мотиваційний процес схематично представлений на рис. 4.10.

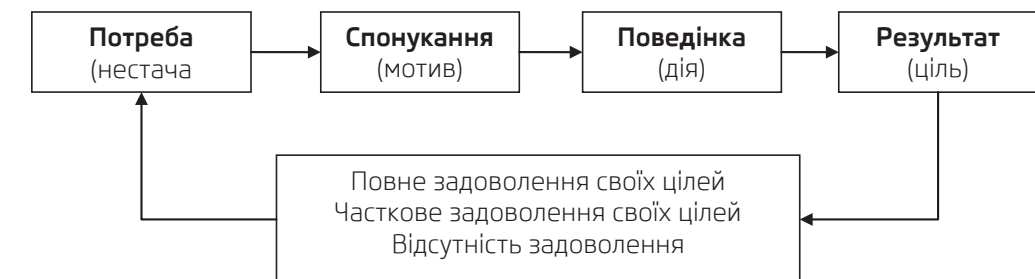


Рис. 4.10. Спрощена модель мотиваційного процесу

Джерело: [234]

Відповідно до представленої на рис. 4.10 моделі, зображено, що на основі потреб формується мотивація трудової діяльності. Враховуючи потреби своїх підлеглих, керівники мають спонукати їх до дії, з метою досягнення цілей. Причому індивідуальні та загальноорганізаційні цілі мають знаходитися в підпорядкуванні. Отже, згідно зі загальноприйнятою в теорії та практиці управління моделлю мотивації, необхідно трудовий процес та механізм мотивації вибудовувати індивідуально для кожного співробітника, враховуючи дійсні мотиви поведінки співробітників.

Підкріплює мотиваційний процес стимулюючі інструменти (винагороди). Вони завжди мають здійснюватися лише у сукупності з мотиваційним процесом, таким чином, формується механізм мотивації та стимулювання в організації.

У науковій літературі, під *стимулюванням* розуміють зовнішнє спонукання до дії, підставою до якої є інтерес (матеріальний, моральний, індивідуальний чи груповий).

Будь-який керівник завжди має справу як із процесом мотивації, так і з процесом стимулювання своїх підлеглих.

Внутрішню винагороду (під якою ми розуміємо мотивацію) має робота. Це може бути почуття досягнення результату, змістовності чи значущості самої роботи, самоповаги тощо. Таким чином, найбільш простим засобом забезпечення внутрішньої винагороди є створення відповідних умов для діяльності та чітка постановка завдань. У межах закладу охорони здоров'я прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов для роботи завдяки забезпеченню необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, наказ МОЗ № 148 від 26 січня 2018 року), комп'ютеризації, забезпеченню адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротачії кадрів тощо.

Зовнішня винагорода виникає не від самої роботи, а дається керівництвом. З мотиваційної точки зору, її можна визначити як стимулювання праці, направлено на більш повну реалізацію наявного трудового потенціалу.

Таким чином, мотивація та стимулювання втілюють стратегію і тактику управління персоналом. Мотивація – це стратегічна лінія, що направлена на досягнення глобальних цілей, які поставлено перед співробітником та сполучаються із загально організаційними. Наприклад, лікар, прагнучи ротачії чи розширення своїх професіональних знань, проходить навчання чи курси підвищення кваліфікації за рахунок закладу, в якому працює, сприяючи його розвитку завдяки набутим знанням та навичкам. Стимулювання – це тактика у мотиваційному механізмі, яка задовольняє певні мотиви співробітників (у більшості, матеріальні) та дозволяє підвищити продуктивність його праці. Наприклад, заохочення завдяки преміям, 13-го окладу, подяки за понаднормову роботу, гнучкому графіку роботи тощо.

Таким чином, ми бачимо, що мотивація та стимулювання протилежні за напрямками дії: мотивація направлена на зміну існуючого стану в закладі, а стимулювання – на його закріплення, однак при цьому вони доповнюють один одного.

Так наприклад, у двох закладах охорони здоров'я зі схожими умовами праці діє лише один з представлених вище інструментів: у першій – мотиваційний механізм (забезпечення необхідного матеріально-технічного оснащення, комп'ютерного забезпечення трудового процесу, гнучкий графік роботи, профілактичні медичні огляди медичних працівників та

оцінка робочих місць), а в другому – лише стимулювання (надбавки до заробітної плати за складні умови праці, надбавки за понаднормову роботу, оплата санаторно-профілактичного відпочинку за рахунок закладу). У першому випадку – заходи, що використовуються закладом, направлені лише на покращення умов праці та сприяють поліпшенню дійсної ситуації. У другому випадку – заходи «закріплюють» існуюче положення в закладі, «затримуючи» медичний персонал у ньому завдяки матеріальному заохоченню. Однак, у будь-який момент часу при рівних умовах в цих закладах може виникнути висока плінність кадрів, оскільки такі процеси не враховують інтереси усіх категорій працівників, вони являють собою окремі елементи мотиваційного процесу і не доповнюють один одного. А для вирішення проблеми підвищення якості медичних послуг та ефективності їх надання є необхідним комплексний підхід, який враховує існування наступних типів співробітників:

- 1) співробітники, які орієнтовані на змістовність та суспільну значущість праці;
- 2) співробітники, які орієнтовані на оплату праці та інші матеріальні цінності;
- 3) співробітники, у яких значимість різних цінностей збалансована.

Таким чином, механізм стимулювання повинен бути адекватним механізму мотивації робітників для забезпечення їх спільної ефективності.

Якщо розглядати найбільш оптимальну систему оплати праці та стимулювання персоналу, слід запропонувати для українських закладів охорони здоров'я популярну у Європейських країнах систему Грейдів (метод Хея або позиційних посад), метою якої є врахування рівня відповідальності, унікальності досвіду, знань і навичок, результатів діяльності кожного із представників медичного персоналу. Така система оплати праці дозволяє адекватно поєднати інструменти мотивації та стимулювання праці та побудувати універсальну посадову ієрархію, яка базується на гнучких рівнях заробітних плат у залежності від обсягу робіт та послуг, що надаються медичними працівниками, з їх внутрішніми потребами, навичками та знаннями.

Отже, грейдінг – це групування посад за певними принципами з метою стандартизації оплати праці в організації.

Основною ідеєю цього методу є створення основи для прийняття ефективних управлінських рішень щодо:

- окладів працівників;
- соціального пакету працівників;
- преміальних виплат та доплат.

Причому основними перевагами впровадження цього методу є принцип прозорості перспектив для працівників закладу [58]: «працівник завжди розуміє, що він повинен робити, як і в період якого часу, щоб його заробітна плата підвищилася» та принцип справедливості, згідно з яким у персоналу виникає почуття справедливої оплати їх праці. Тобто, система грейдів дозволяє працівникам отримати уявлення про можливості змін рівня доходів при різних кар'єрних переміщеннях. Керівництву підприємства система допомагає в прийнятті рішення при індексації заробітної плати і визначенні допустимого розміру винагороди на нових посадах; HR-службі (кадрова служба) – спростити адміністрування системи матеріального стимулювання» [58]. Такий метод оплати праці дозволяє мотивувати працівників до більш високопродуктивної праці.

У рамках системи Грейдів відбувається оцінка робіт, які виконуються на кожній з позицій в закладі, на основі трьох груп факторів:

- 1) знання, кваліфікація і досвід, що необхідні для виконання робіт (практичні процедури, використання сучасних алгоритмів, технологій та протоколів надання медичної допомоги, спеціальні методи і прийоми, професійні знання, навички у сфері комунікацій);
- 2) навички, які необхідні для вирішення проблем у медичній сфері, що пов'язані із здатністю до аналітичного та критичного мислення й впровадження інноваційних технологій надання медичної допомоги; складність медичних послуг, що надаються;
- 3) рівень відповідальності, що включає межі, у яких медичний персонал на даній позиції може приймати самостійні рішення, в цілому межі його діяльності та рівень індивідуального внеску у загальні результати діяльності закладу та якості роботи.

Спрощена методологія грейдингу представлена наступним чином: позиція «одержує» від експертів певну кількість балів за кожним фактором, який вважається важливим і актуальним для закладу. Багатофакторна оцінка діяльності відображає відносну вагу тієї чи іншої посади. У залежності від одержаної оцінки посадові позиції зараховуються в певний грейд (розряд), який гарантує отримання певної заробітної плати чи соціального пакету [58].

Тобто працівники, які займають одну і ту ж посаду можуть одержувати різну заробітну плату. В залежності від їх грейду, більше заробляє той лікар, хто накопичив досвід, пройшов підвищення кваліфікації, здобув певні категорії, у кого надзвичайно висока «пацієнтоорієнтація», вміє працювати в команді, веде значну кількість пацієнтів і його послуги високоякісні.

Система працює і в протилежному напрямку: працівники з одним і тим же грейдом (і заробітною платою) можуть займати різні посади – наприклад, лікар-кардіолог і завідувач відділення. Тут можлива ситуація, коли підлеглий знаходиться на більш високому грейді, ніж керівник, і, відповідно, одержує більш високу заробітну плату. Це означає, що він унікальний спеціаліст, цінність якого для закладу надзвичайно висока.

Процес впровадження системи грейдів у будь-якій організації (підприємстві, закладі, установі) передбачає декілька етапів, а саме:

1. Підготовка робочої групи, вивчення методики;
2. Розробка документації (концепція, положення тощо);
3. Аналіз змісту робіт;
4. Оцінка посад (анкетування, інтерв'ювання, бесіда);
5. Визначення вимог до посад, уточнення факторів;
6. Визначення вагомості еталонних робіт із використанням того чи іншого методу оцінки складності праці;
7. Розподіл факторів по рівням (ранжування);
8. Оцінка кожного рівня;
9. Оцінка ваги кожного фактору;
10. Розрахунок кількості балів для кожної посади;
11. Розподіл балів по грейдам;
12. Встановлення посадових окладів і розрахунок вилок окладів;
13. Дослідження результатів та корегування невідповідностей.

Така система пояснює ієрархію посад за змістом роботи. Кожна позиція структури визначає вимоги до кожної посади, а також дозволяє працівникам визначити: свою підлеглість, міру відповідальності, потребу в розвитку [58].

Отже, концептуальна модель стимулювання та мотивації медичного персоналу має засновуватися на наступній базовій сукупності критеріїв, що представлена нижче.

Першим важливим етапом є багатофакторна оцінка кожної посади в закладі охорони здоров'я. Кількість факторів для оцінки може бути від 3 до 7, що залежить від організаційної структури закладу, чисельності персоналу, спеціалізації. Так, кожна посада отримує визначену кількість балів за кожним фактором, що був визнаний для закладу охорони здоров'я важливим.

Слід чітко розрізняти оцінку посади як такої і оцінку здібностей і якостей самого фахівця. Класична система грейдингу проводить аналіз посад, але якщо для закладу охорони здоров'я є головним активом саме інтелектуальний потенціал співробітників, тоді можна говорити про оцінку співробітників, що займають певне місце в структурі закладу [247, с. 89].

Після оцінки, посади, які є найбільш схожими за кількістю балів, об'єднуються в групи – власне грейди. Таких груп, як правило, може бути сформовано від 10 до 16 за кожним клас-тером (або рівнем: керівних склад, лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, фахівці, робітники).

Наступний етап – розподіл оплати праці за грейдами. Лінія заробітної плати формується виходячи з ринкової вартості ключових фахівців [248].

Під час розподілу посад за грейдами необхідно враховувати багато нюансів. Так, важливим є умова, що підлеглий і його безпосередній керівник не мають відноситися до одного грейду. У будь-якому випадку фіксована частина заробітної плати керівника повинна бути більше, хоча на загальний рівень оплати праці це може впливати в меншій мірі.

Навіть співробітники, які потрапили в один грейд, не отримують один оклад. Усередині кожного грейду розраховуються розміри «вилок», в рамках яких варіюється заробітна плата співробітників. Як правило, для цього вводиться кілька кваліфікаційних коефіцієнтів (1,2; 1,4; 1,6 тощо). Таким чином, працівник, не виходячи за межі свого грейду, з ростом професіоналізму може отримувати більше.

Грейдингову систему оплати праці можна вводити для окладів, премій, розподілу соціального пакету. Можливо введення грейдингу не в межах всього закладу, а на деякі його відділення, які керівництво вважає стратегічно важливим.

Отже, проілюструємо реалізацію системи грейдів на прикладі багатопрофільного медичного закладу.

З метою оцінки значущості посад для закладу охорони здоров'я була розроблена анкета (за методом Хей) (табл. 4.4). Для її формування були обрані основні фактори, які впливають на діяльність персоналу закладу охорони здоров'я. Для кожного рівня був визначений певний бал.

На підставі анкети оцінки посад і професій (табл. 4.4) зробимо ранжування результатів за 25-бальною шкалою (табл. 4.5).

Залежно від кількості балів (за факторно-бальним методом) або визначених рангів (за неаналітичним методом) посади можна розташувати ієрархічно. Після цього їх необхідно об'єднати (згрупувати) в кваліфікаційні групи (грейди).

Таблиця 4.4 – Анкета оцінки посад і професій у багатопрофільному медичному закладі

Найменування чиннику	Рівень 1 (5 балів)	Рівень 2 (10 балів)	Рівень 3 (15 балів)	Рівень 4 (20 балів)	Рівень 5 (25 балів)
1. Знання	Не потрібна професійна освіта, необхідний інструктаж для виконання рутинних, повторюваних операцій	Середня професійна освіта без додаткових вузькоспеціалізованих професійних знань	Середня професійна освіта, потрібні додаткові вузькоспеціалізовані професійні знання	Повна вища освіта без додаткових вузькоспеціалізованих професійних знань	Повна вища освіта, потрібні додаткові вузькоспеціалізовані професійні знання
2. Професійний досвід	До 1 року	Від 1 до 3 років	Від 3 років до 5 років	Від 5 років до 7 років	Від 7 років і вище
3. Управлінська роль	Немає підлеглих	У підпорядкуванні від 1 до 10 чол.	У підпорядкуванні від 10 до 20 чол.	У підпорядкуванні від 20 до 30 чол.	У підпорядкуванні більш, ніж 30 чол.
4. Рівень комунікації	Мінімальні навички комунікації, повага, тактовність, ефективність взаємодій	Середні (нормальні) навички комунікації для ефективного спілкування	Нормальні навички комунікації	Потрібні підвищені комунікативні навички	Потрібні підвищені комунікативні навички зі спеціальними навичками
5. Свобода дій при прийнятті рішень	Мінімальна з детальним описом послідовності виконання простих завдань	Стандартні процедури, інструкції і методи роботи загального характеру	Конкретні оперативні плани і інструкції, які стосуються основних принципів діяльності	Діяльність, відповідно до загальних орієнтирів діяльності	Діяльність, відповідно до загальних орієнтирів діяльності
6. Фізичне навантаження	Мінімальне, разове	Мінімальне, постійне	Середнє, нерівномірне	Середнє, рівномірне	Максимальне, рівномірне
7. Рівень відповідальності	Мінімальний, тільки за свої дії	За виконання значущого поточного завдання	За виконання значущого оперативного завдання	За виконання значущих тактичних завдань	Максимальний, за виконання стратегічних завдань

Джерело: розроблено автором

Таблиця 4.5 – Ранжування оцінки посад та професій у багатопрофільному медичному закладі на прикладі n-го відділення

№	Найменування посади, професії	Підсумкова бальна оцінка	Номер чиннику згідно з таблицею 4.4						
			1	2	3	4	5	6	7
1	Головний лікар	165	25	25	25	25	20	20	25
2	Заступник лікаря з медичної діяльності	155	25	20	25	25	20	20	20
3	Завідувач відділення	145	25	25	10	15	15	15	25
4	Лікар	135	25	20	5	15	15	20	15
5	Середній медичний персонал	125	25	25	10	25	20	20	20
6	Молодий медичний персонал	115	20	15	5	20	15	15	15
7	Робітники	105	15	15	5	15	10	10	10

Джерело: складено автором на основі власних розрахунків

Грейд є діапазоном «оцінок» (балів) або рангів посад, у якому вони мають однакове значення і вважаються рівноцінними для закладу, відповідно мають однаковий діапазон оплати. Таким чином, кожен грейд має свій діапазон оплати. Кожний діапазон може бути розбитий на розряди з відповідними міжкваліфікаційними співвідношеннями (тарифними коефіцієнтами або посадовими окладами) [246, с. 375].

Далі здійснимо розподіл за грейдами. В даному випадку встановили, що грейдів буде 7 з однаковим «кроком» обчислення. З максимальної кількості балів (165) відняли мінімальне (105) і отримане значення розділимо на 7 (кількість грейдів):

$$165 - 105 = 60$$

$$60 / 7 = 8,57.$$

Тобто крок одного грейду має дорівнювати 9 балам.

З урахуванням округлень отриманих значень сформували наступний розподіл за грейдами:

- Грейд № 1 – від 96 до 105 балів;
- Грейд № 2 – від 106 до 115 балів;
- Грейд № 3 – від 116 до 125 балів;
- Грейд № 4 – від 126 до 135 балів;
- Грейд № 5 – від 136 до 145 балів;
- Грейд № 6 – від 146 до 155 балів;
- Грейд № 7 – від 156 до 165 балів.

Наступний етап – встановлення міжкваліфікаційних співвідношень (посадових окладів) для кожного грейду.

Після формування грейдів необхідно встановити діапазони для визначення основної (базової) заробітної плати для посад, які увійшли в кожний грейд.

**Таблиця 4.6 - Присвоєння грейдів посадам та професіям у багатопрофільному медичному закладі на прикладі n-го відділення**

№	Найменування посади, професії	Підсумкова бальна оцінка	№ грейду
1	Головний лікар	165	7
2	Заступник лікаря з медичної діяльності	155	6
3	Завідувач відділення	140	5
4	Лікар	135	4
5	Середній медичний персонал	125	3
6	Молодий медичний персонал	115	2
7	Робітники	105	1

*Джерело: складено автором на основі власних розрахунків*

При встановленні «вилки» окладів для кожного грейду заклад має орієнтуватися на ринкове значення заробітної плати. При цьому використовуються різноманітні підходи:

1. Нижнє значення посадового окладу – на рівні середньо ринкового значення, верхнє значення – перевищує його, наприклад на 30 %;
2. Середнє значення посадового окладу – на рівні середньо ринкового значення, максимальне – перевищує його на 15-30 %, мінімальне – нижче середнього на 15-30%.

Дійсно, для розробки конкурентоспроможної компенсаційної політики необхідно враховувати ринкові значення заробітних плат та посадові окладів фахівців відповідних професійних груп. Але не менше значення має забезпечення об'єктивних міжпосадових співвідношень посадових окладів.

Орієнтація лише на ринкові значення заробітних плат може призвести до порушення внутрішньої справедливості при встановленні посадових окладів. У цьому випадку цінність посади буде визначатися виключно кон'юнктурою ринку праці без урахування внутрішніх потреб закладу, його специфіки, яка може призводити до виникнення у робітників відчуття несправедливості в оплаті праці з усіма можливими наслідками.

У зв'язку з цим при розробці «вилки» посадових окладів необхідно враховувати як зовнішні (ринкові значення заробітних плат і посадових окладів фахівців відповідних професійних груп), так і внутрішні фактори (цінність відповідних посад, фінансові можливості).

Діапазони можна формуватися двома способами:

- 1) встановлювати для кожного грейду «вилку» посадових окладів;
- 2) визначати інтервали міжкваліфікаційних співвідношень (коефіцієнтів).

Ці коефіцієнти показують, на скільки разів посадові оклади відповідного грейду більше, ніж визначена у закладі мінімальна заробітна плата.

Встановлені другим способом інтервали коефіцієнтів переводяться у «вилку» посадових окладів шляхом множення мінімального і максимального коефіцієнтів в «вилці» на встановлену на закладі мінімальну заробітну плату.

Хоча на практиці перший спосіб більш поширений при введенні грейдингової системи оцінювання посад і оплати праці, на нашу думку, другий спосіб з методичної точки зору краще. Він дає можливість точніше врахувати потреби закладу в диференціації заробітної

плати, швидше реагувати на зміни, що відбуваються на ринку праці, у законодавстві (підвищення рівня мінімальної заробітної плати), фінансових можливостях закладу.

Вирішення питання співвідношення між середнім коефіцієнтом найбільш низького і середнім коефіцієнтом найвищого грейдів зводиться до визначення: у скільки разів посадові оклади (необхідно звернути увагу, що мова йде про посадові оклади, а не про всю заробітну плату, тим більше компенсаційні пакети) керівників вищої ланки управління повинні бути більшими, ніж оклади працівників, що виконують найпростіші роботи.

Якщо певне співвідношення є невеликим, наприклад 1 :2, 1 :3, це призводить до «зрівняння» і відповідно, система оплати праці не буде враховувати різницю в складності, відповідальності, умов праці тощо посад, які належать до різних грейдів.

У такому випадку вся робота з оцінювання посад для визначення їх цінності в закладі, забезпечення об'єктивної диференціації заробітної плати, посилення мотивації системи оплати праці буде зведена нанівець. З іншого боку, велика співвідношення (1 : 10 і більше) буде приводити до соціальної несправедливості, зниження мотивації, збільшення плинності працівників нижчих грейдів, зниження зацікавленості керівників вищої ланки управління в результатах діяльності закладу та отримання премій і бонусів, оскільки вони матимуть високі гарантовані посадові оклади.

Залежно від фінансових можливостей закладу, специфіки діяльності, чисельності персоналу, кількості ієрархічних рівнів управління і відповідно кількості кваліфікаційних груп (грейдів) таке відношення може представляти від 1 :4 до 1 :8.

Гнучкість створення міжкваліфікаційних співвідношень, можливість маневрування коефіцієнтами (їх змінами) у межах діапазону, встановленого для певної групи (грейду), створюють додаткові можливості для побудови кар'єрного росту працівників за умов обмежених можливостей посадового просування в закладі.

При побудові діапазонів найнижчого кваліфікаційних коефіцієнту  $K_{\min}$  в грейді може міститися на рівні середнього значення  $K_{\text{серед}}$  попереднього грейду до (не на рівні) максимального значення  $K_{\max}$  попереднього грейду.

За основу приймемо такий варіант побудови міжкваліфікаційних співвідношень (табл. 4.7).

**Таблиця 4.7 - Побудова міжкваліфікаційних співвідношень**

Грейд	K min	K max	Середнє значення в діапазоні Kсеред	Ширина діапазону	Перекриття в діапазоні
7	6,5	8,4	7,5	0,9	21,0
6	4,5	6,4	5,5	0,6	22,5
5	3,4	4,4	3,9	0,7	17,9
4	2,6	3,8	3,2	0,8	25,0
3	1,8	3,0	2,4	0,6	25,0
2	1,4	2,2	1,8	0,4	22,2
1	1,0	1,8	1,4	-	-

*Джерело: складено автором на основі власних розрахунків*

Розроблені інтервали коефіцієнтів переводяться у «вилку» посадових окладів шляхом множення мінімального і максимального коефіцієнтів у «вилці» на встановлену у закладі мінімальну заробітну плату. У відповідність з чинним законодавством мінімальна заробітна плата з 01.01.2020 р. складає 4723 грн. [165]. Далі здійснюється встановлення діапазонів посадових окладів (табл. 4.8).

**Таблиця 4.8 - Діапазон посадових окладів у багатопрофільному медичному закладі на прикладі n-го відділення**

Грейд	Мінімальний оклад, грн	Максимальний оклад, грн	Середній оклад, грн
7	30699,5	39973,2	35186,35
6	21253,5	30227,2	25740,35
5	16058,2	20781,2	18419,7
4	12279,8	17947,4	15113,6
3	7084,5	14169,0	10626,75
2	6612,2	10390,6	8501,4
1	4723,0	8501,4	6612,2

Джерело: складено автором на основі власних розрахунків

Дані таблиці 4.8 свідчать про те, що запропонований діапазон окладів у багатопрофільному медичному закладі на прикладі n-го відділення, дозволяє працівникам мати чітке уявлення про можливості зміни рівня оплати при різних варіантах розвитку кар'єри, керівнику закладу оптимізувати фонд заробітної плати, визначитися з допустимим розміром винагороди на нових посадах і зробити систему оплати праці прозорою для всіх працівників.

При цьому систему матеріального заохочення лікарів та медичних сестер у багатопрофільному закладі охорони здоров'я слід побудувати на основі певних параметрів, що залежать від якості процесу надання медичних послуг, певним лікарем чи медичної сестри. Запропонована система доплат у багатопрофільному закладі охорони здоров'я представлена на прикладі лікаря загальної практики у табл. 4.9.

**Таблиця 4.9 - Система надбавок у багатопрофільному закладі охорони здоров'я на прикладі лікаря загальної практики**

Параметр			Індикатор		Бал
1	2	3	4	5	6
<b>1. Організаційна робота</b>					
1.1.	Кількість пацієнтів, зареєстрованих у лікаря	За кожного пацієнта 370 грн., відповідно до базового тарифу, встановленого Національною службою України для первинного сектору охорони здоров'я	Кількість пацієнтів		
1.2.	Кількість пацієнтів, підписавши декларацію із лікарем додатково	+ 1 бал за пацієнта	Кількість пацієнтів		
1.3.	Робота з пацієнтами	+ 1 бал за статтю, виступ, тощо	Кількість		
Загалом					

Продовження таблиці 4.9

1	2	3		4	5	6
<b>2. Щоквартальні індикатори</b>						
2.1.	Заплановані заходи	+ 10 балів за перевиконання плану; - 10 балів за невиконання плану.				
2.2.	Залишок лікарських препаратів, що залишилися на складі та закладі охорони здоров'я	+ 1 бал за економію на 1 грн.; - 1 бал за 1 грн. нераціональних витрат.		грн.		
Загалом						
<b>3. Організація лікувально-профілактичного процесу</b>						
3.1	Загальне число успішно пролікованих пацієнтів	Кількість	Частка, %	Запланований індикатор	Результат, %	Бал
3.1.1	Частка пацієнтів, що були проліковані у цілодобовому стаціонарі	На кожні 5% розриву від запланованого індикатора ±1 бал		30		
3.1.2	Частка пацієнтів, що були проліковані у денному стаціонарі	На кожні 5% розриву від запланованого індикатора ±1 бал		30		
3.4.	Частка пацієнтів, що були проліковані в амбулаторних умовах	На кожні 5% розриву від запланованого індикатора ±1 бал		30		
3.2.	Невідповідність дій протоколу лікування	Відсутність невідповідностей +4 бали; - 1 бал за 3% невідповідностей.		Кількість	%	
3.3.	Частка необґрунтовано витрачених коштів через недотримання протоколу	- 1 бал за 2% від загальних витрат		Кількість, грн.	Загальні витрати	%
3.4.	Раціональність фармацевтичних виписок	Без поправок + 5 балів; - 1 бал за кожну поправку		Кількість поправок		
3.5.	Кількість фармацевтичних препаратів, які не використовуються більше 3 міс	+ 0,5 балів за кожний фармацевтичний препарат		Кількість поправок		
Загалом						
<b>4. Результати моніторингу аналізу карток пацієнтів та фармацевтичних призначень</b>						
4.1.	Нераціональне призначення лікарських препаратів та їх відміна	За кожні 5% розриву від індикатора ±1 бал		%		
4.2.	Дотримання рекомендацій щодо вибору умов лікування	За кожні 5% розриву від індикатора ±1 бал		%		
Загалом						

Продовження таблиці 4.9

1	2	3	4	5	6
<b>5. Інші показники</b>					
5.1.	Обґрунтовані скарги пацієнтів на якість медичних послуг та медичної допомоги	- 1 бал за кожну скаргу			
5.2.	Понаднормова робота	Залежно від складності			
5.3.	Інше				
Загалом					
<b>Загальне число балів</b>					
<b>Коефіцієнт складності роботи (Наприклад: 1,2)</b>					
<b>Загальне число балів в грн. (Наприклад, за кожний бал - 100 грн.)</b>					
<b>Базова ставка заробітної плати за системою грейдів</b>					
<b>Премії</b>					
<b>Надбавки</b>					
<b>ЗАГАЛОМ (грн.)</b>					

Джерело: розроблено автором

Впровадження грейдингової системи оплати праці в закладі охорони здоров'я може призвести до істотних змін у системі управління персоналом, що вимагають значних фінансових і часових ресурсів. Впровадження цієї системи у цілому для закладу дозволить підвищити мотивацію співробітників, знизити плинність кадрів, підвищити привабливість HR-бренду закладу на ринку праці та дасть можливість скоротити малозначні позиції зі штатного розкладу.

На етапі впровадження грейдової системи важливо поінформувати працівників закладу про зміну посадових окладів. Основні положення про систему оплати праці повинні бути відображені у відповідних внутрішніх документах (колективному договорі, положенні про оплату праці).

Впровадження системи грейдів є доцільним для крупних та середніх за розміром закладів охорони здоров'я, оскільки вона вирішує основні недоліки системи оплати праці за єдиною тарифною сіткою, зокрема: відсутність гнучкості залежно від змін на ринку праці, непрозорість внутрішньої логіки побудови тарифів та розрядів, жорсткість ієрархії структури.

Грейдинг дозволяє вибудовувати гнучку схему посадових рівнів у закладі, враховуючи не тільки кваліфікацію і стаж, а й інші дуже важливі чинники, наприклад рівень відповідальності, рівень складності робіт, якість надання медичних послуг, задоволеність пацієнтів тощо. А для працівників дає можливість розуміння, формування його заробітної плати, та як вони зможуть змінити рівень доходів.

У той же час керівнику закладу охорони здоров'я слід пам'ятати, що до підвищення заробітної плати співробітники звикають швидко, а отже для утримання висококваліфікованих фахівців у закладі важко утримати за рахунок матеріальних стимулів. Отже, необхідним постає додаткова система мотивації персоналу, як вже зазначалося раніше.

Серед основних нематеріальних стимулів ми можемо визначити такі основні для сфери охорони здоров'я наступні:

- можливість професійного розвитку та навчання;
- можливість кар'єрного зростання;
- гнучкий графік роботи;
- ефективне делегування повноважень;
- подальший розвиток та перспективи закладу;
- розвиток командної роботи та лідерства.

Серед основних матеріальних стимулів ми можемо визначити такі основні для сфери охорони здоров'я:

- можливість отримання певних пільг (пільги на отримання житла, безкоштовного відпочинку, безкоштовне підвищення кваліфікацій тощо);
- поліпшення матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, закупівля сучасного обладнання та інноваційних технологій з метою підвищення зацікавленості у молодих фахівців;
- формування системи фінансової та соціальної підтримки молодих фахівців.

Ілюстрація системи матеріальних та нематеріальних стимулів зображена у акушерсько-гінекологічній клініці *Isida* (м. Київ), у якій сформовані базові програми для співробітників різних категорій.

Так, основними нематеріальними інструментами впливу клініка визначила для себе наступні програми: тренінги з сервісу та продажів (особливо для співробітників сервісного центру клініки), тренінги із надання первинної медичної допомоги (для допоміжного персоналу), культурні програми 2 рази на рік (відвідування театрів, виставок тощо), участь у марафонах. До додаткових матеріальних стимулів вони віднесли програми з безкоштовної вакцинації від грипу, безкоштовного таксі для персоналу, який працює в нічні зміни, компенсація проїзду у транспорті, соціальний пакет з організації харчування, 80% знижки на послуги клініки (50% - для родичів), компенсація відповідно до умов колективного договору (весілля, народження дитини), розподілена система бонусів, бонус за першого пацієнта, мотивація за постановку на облік у зв'язку з вагітністю.

Для співробітників сервісного центру клініки існують програми визнання, які включають модернізацію посад, найменування підрозділів, проект «Контрольна закупка», рейтингові програми «Оцінка зсередини», школу внутрішнього тренера, виїзні знайомства-стажування, перехресну атестацію співробітників (2 рази на рік), групу психологічної підтримки (цоквартально), проект командування «Час подяки» [129].

Отже, на прикладі зазначеної приватної вузькоспеціалізованої клініки ми бачимо наочні приклади матеріальних та нематеріальних стимулів.

З метою розвитку системи охорони здоров'я в Україні, запропоновані заходи та інструменти не є вичерпними і не є панацеєю, однак вони повинні стати частиною системи мотивації та стимулювання персоналу. Отже, основою системи мотивації та стимулювання персоналу в закладах охорони здоров'я має стати система підвищення оплати праці на основі грейдування персоналу, а також моніторинг та аналіз потреб індивідуально для кожного співробітника, враховуючи дійсні мотиви поведінки співробітників та загально організаційні



цілі. Підкріплюють цей процес, стимулюючи інструменти на основі матеріальних та нематеріальних стимулів.

Таким чином, враховуючи зазначене, є необхідність впровадження значних змін у процес формування фонду заробітної плати медичних працівників та їхнього заохочення. За нашою думкою, необхідно частково перейняти досвід зарубіжних країн, де система охорони здоров'я є розвинутою, адаптувати до реалійта можливості (фінансові, кадрові, інноваційні тощо) нашої країни. Так необхідними заходами є:

- 1) впровадження жорстких методів боротьби з корупцією на всіх рівнях та виведення з «тіні» заробітної плати працівників галузі охорони здоров'я;
- 2) впровадження системи якості надання медичних послуг та створення спеціальної служби, яка має сумлінно виконувати оцінку та аналіз ефективності та якості надання медичної допомоги;
- 3) постійний, безперервний розвиток медичних кадрів на прозорих та рейтингових умовах;
- 4) створення умов для організації та впровадження системи стимулів та мотивів для заохочення медичних працівників, у рамках якої заробітна плата медичного персоналу має залежати від показників кваліфікації, їхнього внеску у загальні результати діяльності закладу охорони здоров'я, якості надання послуг, задоволення пацієнтами медичною допомогою та послугами, що були надані;
- 5) збільшення фонду заробітної плати у сфері охорони здоров'я;
- 6) впровадження широкої системи матеріального та нематеріального заохочення персоналу сфери охорони здоров'я.

Формування якісного механізму мотивації та стимулювання – це одна з найголовніших функцій будь-якого менеджера чи керівника, оскільки завдяки ньому відбувається вплив на персонал закладу охорони здоров'я з метою активізації їх діяльності, підвищення ефективності та продуктивності, а отже вона має стати ключовою у системі стратегічного управління персоналом закладу охорони здоров'я.



## РОЗДІЛ 5

### Стратегічний менеджмент у закладах охорони здоров'я

#### 5.1. Особливості стратегічного менеджменту в сфері охорони здоров'я

Перенесення принципів менеджменту від комерційних підприємств приватного сектору економіки до некомерційних, а в нашому випадку – до закладів охорони здоров'я, має тривалу історію, починаючи із XX століття. Усе розпочалося із пропаганди використання принципів менеджменту в закладах охорони здоров'я, а наразі ще тривають процеси впровадження практики стратегічного менеджменту, менеджменту якості (*Total quality management – TQM*), управління об'єктами (*maintenance management*) та управління показниками діяльності (*performance management*) в практику управління національними закладами охорони здоров'я. Незважаючи на те, що методи та підходи до менеджменту змінюються, проте їх імплементація в практику управління спрямована на підвищення якості та ефективності управлінського процесу, а навіть інколи й на забезпечення виживання цих закладів.

На сьогодні в сфері охорони здоров'я ключовими положеннями є необхідність переходу від оперативного управління до стратегічного, коли формується необхідність:

- 1) перенесення уваги на управління динамічними змінами у навколишньому середовищі з метою швидкої адаптації закладів охорони здоров'я до цих змін;
- 2) забезпечення ефективного використання наявних ресурсів (часто – обмежених) в умовах зростання конкуренції на них;
- 3) формування стратегічного бачення діяльності закладу для забезпечення його довготривалого виживання на ринку охорони здоров'я чи його певному сегменті;
- 4) урахування процесів глобалізації у сфері охорони здоров'я;
- 5) у зміні ролі пацієнта, оскільки відбувається трансформація позиції пацієнта як споживача медичної послуги: перехід до пацієнт-центричної моделі організації діяльності закладів охорони здоров'я;
- 6) формування нових можливостей для здійснення медичного бізнесу в межах здійснюваних реформ сфери охорони здоров'я;
- 7) урахування бурхливого розвитку ринку інновацій у сфері охорони здоров'я та подальшої імплементації сучасних технологій у практику діяльності.

У зв'язку з цим відбувається зміна парадигми управління, у межах якої відбувається перехід управління від оперативного до стратегічного.

У таких умовах головним інструментом управління закладу, охорони здоров'я стає стратегічний менеджмент, що представляє собою активний динамічний процес формування та реалізації стратегій закладу враховуючи постійні зміни в зовнішньому середовищі [374; 378, с. 54]. Отже, стратегія закладу охорони здоров'я, як і будь-якої іншої організації, є його «імпульсом» до динамічних змін [378, с. 7].

У наукових працях Д. Шендела та К. Хаттена стратегічне управління розглядається як реалізація визначених цілей, які відображені в досягненні бажаного стану взаємовідносин з оточуючим середовищем завдяки перерозподілу ресурсів, що дозволяє ефективно та результативно діяти організації та її підрозділам [371]. Таким чином, науковці під стратегічним управлінням розуміють процес визначення зв'язків організації з її навколишнім середовищем.

Дж. Хіггінс у [335] зазначає, що стратегічне управління представляє собою управлінський процес з досягнення місії організації завдяки управлінню взаємодією організації з її оточенням.

Вище зазначені дефініції поняття «стратегічного менеджменту» роблять акцент на управлінні змінами в навколишньому середовищі організації. Проте існують інші бачення цієї категорії.

Так, Дж. Пірс та Р. Робінсон у [182] визначають стратегічне управління як набір рішень та дій з формулювання та реалізації стратегій, розроблених для того, щоб досягнути цілі організації.

В межах ресурсного підходу до визначення стратегічного менеджменту, що представлений у працях [43; 78; 263; 369; 380], розуміється проактивна адаптація до глибоких змін зовнішнього середовища та процес розробки превентивних заходів щодо зменшення потенційних зовнішніх загроз на фоні економічного аналізу внутрішнього середовища організації. Так, в межах цього підходу ресурси організації розуміються як основні визначальні елементи її сильних та слабких сторін. Отже, ця група науковців розглядає стратегічне управління як процес ефективного вибору найбільш продуктивних нетривіальних ресурсів та шляхів розвитку неявних ключових організаційних можливостей. Традиційний ресурсний підхід до стратегічного управління співпадає з завданнями здійснення ефективною конкуренції у відносно слабких галузях, а концепція динамічних можливостей враховує фактор часу та підприємницький характер рішень [235, с. 65].

Ми розуміємо під стратегічним управлінням такий вид управління, що здійснюється на основі людського капіталу як основи діяльності організації, який орієнтує її на запити споживачів, на швидкість реагування та здійснення своєчасних змін в організації, що відповідають виклику зі сторони оточуючого середовища, які дозволяють формувати конкурентні переваги, що у сукупності дають можливість організації виживати в довгостроковій перспективі, досягаючи при цьому пріоритетних цілей діяльності.

Отже, стратегічний менеджмент – це активний процес, що дає змогу стратегічним планам розвиватися і формуватися, враховуючи зміни навколишнього середовища. Він характеризується як здійснення керівництвом організації процесу постановки стратегічних цілей, розробки та реалізації стратегії, а також своєчасного та доцільного корегування стратегічних цілей в умовах середовища, що постійно змінюється.

Виходячи з наданих вище дефініцій поняття, можемо впевнено стверджувати, що сутність стратегічного управління (у т.ч. закладом охорони здоров'я) полягає в формуванні та реалізації стратегії розвитку організації (закладу, підприємства, установи) на основі неперервного контролю та оцінки змін в діяльності для підтримки здатності до довготривалого виживання на ринку та ефективного функціонування в умовах динамічного зовнішнього середовища. Основним завданням стратегічного управління є формування платформи для майбутнього та розвитку організації (закладу, підприємства, установи) за рахунок мінімізації загальних втрат, у результаті впливу на нього зовнішніх загроз. Іншим завданням стратегічного менеджменту є формування логіко-інформаційної системи взаємодії різних рівнів управління організацією (закладом, підприємством, установою) з метою забезпечення ефективності функціонування всіх елементів організаційної структури. Також стратегічне управління покликано полегшати функціонування організації (закладу, підприємства, установи) в умовах турбулентності зовнішнього середовища.

Особливість стратегічного менеджменту у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що він тісно пов'язаний з поняттям якості організації управління, оскільки сутність медичної діяльності полягає не тільки в управлінні процесами, але й у досягненні економічних, соціальних та медичних показників ефективності, і, в підсумку, орієнтовані на покращення рівня здоров'я населення [273]. Він покликаний забезпечити економічну, соціальну та наукову перевагу закладу на ринку охорони здоров'я, стійке ефективне функціонування та його постійний розвиток у довгостроковій перспективі на фоні задоволення очікувань всіх стейкхолдерів (споживачів, персоналу, інвесторів, держави тощо).

Стратегічний менеджмент у діяльності закладів охорони здоров'я дозволяє:

- 1) на раціональній основі формувати стратегії закладу та визначати необхідність застосування тої чи іншої стратегії в певних умовах діяльності;
- 2) знаходити альтернативні шляхи розвитку діяльності та обирати найоптимальніші;
- 3) прогнозувати наслідки рішень;
- 4) розміщувати та використовувати ресурси закладу більш раціонально та ефективно;
- 5) враховувати сукупність різноманітних ризиків та ситуацій невизначеності в розвитку діяльності закладу;
- 6) стимулювати та мотивувати співробітників закладу в межах стратегічного бачення на основі співвідношення індивідуальних та організаційних цілей для індивідуального розвитку персоналу;
- 7) долати опір змінам та формувати інноваційне організаційне середовище.

Отже, основними перевагами, які надає використання стратегічного управління для організації діяльності закладами охорони здоров'я, є:

- 1) направленість на генеральну стратегію використання закладом всіх наявних ресурсів;
- 2) орієнтація управлінських кадрів на оперативне реагування на зміни, нові можливості та потенційні загрози у всіх секторах ринку охорони здоров'я, в оточуючому середовищі закладу;
- 3) застосування однозначних та адекватних критеріїв для оцінки різних варіантів інвестування в розвиток діяльності закладу, а також розвиток наявного персоналу;

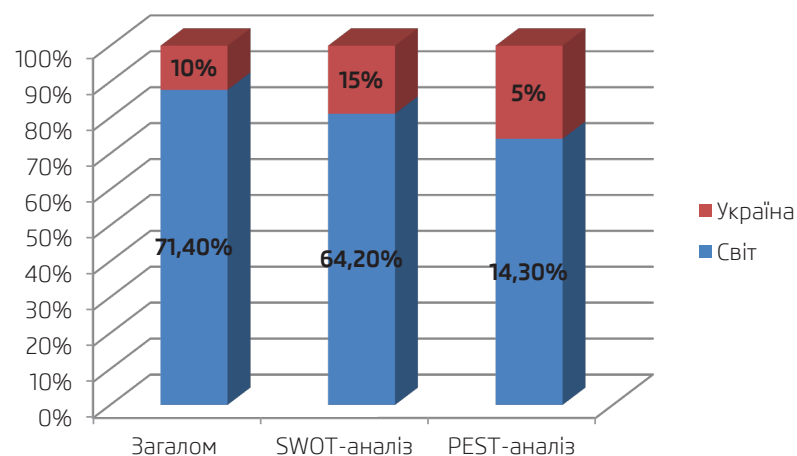
4) прийняття рішень, заснованих на принципі системності на всіх рівнях управління закладом охорони здоров'я.

Здійснене дослідження існуючих концепцій щодо стратегічного менеджменту дає можливість визначити поняття «інструментарію стратегічного менеджменту закладу охорони здоров'я», під яким ми розуміємо сукупність управлінських технологій, що використовуються в організаційних формах охорони здоров'я та направлені на підвищення ефективності закладу охорони здоров'я як соціально-економічного суб'єкту. Ступінь ефективності використання інструментарію стратегічного менеджменту визначається правильністю визначення стратегічних цілей закладу, формування пріоритетних стратегій розвитку та програм реалізації стратегій, що потребує формування стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.

Проте слід зазначити, що в практиці медичного менеджменту використання всіх відомих інструментів стратегічного управління суттєво обмежено специфікою діяльності закладів охорони здоров'я.

Згідно з [343], 71,4% закладів охорони здоров'я в розвинених країнах світу використовують інструменти стратегічного менеджменту. Проте в Україні, за даними проведеного нами соціологічного опитування (було опитано 80 головних лікарів та керівників закладів охорони здоров'я, різної форми власності на всій території України), лише 10% національних закладів охорони здоров'я розробляють стратегічний план дій, більшість з яких це заклади приватного сектору. При цьому основним інструментарієм, який використовується в межах стратегічного управління цими закладами, є технології ситуаційного аналізу типу SWOT (64,2% закладів охорони здоров'я по всьому світу використовують цю технологію; в Україні – лише 15% закладів) та PEST (близько 14,3% світових закладів охорони здоров'я; близько 5% – національних закладів) (рис. 5.1).

Заклади державного сектору охорони здоров'я, за даними проведеного нами соціологічного опитування, ніколи не використовували інструментарій стратегічного менеджменту.



**Рис. 5.1. Використання інструментарію стратегічного менеджменту в світі та Україні**

Джерело: сформовано автором на основі даних [343] та власного соціологічного опитування

#### **Чинники, що впливають на процеси імплементації теорії та практики стратегічного управління в національній системі охорони здоров'я**

Національна система охорони здоров'я є комплексною, складною системою з багатьма специфічними та різноманітними за своїми властивостями секторами, як вже зазначалося у пп. 2.3, і враховуючи цю особливість є дуже консервативною: в ній існує багато факторів, які чинять опір змінам. Отже, сфера охорони здоров'я не схильна до суттєвих докорінних змін. Це є значною перешкодою для імплементації принципів та інструментів стратегічного менеджменту в національних закладах охорони здоров'я.

Ще одним викликом є те, що лікарі є центральними «гравцями» в еволюції системи охорони здоров'я та її закладів, а отже, стратегія, яку вони не підтримують, зазнає краху. Основною вимогою впровадження стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров'я є залучення медичного персоналу (а саме лікарів) до трансформації системи менеджменту з зосередження уваги на спільній меті та застосуванні якісного механізму їхньої мотивації та стимулювання [374]. Відповідно, ефективний процес формування та реалізації стратегії вимагає каскадного підходу, що направлений на забезпечення єдності та підпорядкованості, з одного боку, стратегічних, оперативних і тактичних цілей, а з іншого – інтересів керівників, структурних підрозділів та персоналу для досягнення загально організаційної мети закладу.

Іншою перешкодою для впровадження принципів стратегічного менеджменту в систему управління закладами охорони здоров'я є некомпетентність керівного складу цих закладів. Переважна більшість керівників закладів охорони здоров'я не мають спеціальної освіти в сфері управління, економіки, фінансів тощо, що призводить до нерозуміння ними переваг якісного стратегічного процесу.

Важливою перешкодою також є тривалий процес стагнації національної галузі охорони здоров'я, що призвів до проблем із фінансуванням галузі, обмеженості організаційних ресурсів та низького ступеню інноваційного розвитку сфери. Це ускладнює процеси імплементації інструментів стратегічного менеджменту, оскільки стратегічне управління вимагає значних зусиль та інвестицій часу та ресурсів для започаткування цього процесу в закладі. Виникає необхідність формування структурного підрозділу чи залучення персоналу з певними знаннями в сфері стратегічного управління, які відстежують зміни в зовнішньому середовищі, а також сприяють інтегруванню закладу з ним.

Впровадження принципів стратегічного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я передбачає:

1. Впровадження організаційних змін: зменшення жорсткості та ієрархічності структур управління, розвиток програмно-цільового управління, гнучкість організаційної структури (увага до автономізації діяльності, делегування повноважень, командної роботи та проектного менеджменту).
2. Зосередження уваги на координаційній функції менеджменту, що пов'язана із прогнозуванням діяльності, процесом прийняття управлінських рішень, координацією робіт із забезпеченням взаємодії між різними структурними підрозділами – усередині закладу та ззовні з афілійованими особами, стимулюванням діяльності.
3. Імплементація механізмів управління ризиками та ризик-менеджменту.

4. Управління інноваціями та стимулювання інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я з наданням індивідуальної ініціативи персоналу та забезпеченням розвитку лідерських якостей.

5. Стимулювання постійного процесу розвитку персоналу закладу та перехід до моделі самоосвітньої організації.

6. Зосередження уваги на підвищенні якості всіх видів діяльності закладу, а також його ефективності із забезпеченням формування та розвитку культури результативності закладу.

7. Тенденція до підвищення ролі та значення організаційної культури закладу охорони здоров'я, що дозволяє найкращим чином реалізувати стратегію, із залученням персоналу до формування стратегії розвитку, управління закладом, формування нової якості медичної послуги завдяки удосконаленню механізму мотивації та стимулювання, а також організації праці.

8. Спрямування операційної діяльності закладу охорони здоров'я на створення медичної послуги більш високої якості чи з новими властивостями за умови зменшення її собівартості.

9. Запровадження принципів інтелектуального та інноваційного лідерства, що базується на розвитку емоційного та практичного інтелекту у працівників, компетентнісному підході, критичному мисленні, креативному менеджменті.

10. Формування управлінського капіталу, що забезпечує ефективність системи управління закладом охорони здоров'я.

Маємо підкреслити, що практика бізнесу (у т.ч. медичного) підтверджує, що не існує єдиної, універсальної для всіх компаній стратегії, як і не може існувати єдиного, універсального стратегічного управління закладом. Кожний заклад є унікальним, отже процес розробки стратегії для цього закладу є унікальним, оскільки він визначається положенням закладу на ринку медичних послуг та доступом до інших ринків охорони здоров'я, динамікою його розвитку та потенціалом, поведінкою його конкурентів, станом розвитку економічного, соціального та культурного середовища тощо.

Разом з тим, узагальнені принципи стратегічного управління є інструментом розвитку та адекватного управління закладами охорони здоров'я та розбудови стратегічного управління в них. При цьому не слід забувати, що стратегічне управління – це, перш за все, продукт творчої діяльності керівних кадрів закладу, які враховують при розробці стратегії існуючі концепції, теорію та практику стратегічного управління [239].

## 5.2. Стратегія управління та розвитку закладу охорони здоров'я

Аналіз сучасних умов функціонування національних закладів охорони здоров'я виявив ряд проблем з ринковим позиціонуванням та забезпеченням стійкого конкурентного положення закладів на ринку охорони здоров'я. Державні заклади охорони здоров'я все більше уступають позиції приватним, а ті, відповідно, невпевнено конкурують з іноземними закладами, що представлені на національному ринку.

Ця проблема ґрунтується, перш за все, у недостатньому використанні закладами стратегічного інструментарію, а також в недостатній ринковій орієнтації (що притаманне державним закладам), і потребує активізації їх використання.

Ключовим інструментом стратегічного менеджменту є стратегія, що у загальному вигляді представляє собою генеральний план досягнення основної мети, яка передбачає визначення напрямів використання обмежених ресурсів (індивіда, організації, регіону, країни). Результатом стратегічних рішень мають стати довгострокові конкурентні переваги (індивіда, організації, регіону, країни) [90].

Дослідження літературних джерел підтвердило достатньо велику різноманітність визначень поняття «стратегія». Узагальнення матеріалів здійсненого аналізу підходів до визначення поняття «стратегія» представлено у табл. 5.1.

Таблиця 5.1 – Підходи до визначення поняття «стратегія»

Автор	Визначення	Основні елементи стратегії
Ансофф І. [48]	Стратегія – це один з декількох наборів правил прийняття управлінського рішення щодо поведінки організації.	Набір правил та принципів прийняття управлінського рішення
Акмаєва Р. І. [44]	Стратегія – це довгостроковий план досягнення конкретної довгострокової мети, що базується на умові, що всі зміни в середовищі можуть бути передбачені, детерміновані та подаються повному контролю та управлінню.	- Довгострокові цілі - Довгостроковий план - Довгостроковий контроль - Довгострокове управління
Клейнер Г. Б. [243]	Стратегія – це сукупність взаємопов'язаних рішень, які визначають пріоритетні напрями використання ресурсів та зусилля підприємства щодо реалізації його місії.	- Рішення - Пріоритетні напрями - Ресурси - Місія
Мінцберг Г. [161]	Стратегія – це план, певний вид свідомо розроблених дій. Стратегія – це прийом, хитрість, які направлені на обман суперника в конкурентній боротьбі. Стратегія – це позиція, співвідношення організації з зовнішнім середовищем.	- План - Послідовність дій - Хитрість - Позиція - Зовнішнє середовище
Портер М. [362]	Стратегія – план заходів з протидії галузевій конкуренції	- П'ять сил конкуренції - Конкурента стратегія
Томпсон А. [382]	Стратегія – набір дій та підходів щодо досягнення визначених показників діяльності.	- Дії - Підходи
Хамель Г. [243]	Стратегія – це спосіб розвитку ключових конкурентних переваг організації.	Ключові конкурентні переваги
Чандлер А. [243]	Стратегія – метод визначення довгострокових цілей організації, програми її дій та пріоритетних напрямів щодо розміщення ресурсів.	- Довгострокові цілі - Програма дій - Пріоритетні напрями - Ресурси
Чуб Б. А. [55]	Стратегія – це генеральний план дій, що визначає пріоритети стратегічних завдань, ресурси та послідовність етапів досягнення стратегічних цілей.	- План - Стратегічні завдання - Стратегічні цілі - Ресурси - Послідовність етапів

Джерело: сформовано автором.

На підставі даних таблиці 5.1 можна зробити висновок, що в бізнес -сфері стратегія розуміється як узгоджена сукупність рішень, які впливають на діяльність організації та мають довгострокові наслідки. Аналіз наукових джерел дозволив прийти до висновку, що стратегія має комплексний характер. Вона має бути цілісною, поєднуючи усі аспекти управління організацією.

У межах дослідження, під стратегією закладу охорони здоров'я ми розуміємо комплексну програму управління, яка містить комбінацію методів організації медичного бізнесу та формування конкурентних переваг, що направлена на досягнення організаційних цілей закладу в умовах динамічного бізнес-середовища.

Використовуючи загальну дефініцію процесу розробки стратегії, що представлено у [43; 44; 48; 161; 243; 362; 382], можемо надати наступне визначення процесу розробки стратегії закладу охорони здоров'я, який представляє собою процес перспективного мислення, направлений на досягнення довгострокових цілей закладу, пов'язаних із змінами існуючих організаційно-економічних відносин відповідно до прогнозої оцінки його положення на ринку, пошуком та використанням ефективних форм і методів вирішення якісно нових завдань, що орієнтовані на соціально-економічний розвиток.

Загальна класифікація стратегій, що можуть бути розроблені в межах управління закладами охорони здоров'я, надана у табл. 5.2.

Таблиця 5.2 - Класифікація стратегій організації

Ознака класифікації	Види стратегій	Характеристика
1	2	3
Строк реалізації	Короткострокова стратегія	Стратегія, що передбачає план дій до 1 року
	Довгострокова стратегія	Стратегія, що передбачає план дій понад 1 року
Джерело фінансування	Стратегія, яка використовує власні фінансові джерела	
	Стратегія, яка використовує зовнішні фінансові джерела	
	Стратегія, яка використовує змішані фінансові джерела	
Тип фінансової політики організації	Стратегія диверсифікації	
	Стратегія концентрації	
	Стратегія інтеграції	
Реакція на вплив факторів зовнішнього середовища	Пасивна стратегія	Організація змінює свою стратегію лише після примусового впливу зовнішнього середовища, зокрема: законодавчої влади, державних управлінських структур, судових органів влади, тощо.
	Реактивна стратегія	Організація намагається відреагувати на несприятливі зміни в зовнішньому середовищі лише після того, як вони відбулись: практична діяльність змінюється тільки під значним тиском зовнішнього середовища.
	Проактивна стратегія	Організація намагається випередити ймовірні зміни в зовнішньому середовищі: може частково використовувати зміни зовнішнього середовища на свою користь.

Продовження таблиці 5.2

1	2	3
	Інтерактивна стратегія	Організація приймає зміни зовнішнього середовища і поєднує їх з власними цілями.
Цикл розвитку організації	Стратегія росту (зростання)	Основна стратегія, що показує прагнення до зростання обсягів продукції, прибутку, капіталу тощо. Характерна для новостворених організацій чи таких, які знаходяться на «піку» науково-технічного прогресу.
	Стратегія стабілізації (стратегія помірною зростання: внутрішнього, зовнішнього)	Стратегія діяльності організації в умовах стабільності обсягу продажів та доходу. Притаманна для організацій, які давно на ринку та/чи діють в традиційних сферах виробництва/надання послуг.
	Стратегія зменшення масштабів діяльності (виживання)	Характерна для організацій, які мають на меті забезпечення конкурентних переваг на стагнующих ринках. Використовується в умовах розбалансованості економічної та господарської діяльності та стану, близького до банкрутства.
Характер стратегії	Наступальна стратегія	Для неї притаманні процеси диверсифікації виробництва, його кооперації чи інтенсифікації ринку. Пов'язана з високим рівнем ризику.
	Наступально-оборонна стратегія (стабілізація)	Реалізується в умовах «перестройки» діяльності організації шляхом виходу з неперспективних, неприбуткових сфер, продажу непрофільних підрозділів, модернізації та розширення існуючого виробництва та продукції.
	Оборонна стратегія (виживання)	Передбачає реорганізацію всіх сфер діяльності організації на основі жорсткої централізації.
Масштаб покриття (рівень стратегічних рішень, що приймаються)	Корпоративна стратегія	Стратегія організації в цілому
	Бізнес-стратегія	Стратегія окремого стратегічного підрозділу організації
	Функціональна стратегія	Стратегія функціональної зони управління
Конкурентний підхід (за М. Портером)	Стратегія лідерства за витратами	Лідерство організації та отримання нею додаткового прибутку за рахунок зниження цін на ресурси, зменшення витрат на виробництво, розширення масштабу виробництва чи долі ринку
	Стратегія диференціації	Концентрація зусиль організації в деяких пріоритетних напрямках, де вона намагається досягнути переваги над іншими за рахунок унікальності. Лідерство організації за рахунок інноваційності продукту/послуги та виходу на нові ринки (сегменти ринку)
	Стратегія фокусування	Концентрація зусиль організації на одному ринковому сегменті та досягненні на ньому безмовних конкурентних переваг шляхом використання стратегій лідерства за витратами чи/та диференціації

Продовження таблиці 5.2

1	2	3
<b>Функціональний підхід (за І. Ансоффом)</b>	Адміністративна стратегія	
	Виробнича стратегія	
	Фінансова стратегія	
	Ринкова стратегія (маркетингова)	
	Ресурсна стратегія	
	Інноваційна стратегія	
	Організаційна стратегія	
<b>За Б. Карлофом</b>	Портфельна стратегія	Характеризується регулюванням процесами управління фінансами, ресурсами з метою перерозподілу капіталу в організації для досягнення ефекту синергізму. Передбачає орієнтації на виробництво та реалізацію широкого асортименту товарів, які знаходяться на різних стадіях життєвого циклу для забезпечення стабільних доходів в будь-який момент.
	Ділова стратегія (продуктово-ринкова, ресурсна та виробнича)	Направлена на досягнення організацією довгострокових конкурентних переваг, що забезпечують оптимальний прибуток

Джерело: узагальнено автором [48; 161; 243; 362; 382].

При цьому важливою є класифікація еталонних стратегій розвитку бізнесу, яку представлено у табл. 5.3.

Таблиця 5.3 – Класифікація еталонних стратегій розвитку бізнесу

Базова стратегія	Конкретний вид стратегії	Характеристика стратегії
1	2	3
Концентрованого зростання (росту) – пов'язані зі змінами продукту чи/та ринку	Стратегія посилення позиції на ринку (горизонтальна інтеграція)	Організація намагається зайняти найкращі позиції на ринку та встановити контроль над своїми конкурентами, удосконалюючи продукт/ послугу та розширюючи ринок збуту.
	Стратегія розвитку ринку	Характеризується пошуком нових ринків для товару / послуги, що вже існує в організації.
	Стратегія розвитку продукту	Розширення асортименту та виробник нового продукту / надання нової послуги на ринку, що освоєний організацією.
Інтегрального зростання (росту) – пов'язані з розширенням організації за рахунок нових структур	Стратегія зворотної вертикальної інтеграції	Організація розширює діяльність за рахунок придбання чи посилення контролю над постачальником, а також за рахунок створення дочірніх структур.

Продовження таблиці 5.3

1	2	3
	Стратегія вперед направленої вертикальної інтеграції	Організація розширює діяльність за рахунок придбання чи посилення контролю над структурами, які знаходяться між організацією та кінцевим споживачем (тобто над системами розподілу та продажу).
Диверсифікованого зростання (росту)	Стратегія центрованої диверсифікації	Організація використовує додаткові можливості існуючого бізнесу для виробництва/надання нових товарів/послуг, у той же час технологія та ринок не змінюються.
	Стратегія горизонтальної диверсифікації	Організація шукає нові можливості зростання на існуючому ринку за рахунок нової продукції/ послуг, що вимагають нової технології.
	Стратегія конгломератної диверсифікації	Організація розширюється за рахунок виробництва/надання нових продуктів/послуг використовуючи нову технологію та виходячи на нові ринки збуту.
Стратегія скорочення	Стратегія скорочення витрат	Організація оптимізує діяльність за рахунок скорочення витрат.
	Стратегія власного скорочення (переорієнтації діяльності)	Організація закриває чи продає один/декілька підрозділів чи видів бізнесу для того, щоб здійснити довгострокову зміну меж здійснення бізнесу.
	Стратегія «збору врожаю»	Організація передбачає відмову від довгострокового погляду на бізнес, максимально отримуючи доходи в короткостроковій перспективі.
	Стратегія ліквідації	Організація ліквідує свій бізнес.

Джерело: узагальнено автором [48; 161; 243; 362; 382].

Усе різноманіття стратегій власне є модифікаціями та комбінуванням декількох базових стратегій, а саме – обмеженого зростання, зростання та скорочення [243, с. 7]. В науковій літературі можна зустріти багато посилань на види стратегій: вони як уточнюють перелік класичних стратегій, так можуть і фокусують інші підходи до цього питання.

З аналізу існуючих теоретичних поглядів на формування стратегій закладу охорони здоров'я, ми прийшли до висновку, що не існує єдиної моделі стратегічного управління закладами охорони здоров'я. Різні види стратегій управління можуть бути використанні на декількох рівнях, а саме:

- I. Базова (корпоративна) стратегія розвитку – на загально організаційному рівні.
  - II. Стратегії бізнес-ліній – для різних напрямів діяльності.
  - III. Функціональні стратегії – для функціональних підрозділів.
- Ієрархію рівнів стратегій закладу охорони здоров'я представлено на рис. 5.2.

На нашу думку, під час розробки ієрархічної структури стратегій у межах закладу охорони здоров'я доцільно застосувати теорію систем, сутність якої полягає у використанні ізоморфізму (аналогічності) процесів, що функціонують у системах різного типу. Отже,

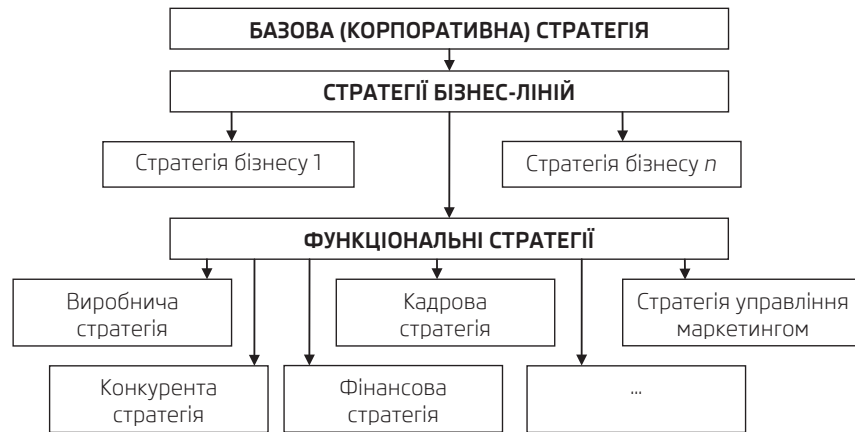


Рис. 5.2. Ієрархічна структура стратегій закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі [148]

у загальному вигляді комплекс стратегій управління закладом охорони здоров'я ми можемо представити у вигляді наступної формули:

$$\check{S} = \{\check{S}_0; \langle \check{S}_n \rangle; \check{S}_k; \check{S}_i; \langle \check{S}_\phi \rangle\} \rightarrow \max, \quad (5.1)$$

де  $\check{S}$  – це стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я;  $\check{S}_0$  – базова (корпоративна) стратегія закладу охорони здоров'я;  $\langle \check{S}_n \rangle$  – сукупність стратегій бізнес-ліній закладу охорони здоров'я;  $\check{S}_k$  – конкурента стратегія закладу охорони здоров'я;  $\check{S}_i$  – інтерактивна стратегія управління змінами закладу охорони здоров'я;  $\langle \check{S}_\phi \rangle$  – сукупність функціональних стратегій закладу охорони здоров'я.

Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я прагне до отримання синергетичного ефекту від взаємодії всіх наявних елементів.

Розглянемо детальніше цю ієрархію стратегій у межах закладу охорони здоров'я.

I. Перш за все, заклад охорони здоров'я потребує формування базової (корпоративної) стратегії розвитку, тобто такої, яка визначає загальний напрям розвитку діяльності закладу та конкретизує напрям «ресурси – можливості». Ця стратегія є основним стратегічним вектором діяльності та розвитку закладу. Вона характеризує розвиток закладу як єдиного цілого, її формулюють на вищому рівні управління та є обов'язковою для реалізації у всіх структурних підрозділах закладу.

Для реалізації базової стратегії розвитку заклад охорони здоров'я має сформувати певні компоненти:

- 1) основні елементи загального напрямку розвитку (цілеполагання);
- 2) стратегічні сфери діяльності закладу, в яких він буде працювати та розподіляти наявні ресурси;
- 3) методи досягнення поставлених цілей.

Така стратегія має об'єднати стратегії структурних підрозділів закладу та є найвищим рівнем стратегічного планування. Вона має враховувати:

- підвищення показників продуктивності, результативності та ефективності діяльності (за різними напрямками: соціальним, медичним, економічним);
- покращення фінансових результатів діяльності закладу;
- встановлення інвестиційних пріоритетів закладу;
- встановлення пріоритетів перерозподілу ресурсів на користь найперспективніших напрямів діяльності;
- напрями освоєння та укріплення позицій на ринку охорони здоров'я.

Вважаємо, що базова (корпоративна) стратегія управління закладом охорони здоров'я має бути спрямована на:

- 1) максимізацію цінності медичної послуги для пацієнтів шляхом отримання найкращих результатів за найменших витратах;
- 2) перехід від лікувального процесу до управління закладом охорони здоров'я, його клінічними, фінансовими та іншими процесами;
- 3) інтерактивне управління зовнішнім середовищем та розвиток в межах його динамічних змін.

Слід зауважити, що заклад охорони здоров'я, формуючи адекватну базову (корпоративну) стратегію управління створює умови для ефективної господарської діяльності, зберігаючи при цьому конкурентоспроможність на ринку охорони здоров'я, мінімізуючи втрати виробництва та максимізуючи вартість свого бізнесу. Заклад може зберігати свою цілісність, успішно здійснювати свою діяльність та розвиватися лише за умови правильно сформованої базової (корпоративної) стратегії розвитку, яка забезпечує синергетичний ефект діяльності на всіх рівнях управління [68, с. 315]. Отже, базова (корпоративна) стратегія – це не сума стратегій її підрозділів, а синтез стратегій розвитку кожного структурного елементу закладу, на основі якого заклад досягає нового рівня розвитку.

II. Стратегія бізнесу (бізнес-ліній чи бізнес-одиниць) розробляється, коли в закладі охорони здоров'я (особливо це стосується приватного сектору) існує декілька самостійних, автономних чи напів-автономних стратегічних бізнес-одиниць, які мають повний бізнес-цикл: «маркетинг – надання медичної послуги». Прикладом розподілу за бізнес-лініями у сфері охорони здоров'я може слугувати групування за напрямками надання медичної допомоги: первинна поліклінічно-амбулаторна медична допомога, екстрена медична допомога, клінічна медична допомога.

У межах стратегії бізнес-ліній керівні кадри визначають стратегії виробництва / надання послуг, ціноутворення, маркетингу, кадрову стратегію та стратегію розвитку. Вони розробляються з урахуванням та на основі базової (корпоративної) стратегії та підпорядковані їй [148]. Ця сукупність стратегій визначає напрями та сфери діяльності, які розвиває заклад.

III. У межах складної організації навколишнього середовища (що пов'язані із багатосекторальністю ринку охорони здоров'я, інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку тощо) та в умовах реформування національної системи охорони здоров'я, виникає потреба в розробці та реалізації сукупності функціональних стратегій діяльності закладу. Основним завданням цих стратегій є реалізація основних засад стратегій бізнес-ліній та базової (корпоративної) стратегії.

Функціональний підхід до групування стратегій дозволяє формувати конкретні цілі та завдання розвитку певних функціональних підрозділів закладу (наприклад, управління інноваційною діяльністю, організаційними змінами тощо).

При цьому слід акцентувати увагу на доцільності вибору наступних видів еталонних стратегій у межах функціонального підходу:

- 1) у межах реагування закладів охорони здоров'я на зміни у зовнішньому середовищі – інтерактивної стратегії, коли керівництво закладу акцентує увагу на управлінні змінами;
- 2) у межах протидії конкуренції – конкурентної стратегії закладу, коли керівництво обирає стратегію, що найкраще сформує лінію боротьби закладу із конкурентами;
- 3) у межах забезпечення довгострокового виживання – стратегії розвитку бізнесу та функціональних стратегіях. При цьому функціональні стратегії деталізуються в конкурентних стратегіях, що дозволяє досягнути конкретні завдання розвитку закладу в конкретних умовах.

Розглянемо ці стратегії більш детально.

*Інтерактивна стратегія* – це такий вид стратегії, коли організація (підприємство, заклад, установа) «спроможні прийняти зміни зовнішнього середовища і поєднати їх з власними цілями» [125, с. 98]. Вона направлена на управління змінами та формування цих змін.

Використання такого виду стратегії в межах управління закладами охорони здоров'я дозволяє гармонізувати відносини між закладом і суспільством через зменшення розриву між очікуваннями суспільства та діловою активністю закладу, а також враховувати усі трансформаційні процеси, що відбуваються у галузі. Імплементация такого стратегічного підходу в межах національної сфери охорони здоров'я зумовлена існуючими тенденціями на світовому ринку охорони здоров'я, а саме – концепцією «розумного медичного товариства».

У межах інтерактивної стратегії зовнішнє середовище і стратегія розвитку закладу змінюються одночасно і в одному напрямку. Така стратегія є найбільш динамічною та результативною у довгостроковому майбутньому.

Виявити та сформувати стійку конкурентну перевагу закладу охорони здоров'я дозволить *конкурентна стратегія*. Вона дозволяє визначити принципи поведінку закладу, виходячи з особливостей ринку охорони здоров'я (чи його сегменту), а також наявних у закладі джерел конкурентних переваг. Отже, основним завданням конкурентної стратегії є формування у споживачів медичної послуги переваги послуги певного закладу над послугами його конкурентів, тобто вона передбачає не просто виявлення конкурентних переваг закладу охорони здоров'я, а й їх перетворення з потенційних у реальні для закладу.

Конкурентні стратегії, які може обрати заклад охорони здоров'я, є типовими для всіх галузей, сфер та видів діяльності. До них відносяться: стратегія лідерства за витратами, диференціації та фокусування. Загальна характеристика представлена у табл. 5.4. Умови застосування стратегій представлені у табл. 5.5.

Зазначені типи конкурентних стратегій обираються також за принципом охоплення ринку чи окремого його вузького сегменту (рис. 5.3).

Так, за цим принципом вирізняють чотири типи конкурентних стратегій: стратегія лідерства за витратами, стратегія широкої диференціації, сфокусована стратегія низьких витрат та сфокусована стратегія низької диференціації.

Таблиця 5.4 – Умови застосування закладами охорони здоров'я конкурентних стратегій

Умова (критерій) застосування	Стратегія лідерства за витратами	Стратегія диференціації та фокусування
1. Ступінь однорідності ринку	Запити споживачів послуги майже однакові	Споживачі мають певні бажання. Попит чутливий до покращення характеристик послуги
2. Ступінь однорідності продукції (послуг)	Однакові, стандартизовані послуги	Послуга має різноманітні прояви
3. Рівень доходу споживачів	Низький рівень: для споживачів з низьким рівнем доходу вартість важливіша ніж деякі характеристики послуги	Середній та високий рівень доходу: споживачі орієнтовані на оптимальне співвідношення вартості та якості послуги. Можуть придбати послугу з міркувань її престижності
5. Розмір цільового ринку	Існує значне число споживачів певної послуги, що дає можливість організації до зниження витрат	Заклад обслуговує незначний сегмент ринку, потреба в послугі незначна
6. Можливості закладу	Заклад має доступ до певних видів ресурсів на вигідних умовах чи має інші конкурентні переваги в досягненні низьких витрат	Заклад здатний запропонувати ринку особливий послугу (товар) чи оформити товарну пропозицію в більш привабливий спосіб, ніж її конкуренти

Джерело: сформовано автором

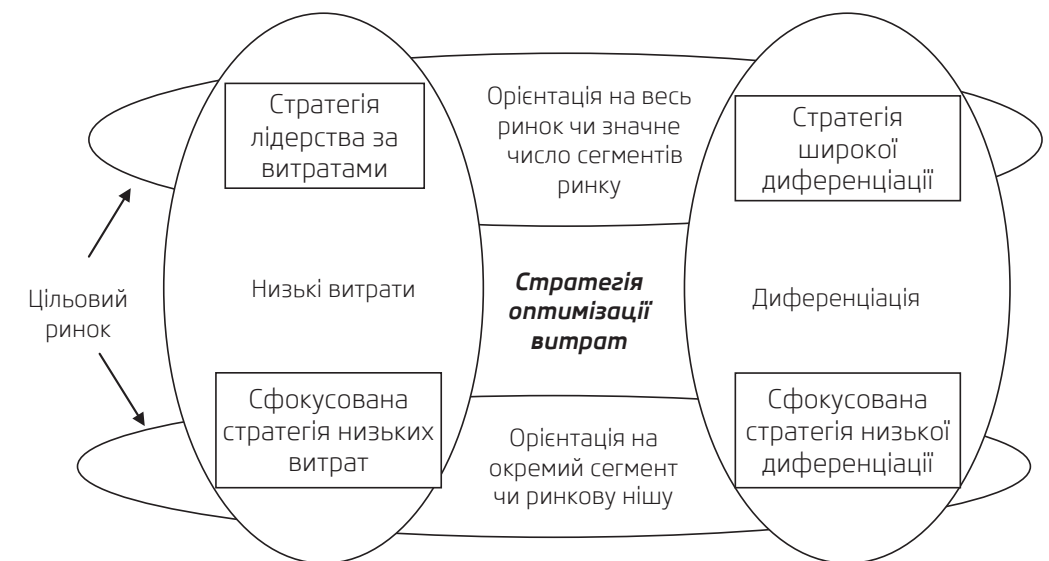


Рис. 5.3. Структуризація конкурентних стратегій

Джерело: адаптовано [148]



Застосування конкурентних стратегій у сфері охорони здоров'я має свої особливості, що охарактеризовані нижче.

- Стратегія лідерства за витратами характерна для ринку з низьким рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. У межах ринку охорони здоров'я цей сегмент представлений клінічними, терапевтичними медичними послугами, хірургічними утручаннями тощо, які є життєво необхідними для існування споживача, отже попит на ці послуги не залежить від підвищення чи зменшення вартості на них. Послуги, що надаються у цьому сегменті є стандартними та однорідними, використовуються всіма споживачами однаково. Така стратегія доцільна для використання багатопрофільними закладами охорони здоров'я, які обслуговують значну кількість та різноманітні групи споживачів з різноманітними патологіями. В силу значного числа такого типу закладів та відсутності в них унікальних медичних технологій та можливості спеціалізації, для них оптимальною є стратегія жорсткої стандартизації послуг з економією на прямих та опосередкованих витратах. Стратегія лідерства за витратами притаманна більше для міських лікарняних та поліклінічних закладів (заклади II рівня, державної форми власності), які традиційно обслуговують певну географічну нішу. При цій стратегії спостерігається переважання бюджетного фінансування.
- Стратегія диференціація притаманна для ринку з високим рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. Для такого ринку притаманна комбінація стратегій диференціації. Стратегія диференціації передбачає побудову такого сервісу закладом охорони здоров'я, який значно буде відрізнятися від масового. Ці відмінності можуть створюватися за рахунок унікальної чи дефіцитної медичної послуги, яка не входить до переліку гарантованого обсягу медичних послуг та/чи за рахунок більш якісного сервісу. Це вимагає від закладу додаткових фінансових витрат на створення відмінностей та їх підтримку. При цьому якість створених відмінностей має бути такою, щоб у потенційного споживача виникло бажання заплатити за більш дорожу послугу в цьому закладі, а не йти до закладу охорони здоров'я з меншою вартістю цієї ж послуги. Така стратегія притаманна для закладів приватного сектору. Вона дає можливість згенерувати додаткові фінансові джерела за рахунок оплати та співоплати споживачами медичних послуг, а також медичного страхування.
- Стратегія сфокусованого лідерства за витратами передбачає фокусування на вузькому споживчому сегменті. Також характерна для ринку з низьким рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. З точки зору організації охорони здоров'я, така стратегія підходить для закладів охорони здоров'я, які обслуговують «ізолювані» географічні сегменти (наприклад, районні заклади охорони здоров'я). Такі заклади мають збудувати структуру надання стандартних медичних послуг таким чином, щоб якість була прийнятною для споживачів, а ціна настільки привабливою, щоб не виникло бажання їхати в інший регіон для отримання стандартної медичної послуги. При цьому закладом не акцентується на наданні високоспеціалізованої медичної послуги.
- Стратегія сфокусованої диференціації притаманна для ринку з високим рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. Це сегмент ринку додаткових, доповнюючих медичних послуг (наприклад, косметологічні послуги, косметична

хірургія, інструментальна діагностика тощо). Передбачає наявність вузького споживчого сегменту, проте, на відміну від стратегії сфокусованого лідерства за витратами, орієнтується на групу споживачів-пацієнтів, які мають споріднені патології. Характерна для вузькоспеціалізованих закладів охорони здоров'я за медичним, функціональним напрямом діяльності. Послуги закладу, який використовує стратегію такого роду, є унікальними для регіону та/чи країни за якістю медичних та супутніх послуг. Такого роду заклад є інноваційним лідером за своїм напрямом [40, с. 135-136].

Отже, відповідно до аналізу умов використання певного виду конкурентної стратегії, ми можемо впевнено стверджувати, що стратегія лідерства за витратами більш притаманна для державних закладів охорони здоров'я, а стратегії фокусування та диференціації – для закладів приватного сектору. Хоча для певних медичних послуг можуть бути використані комбінації конкурентних стратегій, незалежно від форми власності закладу.

Заклад охорони здоров'я обирає стратегії розвитку бізнесу та функціональні стратегії в залежності від циклу життя, пріоритетних цілей, завдань і проблем, що виникають на тому чи іншому етапі розвитку.

Нами у табл. 5.5 було здійснено аналіз та надана оцінка можливості використання найбільш відомих в теорії та практиці стратегічного управління еталонних стратегій у сфері охорони здоров'я.

Роблячи висновки з табл. 5.5, слід зауважити, що перевага у сфері охорони здоров'я має бути надана стратегіям: диверсифікованого зростання, горизонтальної інтеграції, зниження витрат та функціональним стратегіям розвитку.

Використання ієрархічного комплексу стратегій дозволить забезпечити:

- 1) підвищення ефективності та результативності діяльності за рахунок балансу «витрати – результат діяльності»;
- 2) ефективне використання наявного обладнання, устаткування та медичної технології з урахуванням інноваційності їх розвитку;
- 3) ефективне використання наявних ресурсів (особливо людських та фінансових);
- 4) стійкість та здатність до процесу розширеного відтворення ресурсів;
- 5) зниження ризиків, які виникають при змінах в ринковому середовищі.

Проте необхідно зробити наголос, що процес розробки та вибору стратегії – це складний, творчий процес, який не можливо «втиснути» в певні межі вже готових шаблонів та набору рекомендацій. Цей процес не може бути повністю стандартизований – лише нестандартно сформована стратегія на засадах результативності дозволить досягнути лідерських позицій на будь-якому ринку.

Загальна модель прогнозування результативності стратегічного управління закладом охорони здоров'я має наступний вигляд:

$$\begin{cases} R_r = f(r_1, \dots, r_n); \\ R_s = f(s_1, \dots, s_n); \\ R_f = f(f_1, \dots, f_n); \\ R_i = f(i_1, \dots, i_n); \\ R_{in} = f(in_1, \dots, in_n); \\ R_{st} = f(st_1, \dots, st_n). \end{cases}, \quad (5.2)$$

Таблиця 5.5 – Можливості використання еталонних стратегій розвитку діяльності в сфері охорони здоров'я

Види стратегій	Можливість використання	Умови використання
Стратегія лідерства за витратами	Використання доцільно	Постійний тиск споживачів медичних послуг, зменшення частки фінансування за рахунок бюджету, тиск постачальників (фармацевтичних закладів, медичного обладнання тощо) у сукупності з розвинутою конкуренцією на ринку медичних послуг робить зниження витрат життєво необхідною умовою для виживання закладів на ринку.
Стратегія диференціації	Використання обмежено	За рахунок високого рівня конкуренції на ринку медичних послуг та переважає стандартних видів медичних послуг.
Стратегія фокусування	Використання при певних умовах	Використання цієї стратегії обмежується вузькоспеціалізованими технологіями в умовах високого технологічного та професійного рівня надання медичних послуг та в умовах високого рівня інвестицій в діяльність (стартових та поточних).
Стратегія горизонтальної інтеграції	Використання доцільно	Необхідність удосконалення процесу надання медичної послуги за рахунок впровадження інновацій, що існують на ринку.
Стратегія розвитку ринку	Використання обмежено	Пошук нових ринків збуту є складним в сфері охорони здоров'я. Можливо лише при умові виходу на зовнішні міжнародні ринки.
Стратегія розвитку продукту	Використання доцільно	Схожі умови до стратегії горизонтальної інтеграції.
Стратегія зворотної вертикальної інтеграції	Використання обмежено	Обмежено за рахунок високого рівня інвестицій.
Стратегія вперед направленої вертикальної інтеграції	Використання обмежено	Обмежено за рахунок високого рівня інвестицій. Проте є доцільним в умовах запровадження фінансової моделі обов'язкового та добровільного страхування. В цих умовах заклад охорони здоров'я формує власний страховий фонд.
Стратегія диверсифікованого зростання	Використання доцільно	Диференціація діяльності в охороні здоров'я є необхідною умовою, що дозволяє більш ефективно використовувати наявні ресурси.
Функціональні стратегії	Використання доцільно	Обумовлюються оптимізацією та удосконаленням діяльності закладу для підвищення рівня його ефективності та результативності.

Джерело: сформовано автором на основі власних досліджень.

де  $R_r$  – ресурсний потенціал закладу;  $r_1, \dots, r_n$  – набір показників ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я;  $R_s$  – кадровий (професійний) потенціал закладу;  $s_1, \dots, s_n$  – набір показників кадрового (професійного) потенціалу сфери охорони здоров'я;  $R_f$  – фінансовий потенціал закладу;  $f_1, \dots, f_n$  – набір показників фінансового потенціалу сфери охорони здоров'я;  $R_i$  – інноваційний потенціал закладу;  $i_1, \dots, i_n$  – набір показників інноваційного потенціалу сфери охорони здоров'я;  $R_{in}$  – інформаційний потенціал (соціальний капітал) закладу;  $in_1, \dots, in_n$  – набір показників інформаційного потенціалу сфери охорони здоров'я;  $R_{st}$  – стратегічний потенціал (сукупність стратегічних інструментів) закладу;  $s_1, \dots, s_n$  – набір показників стратегічної діяльності в сфері охорони здоров'я.

Різноманітні комбінації чинників зовнішнього середовища та організаційні чинники закладу охорони здоров'я створюють значне число можливих варіантів стратегічного розвитку. Отже, основним завданням управлінських кадрів закладу є розробка стратегій на основі певної ієрархії, яка враховує управління змінами та інноваціями створює і підтримує стійкі конкурентні переваги для закладу. Існуюча бізнес-практика підтверджує той факт, що організації, які використовують такий комплекс стратегій є більш стійкими та конкурентоздатними в умовах ринку.

### 5.3. Інвестиційно-інноваційний механізм розвитку закладів охорони здоров'я

Ми наголошували, що в Україні існує значна проблема з фінансуванням національної системи охорони здоров'я, це змушує призводити до формування нових альтернативних джерел фінансування, оскільки національний бюджет не здатний покрити витрати на охорону здоров'я та забезпечити підвищення якості медичної допомоги. Проблема вимагає залучення додаткових інвестицій та їхнє ефективне використання. В цих умовах набуває особливої актуальності для національної галузі охорони здоров'я формування ефективного інвестиційно-інноваційного механізму розвитку закладів охорони здоров'я.

Дієвим інструментом є державно-приватне партнерство, що надає переваги як для державного, так і приватного сектору національної економіки.

Така модель сьогодні є поширеною у світовій практиці управління охороною здоров'я в країнах з різним рівнем економічного розвитку та з різними системами охорони здоров'я. Вже декілька десятиріч у багатьох країнах світу широко використовуються проекти державно-приватного партнерства, що спрямовані на розвиток, у першу чергу, інфраструктури закладів охорони здоров'я.

Закон України «Про державно-приватне партнерство» [14] визначає його як «співробітництво між державою Україна, Автономною Республікою Крим, територіальними громадами в особі відповідних державних органів, що згідно із Законом України «Про управління об'єктами державної власності» здійснюють управління об'єктами державної власності, органів місцевого самоврядування, Національною академією наук України,

національних галузевих академій наук (державних партнерів) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, установ, організацій (приватних партнерів), що здійснюється на основі договору в порядку, встановленому цим Законом та іншими законодавчими актами, та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначеним цим Законом» [14].

Державно-приватне партнерство спрямоване на фінансування, проектування, реалізацію та управління об'єктами та послугами державного сектору. Ключові характеристики державно-приватного партнерства полягають у:

- 1) довгостроковому наданні послуг (до 30 років);
- 2) передачі ризику до приватного сектору;
- 3) різноманітних формах довгострокових контрактів між юридичними особами та державними органами;
- 4) забезпеченні вищих техніко-економічних показників ефективності діяльності, ніж у разі здійснення такої діяльності державним партнером без залучення приватного партнера.

Державно-приватне партнерство здійснюється між інститутами держави всіх рівнів влади, приватного сектору, до якого належать організації інвесторів та бізнесу, та представниками громадянського суспільства для вирішення суспільно важливих проблем, які стосуються компетенції держави, з метою отримання взаємної економічної вигоди. Державний партнер зосереджується на забезпеченні нормативно-правової бази, визначенні цілей і завдань проектів, якості послуг, механізмах ціноутворення та цінній політиці, контролі та моніторингу виконання проектів – здійснює регулюючу та координуючу функції. Приватний партнер є основним «реалізатором» проекту: інвестує фінанси або використовує навички щодо залучення коштів, технічні знання та забезпечує ефективну реалізацію проектів. Також можлива участь «третьої сторони», а саме громади, яка пропонує представникам державної влади та приватного сектору впровадження та реалізацію партнерських проектів [108, с. 141-142].

Слід зауважити, що у зарубіжній практиці суб'єктами державно-приватного партнерства часто можуть виступати не лише органи державної влади, а й органи місцевого самоврядування, потужні громадські організації та благодійні фонди [93, с. 7].

Державно-приватне партнерство – це інноваційний метод, який використовується державним сектором для співпраці з приватним, який інвестує свій капітал та інші можливості у реалізацію проектів у строк та за сумою бюджету, в той час, коли державний сектор залишає за собою відповідальність надавати свої послуги населенню призводячи до сталого економічного розвитку та покращення рівня життя [324, с. 14]. Проте ми наголошуємо, що ця модель не має спільною із приватизацією: при державно-приватному партнерстві не змінюється форма власності, при цьому держава несе відповідальність за процеси, що відбуваються в організації, яка включена у цей вид партнерства.

Центральною ланкою державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є розвиток інвестиційних та інноваційних процесів, яким необхідна істотна підтримка та контроль зі сторони державних органів управління, за рахунок:

- 1) формування продуктивного інвестиційного клімату для залучення інвестицій різних рівнів у сферу охорони здоров'я (від створення нових закладів охорони здоров'я до інвестиційного розвитку системи охорони здоров'я);
- 2) додаткове залучення іноземних інвестицій та налагодження зв'язків з потенційними іноземними інвесторами.

Також державно-приватне партнерство відрізняється від державних закупівель, які відносяться до придбання, лізингу, ренти та оренди товарів та послуг державними, регіональними та місцевими владними структурами. Державні закупівлі відносяться до простих товарів та послуг, а державно-приватне партнерство – до більш комплексних, що потребують більших фінансових затрат та довгострокових процесів.

Отже, під державно-приватним партнерством ми розуміємо співпрацю між органами державної влади та приватним сектором у суспільно значущих галузях, де провідну роль відіграє приватний сектор, який не тільки дбає про отримання прибутків, а й усвідомлює соціальну відповідальність перед суспільством.

Існує багато видів державно-приватного партнерства, які були засновані за різними причинами у рамках широкого кола ринкових сегментів. Вони відображають різноманітні потреби управління інфраструктурними послугами. Незважаючи на це різноманіття, науковці вирізняють два основних типи державно-приватного партнерства:

- 1) інституційне, що належить до всіх форм спільного підприємництва між державними та приватними зацікавленими особами;
- 2) контрактне, що представлено концесійною моделлю.

Концесія має найдовшу історію державно-приватного фінансування та найчастіше асоціюється з державно-приватним партнерством.

Закон України [16] визначає концесію як «форму здійснення державно-приватного партнерства, що передбачає надання концесієдавцем (тобто державою в особі відповідних державних органів, які здійснюють управління об'єктами державної власності) концесіонеру (тобто юридичній особі-резиденту України, яка отримала відповідно до цього Закону об'єкт у концесію та виступає стороною концесійного договору) права на створення та/або будівництво (нове будівництво, реконструкцію, реставрацію, капітальний ремонт та технічне переоснащення), та/або управління (користування, експлуатацію, технічне обслуговування) об'єктом концесії, та/або надання суспільно значущих послуг у порядку та на умовах, визначених концесійним договором, а також передбачає передачу концесіонеру переважної частини операційного ризику, що охоплює ризик попиту та/або ризик пропозиції» [16].

Під договором концесії розуміється «договір про передачу природних багатств, підприємств або інших господарських об'єктів, що належать державі чи територіальній громаді, у тимчасову експлуатацію іншим державам, іноземним фірмам або приватним особам» [264]. У межах чинного національного законодавства, договір концесії – це «договір між концесіонером та концесієдавцем, який визначає порядок та умови реалізації проекту, що здійснюється на умовах концесії» [16].

Т. Д. Сіташ і С. В. Підгаєць зазначають, що особливість договорів концесії є їх довготривалість: від 25 до 50 років, а відтак, «чим більший строк дії контракту, тим привабливішою

для приватної сторони стає така форма бізнесу, оскільки дозволяє покрити витрати капіталу та максимізувати прибуток» [212, с. 318].

Таким чином, на контрактній основі об'єкт передається від державного до приватного сектору, який управляє ним у певний проміжок часу. За допомогою такого договору у державний сектор направляються приватні фінансові ресурси, ноу-хау та інструменти управління. Також може відбуватися проектування та будівництво певного об'єкту.

Міжнародна типологія моделей державно-приватного партнерства представлена у табл. 5.6.

**Таблиця 5.6 – Міжнародна типологія моделей державно-приватного партнерства**

п/п	Модель	Характеристика
1	2	3
1.	<b>BBO:</b> Buy – Build – Operate; «купівля – будівництво – управління»	Передача державного об'єкта до приватного сектору або квазідержавної структури, часто засновуючись на договорі, що об'єкт буде оновлено приватним підприємством та воно набуває управління ним на певний проміжок часу. Державний контроль здійснюється завдяки контракту на період передачі.
2.	<b>Finance only:</b> Фінансування	Приватне підприємство, як правило компанія з надання фінансових послуг, лише фінансує проект напряму або використовує інші механізми, такі як довгостроковий лізинг або емісія облігацій.
3.	<b>BOT:</b> Build – Operate – Transfer; «будівництво – управління – передача»	Приватний партнер здійснює будівництво і експлуатацію (в основному – на правах власності) протягом встановленого строку, після чого об'єкт передається державі.
4.	<b>BTO:</b> Build – Transfer – Operate; «будівництво – передача – управління»	Приватний партнер будує об'єкт, який передається державі (концеденту) у власність відразу після завершення будівництва, після чого він передається в експлуатацію концесіонеру (тобто суб'єкту підприємницької діяльності, який на підставі договору отримав концесію).
5.	<b>BOO:</b> Build – Own – Operate; «будівництво – володіння – управління»	Приватний партнер будує об'єкт і здійснює подальшу експлуатацію, володіючи ним на правах власності, термін дії якого не обмежується.
6.	<b>DBFO:</b> Design – Build – Finance – Operate; «розробка – будівництво – фінансування – управління»	Приватна компанія розробляє і будує медичний заклад відповідно до вимог і стандартів, затверджених органами влади, а також фінансує капітальні витрати і здійснює управління об'єктом.
7.	<b>DBFM:</b> Design – Build – Finance – Maintain; «розробка – будівництво – фінансування – утримання»	Передбачає додаткове надання неклінічних послуг, в тому числі окремих (прибирання, логістика, безпека тощо).
8.	<b>DBB:</b> Design – Bid – Build; «розробка – тендер – будівництво»	Модель, заснована на поділі функцій розробки та створення медичної установи між незалежним приватним розробником та іншою приватною компанією, що здійснює функції підрядника.

Продовження таблиці 5.6

1	2	3
9.	<b>BOOT:</b> Build – Own – Operate – Transfer; «будівництво – володіння – управління – передача»	Приватний інвестор будує об'єкт, що знаходиться в його власності, орган влади надає медичні послуги протягом певного періоду, потім право власності переходить до органу влади.
10.	<b>O &amp; M:</b> Operate – Maintenance Contract; «управління – утримання»	Приватне підприємство на контрактній основі управляє об'єктом державного сектору в певний проміжок часу. Право власності залишається за державною установою. Проте на практиці такий контракт не відносять до державно-приватного партнерства, а розглядають лише як контракт з надання послуг.
11.	<b>BOLB:</b> Buy – Own – Lease – Back; «придбання – володіння – повернення з лізингу»	Приватний підрядник купує медичну установу, а потім за лізинговою угодою передає в управління органам влади.
12.	<b>Operation License;</b> «ліцензія на здійснення діяльності»	Приватне підприємство отримує ліцензію або право на здійснення державної послуги на довгостроковій основі. Часто використовується для ІТ проектів.

Джерело: сформовано автором на основі [324]

Найповнішим контрактним типом серед концесійних договорів є DBFO: «розробка – будівництво – фінансування – управління» (аналог українського договору концесії), оскільки він покриває усі елементи, а саме: фінансування, проектування, будівництво, управління та експлуатацію об'єкта. Часто такі контракти фінансуються за рахунок плати за користування.

Такий тип є найпоширенішим серед багатьох країн Європи. Об'єктами можуть бути не тільки лікувальні корпуси, але й будь-яка додаткова інфраструктура лікарняних містечок (місця для паркування, басейн, житло для медичного персоналу тощо). Підрядник також додатково надає послуги прибирання, харчування, хімічистки, транспортування, охорони тощо і адміністрування (служба підтримки клієнтів, інформаційні послуги).

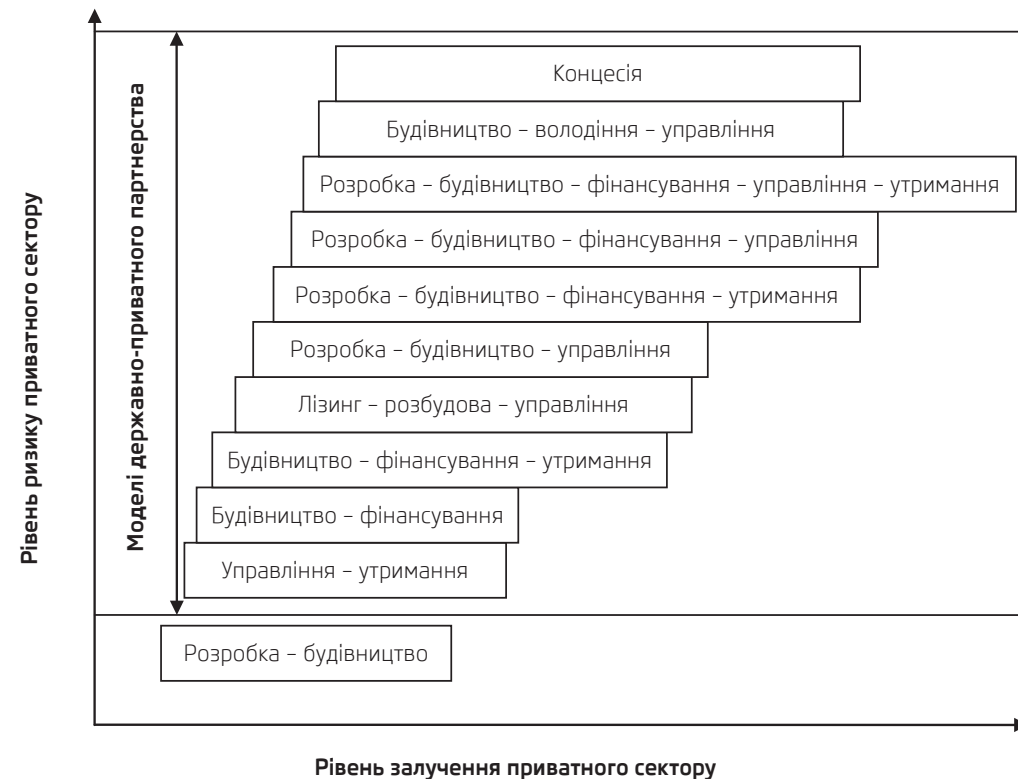
За цим типом договору, держава платить суб'єктам приватного господарювання фіксовану плату, достатню, щоб відшкодувати капітальні та експлуатаційні витрати та отримати прибуток. Робота консорціуму оплачується згідно з контрактом за принципом «*no service no fee*». Організація медичних послуг залишається в компетенції консорціуму. Приватний інвестор не несе відповідальності за ризики, пов'язані з медичними аспектами діяльності закладу.

Іншою поширеною моделлю державно-приватного партнерства в розвинених країнах, а саме: в Італії, Португалії, Німеччині, Канаді, є модель DBFM: «розробка – будівництво – фінансування – утримання». Більшість таких контрактів передбачає надання приватним партнером додаткових неклінічних послуг (прибирання, логістика, безпека, стерилізація, дезінфекція, зв'язок та інші) [138, с. 130].

Функції, які доступні для надання державних послуг, варіюються від прямого надання міністерством або державним закладом до повної приватизації, коли держава передає усі повноваження, ризики та винагороду за надання послуг приватному сектору.

Зростаючий ринок державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є в Європі та інших країнах світу: Великобританія, Італія, Іспанія, Португалія, Німеччина, Франція, Канада, Мексика, Туреччина, Індія.

У межах цього спектру державно-приватне партнерство може бути класифіковано за обсягом залучення державного та приватного секторів та рівня розподілу ризиків між ними. Спрощена модель цієї класифікації представлена на рис. 5.4.



**Рис. 5.4. Ранжування моделей державно-приватного партнерства за рівнями залучення секторів та розподілення ризику між ними**

*Джерело: сформовано автором на основі [324]*

З метою забезпечення результативної реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України державний та приватний сектори мають спиратися на такі принципи:

- 1) формування дієвої нормативно-правової бази щодо регулювання відносин партнерів;
- 2) формування механізму взаємодії держави та бізнес-структур на засадах добровільного та взаємодоповнюючого партнерства;
- 3) рівноправний розподіл ризиків між партнерами;
- 4) економія бюджетних коштів;

- 5) інноваційний розвиток вітчизняної медицини з метою надання пацієнтам медичних послуг більшої якості;
- 6) отримання економічного та соціального ефектів;
- 7) розвиток інноваційних форм проектного менеджменту;
- 8) стимулювання підприємництва та попиту;
- 9) інформаційне забезпечення суб'єктів державно-приватного партнерства;
- 10) підготовка медичних та управлінських кадрів при реалізації медико-соціальних проектів державно-приватного партнерства;
- 11) забезпечення єдності інтересів партнерів [154, с. 34-35].

У сучасних умовах основними напрямками розвитку державно-приватного партнерства в національній сфері охорони здоров'я можуть стати:

- створення (будівництво) нових приватних медичних центрів при сприянні держави з точки зору розвитку інфраструктури;
- передача інвестору споруд закладів охорони здоров'я, територіально вигідно розташованих, на умовах їх реконструкції, будівництво нових споруд для цих закладів в інших місцях;
- реконструкція будівель, що є привабливими для приватних інвесторів, для розміщення в них закладів охорони здоров'я;
- реорганізація державних закладів охорони здоров'я в акціонерні товариства зі 100%-м державним капіталом і можливим подальшим створенням нових бізнес-ліній з участю приватних інвесторів спільного державно-приватного партнерства;
- управління державними закладами охорони здоров'я приватними інвесторами на умовах договорів концесії.

Як вже зазначалося раніше, найефективнішою та розповсюдженою формою державно-приватного партнерства є концесія. В умовах договору концесії приватні інвестиції направляються у державну галузь. Інвестор вкладає обумовлений обсяг фінансування, здійснює модернізацію та відповідає за операційне управління – у випадку охорони здоров'я – закладом охорони здоров'я. Враховуючи стан українських закладів охорони здоров'я така форма є нагальним вирішенням проблеми, що склалася в галузі.

При цьому заклад охорони здоров'я не втрачає державної форми власності, він і надалі виконує державне замовлення щодо надання медичних послуг населенню.

Участь держави в інвестиційній діяльності національної сфери охорони здоров'я обумовлена підвищенням рівня мотивації і, відповідно – інвестиційної активності приватних інвесторів, а також необхідністю вирівнювання фінансового, інвестиційного та інноваційного потенціалу всіх секторів охорони здоров'я (державного, муніципального та приватного). З точки зору економічної теорії, збільшення державних інвестицій призведе до стимулювання приватних.

Оскільки сьогодні сфера охорони здоров'я є пріоритетною для української громадськості, ми може спостерігати інтенсифікацію механізмів державно-приватного партнерства. Так, наприклад, у квітні 2018 року було підписано договір про державно-приватне партнерство між Київською міською державною адміністрацією та Міжнародною фінансовою

корпорацією (*IFC*). Таке співробітництво є інфраструктурним та направлено на будівництво та капітальне відновлення низки закладів охорони здоров'я м. Києва, придбання сучасного медичного обладнання та впровадження інноваційних технологій. Модель державно-приватного партнерства, що реалізується в рамках цього проекту, – DBFM – та передбачає проектування, будівництво, оснащення, поточну експлуатацію та потенційно-клінічні послуги закладів охорони здоров'я [233].

Іншим яскравим прикладом національної угоди в сфері державно-приватного партнерства може слугувати партнерство у сфері медичної освіти між Одеським національним медичним університетом та Медичним домом Odrex. Основною метою такої співпраці є впровадження інноваційних технологій в освітній процес, сучасна підготовка медичних кадрів, забезпечення лікувально-діагностичного процесу, а також впровадження у практику наукових досліджень [102].

Ці угоди слугують яскравими прикладами державно-приватного партнерства в національній сфері охорони здоров'я та підтвердженням тези, що цей напрямок є прогресивною моделлю залучення приватного сектору із збереження ролі державного сектору в забезпеченні сталого розвитку галузі охорони здоров'я України.

Водночас конкретних проектів із застосуванням такого механізму в Україні дуже мало, тому дослідження розвитку державно-приватного партнерства, його конкретних форм, моделей і можливостей їх застосування в Україні з урахуванням зарубіжного досвіду є вкрай актуальним завданням сучасної практики управління в сфері охорони здоров'я.

Для розвитку різних напрямів державно-приватного партнерства необхідною умовою є ефективна підтримка державного апарату управління інвестиційною діяльністю країни, що передбачає:

- 1) формування системи податкових пільг та формування гнучких механізмів їх оплати шляхом відстрочки, розстрочки та надання інвестиційних пільгових кредитів;
- 2) субсидювання приватних партнерів з державного бюджету на фінансування процентів за банківськими кредитами та позиками;
- 3) надання дотацій та пільг на використання землі, призначеної для будівництва закладів охорони здоров'я;
- 4) залучення в інвестиційний процес призупиненого та/чи незавершеного будівництва та споруд державної та муніципальної власності;
- 5) провідна роль держави в інвестуванні фінансових засобів на національні проекти, що направлені на розвиток галузі охорони здоров'я за рахунок державних та муніципальних бюджетів;
- 6) підвищення інвестиційної привабливості охорони здоров'я.

Сукупність застосування представлених форм управлінської, фіскальної та фінансової державної підтримки в жорстких умовах ринкової конкуренції за інвестиційними ресурсами визначають збільшення отриманого ефекту від методів державного фінансування як найважливіше завдання розвитку сфери охорони здоров'я. Раціоналізація напрямів, які підвищують ефективність державних інвестицій в сферу охорони здоров'я з використанням механізмів державно-приватного партнерства, можлива за рахунок:

- спільних заходів державних органів управління та представників приватного сектору галузі охорони здоров'я щодо розробки інвестиційних проектів;
- реалізація сприяння держави приватному бізнесу в межах інформаційного обміну даними на всіх етапах здійснення інвестиційних проектів;
- створення макроекономічного середовища в межах національної економіки, що направлено на підтримку співробітництва, що передбачає контроль за діями всіх учасників ринку охорони здоров'я в реалізації інвестиційних проектів, включаючи взаємодію з державними службами, юридичні консультації, маркетингові дослідження, підготовку кадрів та здійснення моніторингу за виконанням усіх проектів;
- розвиток конкурентоспроможності у межах галузі;
- стимулювання інноваційної складової розвитку охорони здоров'я, максимізація використання науково-технічного потенціалу для впровадження наявної техніки та розробки інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я за рахунок раціоналізації державної податкової та фінансової політики.

Отже, запровадження механізмів державно-приватного партнерства в діяльність національних закладів охорони здоров'я дозволить поліпшити ситуацію, яка склалася в національній системі охорони здоров'я за рахунок використання державних та приватних інвестицій, оптимізації витрат та створення умов для розвитку медичного персоналу, матеріально-технічної бази і, відповідно, поступового зростання національної галузі охорони здоров'я. Ці механізми можуть стати дієвими інструментами зменшення частки неринкового сектору в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності державного управління цією галуззю. Це дозволяє більш ефективно використовувати об'єкти державної форми власності за умов збереження державного права власності на них.

При цьому використання механізмів державно-приватного партнерства дозволить сформулювати нову національну систему охорони здоров'я, що враховує потреби споживачів – пацієнтів.

Незалежність закладів охорони здоров'я, які забезпечують свою діяльність за рахунок державно-приватного партнерства, призведе до конкуренції серед медичних працівників, а отже й до підвищення якості медичної допомоги. Результатом такого процесу є підвищення інвестиційної привабливості національної галузі охорони здоров'я в цілому.

Інноваційний розвиток галузі охорони здоров'я в Україні можливий лише за умови впровадження системи комплексної співпраці державних органів, представників бізнесу, громадських організацій, лікарів і споживачів-пацієнтів, що має стати частиною стратегічного розвитку цієї галузі національної економіки.

Таким чином, об'єднання державних та приватних інвестицій у системі охорони здоров'я є основним ресурсом національної системи охорони здоров'я України у попередженні деструктивних процесів, забезпеченні стійкого розвитку галузі, адаптації до зовнішніх впливів та управлінні ними.

#### 5.4. Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я

Розробка стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я не є простим завданням. Цей процес вимагає повного розуміння існуючих проблем на ринку охорони здоров'я, потреб та рівня задоволеності споживачів, оцінки якості медичних послуг та наявних ресурсів закладу охорони здоров'я. Ця модель передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід до стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Схематично процес розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я представлено на рис. 5.5.

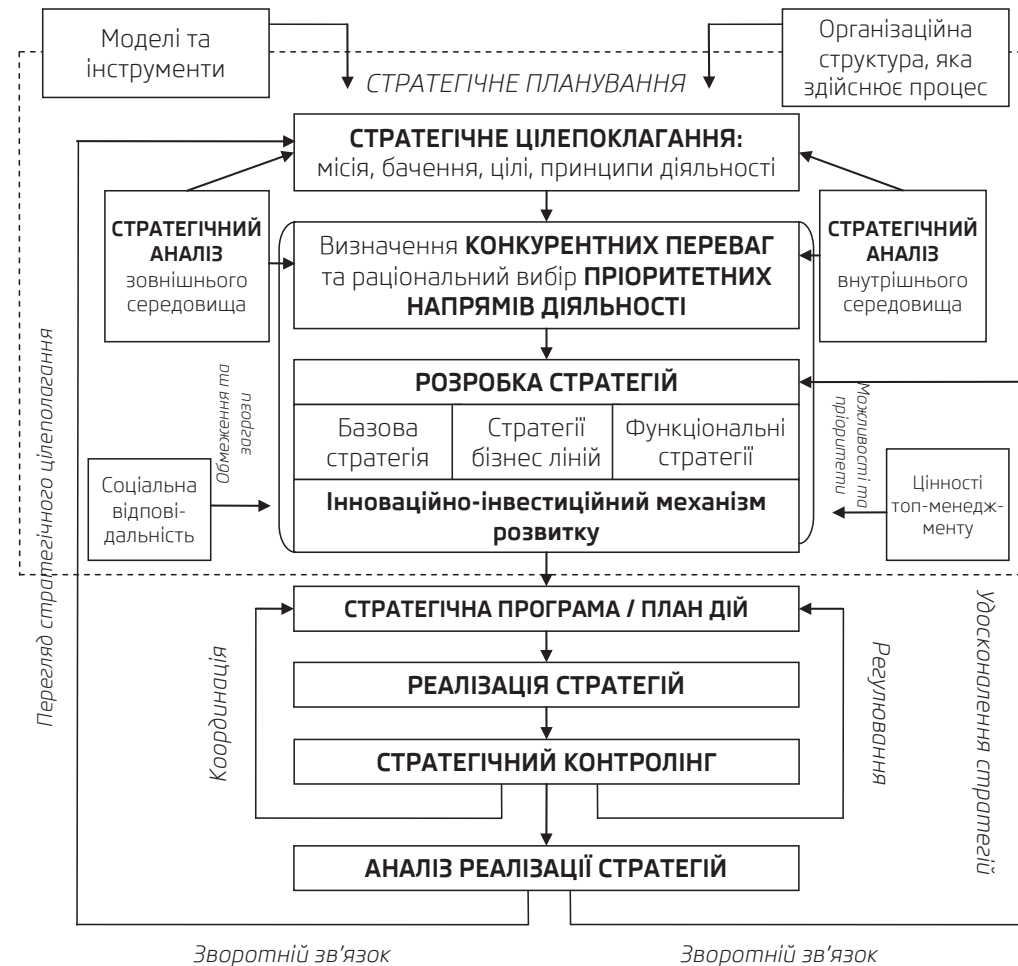


Рис. 5.5. Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

Розглянемо більш детально етапи процесу розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.

Перший етап представлено стратегічним аналізом зовнішнього та внутрішнього середовища. Основними інструментами на цьому етапі є технології:

- 1) ситуаційного аналізу типу SWOT (аналіз сильних та слабких сторін, можливостей та загроз) та PEST (інструмент аналізу політичних, економічних, соціальних та технологічних чинників, що впливають на діяльність закладу);
- 2) методи аналізу стратегічної позиції закладу та конкурентного аналізу (визначення конкурентних сил, розробка конкурентної позиції на ринку);
- 3) аналізу сегментів ринку;
- 4) модель ділового аналізу PIMS (аналіз факторів, які впливають на прибуток закладу за трьома основними групами: привабливість ринку, конкурентна позиція на ринку; виробнича структура).

Перераховані методи та технології не є вичерпними: заклад самостійно може обирати ту сукупність методів, які найбільш повно розкривають сутність його діяльності. Відтак, на цьому етапі визначається вихідна позиція закладу охорони здоров'я. Таким чином формується «проблемне поле» стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.

Стратегічний аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я – це системний та багатовимірний процес. Його особливістю є те, що він містить такі специфічні для сфери охорони здоров'я напрями, як:

- аналіз стратегій та технологій лікування (типових, ексклюзивних та нетрадиційних, що використовують основні національні та зарубіжні конкуренти як державного, так і приватного секторів ринку охорони здоров'я; при цьому слід наголосити на аналізі як існуючих на сьогоднішній момент, так і аналізі перспективних стратегій та технологій лікування) як основи для забезпечення лікувального процесу закладу;
- аналіз стратегічних показників діяльності основних конкурентів (частки ринку, їх рейтинги, показники пізнаваності, динаміка основних фінансово-господарських показників, відгуки споживачів, інвестиції тощо) як основи для забезпечення конкурентної переваги та потенційних загроз закладу;
- аналіз цільового сегменту ринку охорони здоров'я (аналіз задоволеності споживачів, їх смаки та переваги, побажання, думки споживачів щодо якості медичного обслуговування тощо) як основи для визначення конкурентної стратегії;
- аналіз стратегічної позиції закладу на ринку охорони здоров'я (частка ринку, позиція у рейтингу, динаміка ринкових показників: темпи зростання ринку, швидкість оновлення асортименту тощо) як основи для формування стратегічної моделі управління;
- аналіз внутрішнього потенціалу закладу (ресурсного забезпечення, кадрового потенціалу, аналіз матеріально-технічної бази) з метою виявлення наявних скритих та нереалізованих можливостей як основи для визначення та формування конкурентних переваг.

Усі зазначені аналітичні заходи дозволяють визначити положення закладу охорони здоров'я на ринку охорони здоров'я. Отже, на цьому етапі заклад визначає основні чинники зовнішнього середовища, що впливають на його діяльність, а також аналізує внутрішні

ресурси та можливості. Чинники зовнішнього середовища в стратегічному управлінні розглядаються як загрози та можливості для діяльності, а чинники внутрішнього – як обмеження та перспективні напрями діяльності [95, с. 47-50].

*Другий етап* представляє собою процес стратегічного цілепокладання, формування бачення керівництвом закладу його «майбутнього», а також визначення цінностей бізнес-діяльності, після чого здійснюється процес розробки стратегій на різних рівнях закладу (загальнокорпоративному, бізнес-ліній та функціональних підрозділів), а вже потім розробляється план реалізації засобів для досягнення цих цілей та стратегій.

Як відомо, заклад охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система зі складною сукупністю цілей та завдань. Відтак, вона потребує зваженого процесу цілеполагання.

На цьому етапі здійснюється формування та профілювання місії закладу охорони здоров'я для визначення вектору його діяльності (персоніфіковано або агреговано) як «пусковий елемент моделі» [110, с. 33].

На цьому етапі також визначається бачення діяльності за такими напрямками:

- 1) бачення існуючого стану закладу ззовні;
- 2) бачення існуючого стану закладу зсередини;
- 3) бачення майбутнього стану закладу ззовні;
- 4) бачення майбутнього стану закладу зсередини;
- 5) бачення призначення закладу;
- 6) вимоги до бачення та обмеження.

Також на цьому етапі визначаються основні цілі на принципи діяльності за напрямками, пов'язаними з етапами життєвого циклу закладу охорони здоров'я, та з лікувальною, фінансово-організаційною та інноваційною діяльністю.

Отже, цей етап визначає існуючий та майбутній стани закладу, обмежені принципами підзвітності, постійного вдосконалення, пацієнт-орієнтованості та якості послуг.

На *третьому етапі* визначаються конкурентні переваги закладу охорони здоров'я та здійснюється раціональний вибір пріоритетних напрямів діяльності, на основі здійсненого стратегічного аналізу зовнішнього та внутрішнього середовища.

Вибір конкурентних переваг та пріоритетних напрямів визначається потенційними можливостями закладу, а також забезпеченням сталого розвитку закладу охорони здоров'я (рис. 5.6).

*Четвертий етап* – етап розробки ієрархічної сукупності стратегій за формулою 5.1, представленою вище, що має бути забезпечено інноваційно-інвестиційний механізм розвитку. Це саме і є процес стратегічного планування, тобто процес прийняття управлінських рішень, як структурованих, так і неструктурованих. Стратегічне планування, представляє собою багатоаспектний вид діяльності, що направлено на формування та підтримку стійкої конкурентної переваги закладу охорони здоров'я шляхом: (1) адаптації діяльності закладу до умов зовнішнього середовища, що постійно змінюються, (2) управління цілями закладу, а також (3) максимально ефективного використання можливостей закладу на основі врахування взаємодії внутрішніх та зовнішніх процесів.

Наявність чітко сформульованої ієрархічної сукупності стратегій дозволяє розробити ефективний та прозорий комплекс «стратегія – структура – контроль».



Рис. 5.6. Ієрархія пріоритетів діяльності закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором

*П'ятий етап* передбачає формування розгорнутої, поетапної програми/плану дій щодо реалізації ієрархічної сукупності стратегій. Реалізація стратегій є наступним – *шостим етапом* стратегічної моделі управління закладом. Вона супроводжується постійним процесом контролю за реалізацією програми/плану дій (*сьомий етап*), що призводить до процесів координації та регулювання діяльності закладу охорони здоров'я в межах визначеної програми/плану дій.

*Восьмий етап* представляє собою аналіз та дослідження результатів реалізації ієрархічної сукупності стратегій із різних джерел отримання інформації (аналіз фінансових, кадрових, організаційних звітів, скарг пацієнтів, зауваження стейкхолдерів, соціологічного опитування тощо). Ці дані дозволяють визначити ключові аспекти бізнес-діяльності закладу охорони здоров'я, дають чітке уявлення про результативність та ефективність діяльності закладу, а також визначають сфери його сильних та слабких сторін.

На основі висновків, отриманих за результатами аналізу, у процесі зворотного зв'язку відбувається інтегрування отриманих результатів аналізу з процесом стратегічного управління. Здійснення зворотного зв'язку в межах стратегічної моделі управління закладом покликане на: 1) корегування/поліпшення процесу цілеполагання закладу охорони здоров'я, а також 2) корегування/поліпшення процесу розробки ієрархічної сукупності стратегій закладу охорони здоров'я.

Зворотний зв'язок дозволяє керівництву оцінити досягнутий прогрес та прийняти або відхилити рекомендовані зміни в стратегічній моделі управління закладом на основі отриманих результатів.

При цьому, реалізація стратегічної моделі управління закладом охорони має враховувати думку усіх стейкхолдерів галузі, що представлено на рис. 5.7.

Використання запропонованої автором стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я дозволить керівним кадрам закладу сформувати науково обґрунтований



процес стратегічного управління з урахуванням специфіки кожного конкретного закладу. Це покликано забезпечити укріплення ринкової позиції закладу, а також розвитку національної сфери охорони здоров'я в цілому, не просто за рахунок запровадження нових технологій лікування, інновацій на ринку охорони здоров'я, але й за рахунок використання комплексного, цілісного стратегічного підходу до управління закладом.

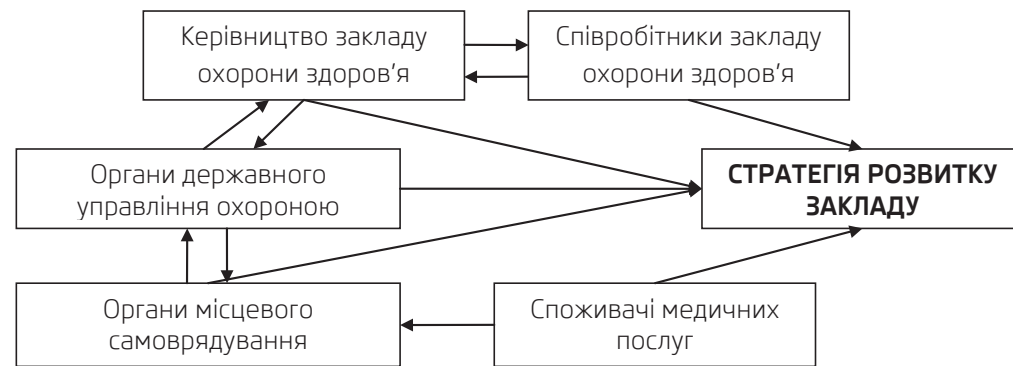


Рис. 5.7. Взаємодія учасників ринку охорони здоров'я під час формування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я

Джерело: розроблено автором

### Стратегічне мислення керівних кадрів в сфері охорони здоров'я

Слід зауважити, що сучасний менеджмент закладу охорони здоров'я має орієнтуватися не лише на застосуванні принципів та інструментів стратегічного менеджменту, а й має зосереджуватися на культивуванні у своїх керівних кадрів стратегічного мислення, оскільки саме вони є ключовим елементом ефективного та результативного управління і розвитку закладу. В умовах сучасного ринку саме стратегічний лідер, який має нестандартне бачення, стратегічне мислення, який використовує творчий підхід та інноваційний характер дій до управління, визначає напрями та фактори розвитку, що призводять до потенційного успіху закладу.

Стратегічне мислення – це «особливий тип системного мислення, який об'єднує раціональний і творчий компоненти, об'єктивний і суб'єктивний аспекти, ... інтегрує різноманітні концепції й методи в складному процесі стратегічної діяльності» [231]. На думку З. Є. Шершньової, стратегічне мислення «полягає в усвідомленні мети розвитку організації та способів її досягнення, у ствердженні необхідності спостереження за зовнішнім і внутрішнім середовищами (для визначення мети та способів досягнення), формування стратегій та рішень, як результат, а також налагодження діяльності з метою їх здійснення. Стратегічне мислення передбачає: усвідомлення управлінської ієрархії та послідовності встановлення пріоритетів; орієнтацію на розпізнавання та адекватне реагування на зміни в середовищі; усвідомлення можливостей та масштабів впливу на формування цього середовища, а не лише реагування на зміни» [256].

Модель стратегічного мислення, що передбачає аналітичну й інтерактивну систему поглядів стратегічного менеджменту закладу охорони здоров'я, а також ілюструє

взаємозв'язок між основними компонентами стратегічного менеджменту, представлено на рис. 5.8.

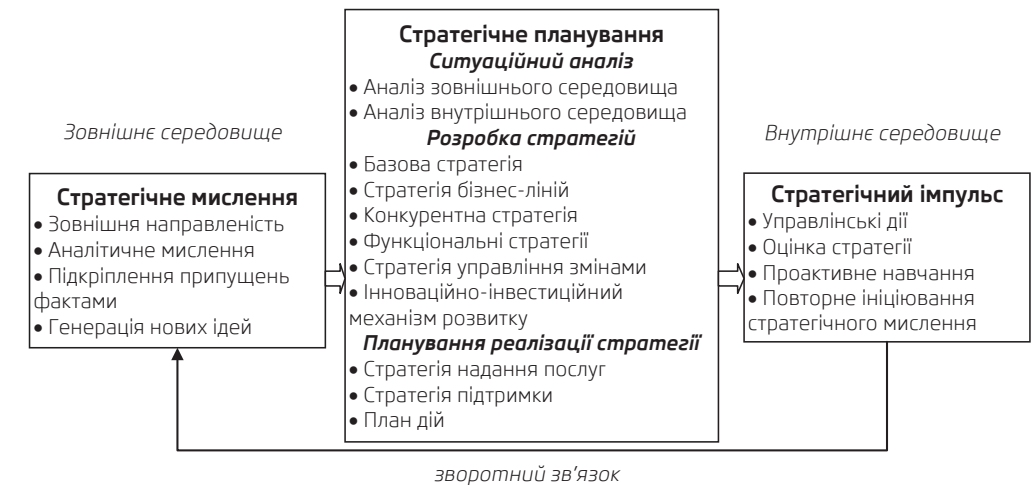


Рис. 5.8. Модель стратегічного мислення в процесі стратегічного управління закладом охорони здоров'я

Джерело: адаптовано [378, с. 18]

Модель стратегічного мислення, що представлена на рис. 5.8, має стати основою для керівних кадрів закладів охорони здоров'я в процесі стратегічного планування та реалізації ієрархічної сукупності стратегій.

Відтак, можна впевнено стверджувати, що менеджери в закладі охорони здоров'я мають стати «стратегічними мислителями», які здатні оцінювати зміни в зовнішньому середовищі, аналізувати інформацію, формулювати гіпотези та генерувати нові ідеї. Також вони мають формувати план дій для стратегічного планування.

Після розробки стратегії менеджери повинні управляти «стратегічним імпульсом» закладу: оцінювати його результат, аналізувати позитивні сторони та недоліки та стимулювати нове стратегічне мислення [378, с. 18].

Потреба в стратегічному мисленні в рамках управління закладами охорони здоров'я є високою, проте його розвиток ускладнюється такими причинами:

- 1) недостатнім рівнем компетентності управлінських кадрів закладів охорони здоров'я;
- 2) відсутністю спеціальної освіти керівників закладів охорони здоров'я в сфері управління;
- 3) небажанням управлінських кадрів розвиватися та запроваджувати нові технології управління;
- 4) обмеженістю фінансових ресурсів;
- 5) обмеженістю організаційних ресурсів;
- 6) нерозвиненістю корпоративної культури закладів охорони здоров'я (особливо це стосується державного сектору);

7) стагнацією галузі охорони здоров'я України.

Поява ефективних інноваційних, стратегічно активних закладів охорони здоров'я в межах приватного сектору та підвищення рівня конкуренції на ринку охорони здоров'я призводить до необхідності розвитку механізмів застосування стратегічного менеджменту в управлінні цими закладами, а також до посилення ролі керівника закладу як стратега й новатора. Сьогодні заклади охорони здоров'я працюють в умовах постійних динамічних змін. Так, керівникам необхідно впоратися з цими бурхливими змінами та зробити так, щоби заклади отримали конкурентні переваги від цих змін, уникаючи нових загроз. Сучасні керівники потребують нового типу мислення – інтерактивного та критичного, що і є основою стратегічного мислення [209, с. 65].

Ми погоджуємося з думкою Ю. В. Вороненко, про діяльність щодо впровадження стратегічного менеджменту в систему охорони здоров'я «потребує єдиного розуміння, погодженості дій та підтримки владних структур усіх рівнів» охорони здоров'я [80, с. 41].

Отже, сучасний медичний менеджмент потребує розробки науково обґрунтованої стратегії управління та розвитку закладами охорони здоров'я. Освоєння інструментів та методів стратегічного управління закладами охорони здоров'я на основі створення та розвитку відповідної наукової теоретико-методологічної бази, яка враховує специфіку галузі охорони здоров'я стає необхідною умовою подальшого реформування національної сфери охорони здоров'я та формування державної політики галузі.



## ВИСНОВКИ

У монографії здійснене теоретичне узагальнення та запропоноване вирішення важливої науково-прикладної проблеми, що полягає в розробці концептуальних, теоретико-методологічних та методико-прикладних положень і практичних рекомендації щодо забезпечення системи управління закладами охорони здоров'я в Україні на основі формування сучасної парадигми управління цими закладами. Отримані наукові результати мають на меті сприяти формуванню та розвитку процесу реформування національної галузі охорони здоров'я України з метою її стійкого соціально-економічного зростання.

Враховуючи стратегічне значення сфери охорони здоров'я для розвитку економіки України, зміцнення безпеки держави та поліпшення здоров'я населення, а також зважаючи на необхідність невідкладних заходів щодо комплексного розв'язання проблем даної сфери, її реформування має охоплювати фінансово-економічну, організаційно-управлінську, нормативно-правову сфери та механізми оптимізації діяльності охорони здоров'я у цілому.

Удосконалення фінансово-економічних механізмів необхідне для створення прозорих фінансово-економічних відносин у процесі цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Отже, державну політику у напрямку фінансово-економічного забезпечення сфери охорони здоров'я слід проводити з урахуванням того, що сучасні механізми фінансування охорони здоров'я повинні забезпечувати: доступність медичної допомоги та медичного обслуговування для усього населення країни, особливо соціально не захищених верств; можливість перерозподілу ресурсів з метою оптимального задоволення потреб, що виникають у відповідних ланках сфери охорони здоров'я; застосування стимулів для ефективної організації та надання послуг охорони здоров'я; виділення ресурсів залежно від якості та обсягів наданих послуг та відповідно до потреб населення.

Слід забезпечити фінансову та управлінську автономію закладів охорони у визначенні організації господарської діяльності, більш гнучкого управління та планування в умовах ринкового механізму господарювання.

У цих умовах вкрай важливою запорукою ефективної трансформації галузі є її забезпечення за рахунок макроекономічної модернізації національної економіки у системі охорони здоров'я та формування концептуального базису та методологічних положень функціональної системи управління фінансовими механізмами в закладах охорони здоров'я за рахунок запровадження багатоканального фінансування галузі. Основним елементом фінансового механізму має стати запровадження засад страхової медицини.

Вирішення вищенаведених завдань реформування сфери охорони здоров'я неможливе без подальшого вдосконалення правової бази охорони здоров'я, яка має бути

приведена у відповідність з нормами та принципами міжнародного права, чіткої і скоординованої взаємодії усіх гілок влади.

Важливим елементом сучасної парадигми управління закладами охорони здоров'я було визначено інтегровану систему управління персоналом закладів, оскільки проблеми кадрового забезпечення та удосконалення управління персоналом на сучасному етапі розвитку є найбільш актуальними. Отже, основним дієвим механізмом вирішення цієї проблеми було визначено стратегічне управління персоналом закладів охорони здоров'я на засадах якісно сформованої кадрової політики та стратегії управління людськими ресурсами, що передбачають ефективні процеси формування та професійного розвитку, мотивації та стимулювання людського капіталу як основного чинника конкурентоспроможності у сфері охорони здоров'я. Така система управління персоналом є невід'ємною частиною загального стратегічного управління закладами охорони здоров'я. В монографії було запропоновано методологічний базис стратегічного управління закладами охорони здоров'я та відповідну концептуальну модель, що заснована на застосуванні інноваційно-інвестиційних механізмів управління закладами охорони здоров'я, за рахунок впровадження концесії як форми державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, реформування національної системи охорони здоров'я та інноваційний розвиток галузі охорони здоров'я можливий лише за умови впровадження комплексної системи управління закладами охорони здоров'я, що передбачає запровадження новітніх засад фінансового, кадрового та стратегічного менеджменту в межах сучасної парадигми управління. Зазначене потребує комплексної співпраці державних органів, представників бізнесу, громадських організацій, лікарів і споживачів-пацієнтів, що має стати частиною стратегічного розвитку цієї галузі національної економіки як запоруки результативності процесів попередження деструктивних процесів, забезпечення стійкого розвитку галузі, адаптації до зовнішніх впливів і управління ними.

Запровадження сучасної парадигми управління у сфері охорони здоров'я є складним завданням, що потребує особливого інноваційного мислення керівних кадрів галузі. Проте забезпечення належного державного регулювання та створення відповідних соціально-економічних, організаційних та фінансово-господарських передумов на макроекономічному рівні є важливим кроком у вирішенні комплексу економічних, соціальних та управлінських проблем сталого розвитку національної системи охорони здоров'я та України в цілому.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бюджетний Кодекс України : в редакції від 27 лютого 2020 р. № 2456-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#n1394> (дата звернення 01.03.2020).
2. Конституція України : в редакції від 01 січня 2020 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 22.01.2020)
3. Податковий кодекс України : в редакції від 18 березня 2020 р. № 2755-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 13-14, № 15-16, № 17. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення: 27.10.2019).
4. *Всесвітня організація охорони здоров'я* : офіційний веб-сайт. URL: <http://www.who.int/> (дата звернення: 16.08.2018).
5. *Державна служба статистики України* : офіційний веб-сайт. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 27.10.2019).
6. *Державна казначейська служба України* : офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index> (дата звернення: 27.10.2019).
7. Національна служба здоров'я України. *Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України* : веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu> (дата звернення: 19.02.2020).
8. *Національна комісія, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг* : веб-сайт. URL: <https://www.nfr.gov.ua> (дата звернення: 03.01.2020).
9. *МОЗ України* : веб-сайт. URL: <http://moz.gov.ua> (дата звернення: 01.03.2018).
10. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. (№ 2801-XII, редакція від 16 січня 2020 р.) URL: <https://zakon.help/law/2801-XII> (дата звернення: 15.02.2020).
11. Про благодійну діяльність та благодійні організації : Закон України від 5 липня 2012 р. № 5073-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5073-17> (дата звернення: 19.02.2020).
12. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII / Кабінет Міністрів України ; Комітет з питань охорони здоров'я. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 01.11.2019).
13. Про громадські об'єднання : Закон України від 22 березня 2012 р. № 4572-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17> (дата звернення: 19.02.2020).
14. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI у редакції від 20 листопада 2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 12.09.2019).
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 19.02.2020).

16. Про концесію : Закон України від 03 жовтня 2019 р. № 155-IX / Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20> (дата звернення: 25.02.2020).
17. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 7 липня 2011 року № 3612-VI (Припинення дії відбулось 01.01.2015). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17> (дата звернення: 19.02.2020).
18. Про страхування : Закон України від 07 березня 1996 р. № 85/96-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 13.12.2019).
19. Про ціни і ціноутворення : Закон України від 21 червня 2012 р., в редакції від 30 січня 2018 р. № 5007-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5007-17> (дата звернення: 27.10.2019).
20. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. в редакції від 23 січня 2020 р. № 333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-%D0%BF> (дата звернення: 23.01.2020).
21. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам : Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. в редакції від 26 березня 2019 р. № 11-2015-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF> (дата звернення: 19.02.2020).
22. Деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів : Постанова Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2010 р. № 1149. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1149-2010-%D0%BF> (дата звернення: 19.02.2020).
23. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 р. № 208. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF> (дата звернення: 19.02.2020).
24. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. в редакції від 01 січня 2008 р. № 117. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ5907.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ5907.html) (дата звернення: 18.05.2019).
25. Питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби та виробу медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України від 2 липня 2014 р. в редакції від 23 січня 2020 р. № 240. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/240-2014-%D0%BF> (дата звернення: 23.01.2020 р.)
26. Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення : Наказ Міністерства праці та соціальної політики України; Міністерства охорони здоров'я України від 5 жовтня 2005 р. в редакції від 20 вересня 2019 р. № 308/519. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-05> (дата звернення: 17.01.2020).
27. Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 жовтня 2008 р. в редакції від 01 липня 2019 р. № 955. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2008-%D0%BF> (дата звернення: 27.10.2019).
28. Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів) : Постанова Кабінету Міністрів України

- від 25 грудня 1996 р. в редакції від 23 січня 2020 р. № 1548. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1548-96-%D0%BF> (дата звернення: 23.01.2020).
29. Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 травня 2013 р. № 373. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1044-13#Text> (дата звернення: 24.01.2020).
30. Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України : Постанова Кабінету Міністрів України від 16 травня 2011 р. № 501. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/501-2011-%D0%BF> (дата звернення: 19.02.2020).
31. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. в редакції від 23 січня 2020 р. № 1138. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF> (дата звернення: 23.01.2020).
32. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : Розпорядження КМУ України від 15 листопада 2017 р. № 821-р URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/250432586> (дата звернення: 19.02.2020).
33. Про Положення про державне регулювання цін (тарифів) на продукцію виробничо-технічного призначення, товари народного споживання, роботи і послуги монопольних утворень : Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1995 р., в редакції від 13 червня 2002 р. № 135 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/135-95-%D0%BF> (дата звернення: 27.10.2019).
34. Про стратегію сталого розвитку «Україна-2020» : Наказ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015> (дата звернення: 28.07.2018).
35. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 19.02.2020).
36. Асоціація працівників лікарняних кас України : офіційний веб-сайт. URL: <http://likkasa.com/> (дата звернення: 18.01.2020).
37. Благодійна організація «Лікарняна Каса Житомирської області» : офіційний веб-сайт. URL: <https://likkasa.com.ua/> (дата звернення: 21.02.2020).
38. Національна лікарська рада України : офіційний веб-сайт. URL: [http://www.vult.org.ua/?page\\_id=232](http://www.vult.org.ua/?page_id=232) (дата звернення: 19.02.2020).
39. Професійна спілка працівників охорони здоров'я України : офіційний веб-сайт. URL: <http://medprof.org.ua/socialno-ekonomichnii-zakhist/normativna-baza/> (дата звернення: 18.01.2020).
40. Абзалиев К. Б., Филін С. А., Тойбаева А. К. Возможные стратегии лечебно-профилактических учреждений. *Вестник АГИУВ*. 2013. Вып. 3. С. 135-137.
41. Авраменко Т. П. Реформування державного управління фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні під час змін. *Теорія та практика державного управління*. 2014. Вип. 1 (44), С. 89-95.

42. Автономізація закладів охорони здоров'я. *Реформа фінансування охорони здоров'я*: веб-сайт. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization/>. (дата звернення: 05.02.2019).
43. Айвазов А. Л. Актуальные проблемы формирования стратегии развития здравоохранения региона. *Концепт: научно-методический электронный журнал*. 2014. Спецвыпуск № 05. URL: <http://e-koncept.ru/2014/14543.htm>. С. 1-6. (дата звернення: 09.03.2020).
44. Акмаева Р. И. Стратегическое планирование и стратегический менеджмент : Учеб. пособие. Москва : Финансы и статистика, 2006.
45. Акишкин В. Г., Квятковский И. Е. Концепция эффективного финансового механизма здравоохранения. *Экономика и предпринимательство*. 2013. С. 117-122.
46. Алексеев В. А., Шурандина И. С., Рожецкая С. В., Сафонова М. Ю. Национальная система здравоохранения Великобритании. *Медицинские новости*. 2011. № 7. С. 73-76.
47. Аналіз ринку медичних послуг в Україні: чим дорожче лікування, тим цінніше здоров'я. *ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг* : веб-сайт. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-chem-dorozhe-lechenie-tem-sennnee-zdorove> (дата звернення: 22.02.2020).
48. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия. Санкт-Петербург : Питер, 1999. 416 с.
49. Антохов А. А. Регіональна економіка та інтелектуалізація суспільства: інноваційні аспекти взаєморозвитку. Монографія. Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2016. 420 с.
50. Антропов В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика. *Экономика. Налоги. Право*. 2019. № 2. С. 115-126.
51. Аптечний ринок України за підсумками 2019 р.: Helicopter View. *Аптека.online*. 2020. № 2 (1225). URL: <https://www.apteka.ua/article/531429> (дата звернення: 27.10.2019).
52. Ашер Ян, О'Коннелл Шон, Урожаева Ю. Эволюция системы здравоохранения в России. *Вестник McKinsey: теория и практика управления*. 2012. № 25. URL: <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/ehvoluciya-sistemyh-zdravookhraneniya-v-rossii> (дата звернення: 12.12.2019)
53. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібн. Київ : МАУП, 2007. 328 с. URL: [https://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment\\_u\\_galuzi\\_ohoroni\\_zdorovya](https://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya) (дата звернення: 04.01.2020)
54. Бажан І. Економічна сутність і функції інтелектуального капіталу. *Аспекти праці*. 2012. № 2. С. 30-35.
55. Бандурин А. В., Чуб Б. А. Стратегический менеджмент организаций. 2001. *Корпоративный менеджмент* : веб-сайт. URL: <https://www.cfin.ru/management/chub/lit.shtml> (дата звернення 29.02.2020)
56. Бачо Р. Й. Сучасні тенденції розвитку страхування здоров'я в Україні у посткризовий період. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Економіка і менеджмент*. 2015. № 10. С. 218-223.
57. Бетлій О. Чи вирішить обов'язкове медичне страхування проблеми системи охорони здоров'я. *VoxUkraine* : веб-сайт. URL: <https://voxukraine.org/uk/problemu-systemy-ohorony-zdorovia/> (дата звернення: 12.01.2020).
58. Бідюк О. О. Система грейдів як інноваційна форма оплати праці. URL: [http://www.rusnauka.com/8\\_DNI\\_2009/Economics/43228.doc.htm](http://www.rusnauka.com/8_DNI_2009/Economics/43228.doc.htm) (дата звернення: 12.07.2018).

59. Бобришева О. В. Эффективный розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Сер.: Економіка*. 2014. Т. 22. Вип. 8 (2). С. 12-18.
60. Богма К. А. Социальные оценки эффективности управления процессом модернизации системы здравоохранения России (на примере Ростовской области) : дис. ...канд. социол. наук. Ростов-на-Дону, 2016. 206 с.
61. Богуславський Є. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи. *Зовнішня торгівля: право та економіка*. 2008. № 4. С. 83-87.
62. Большой медицинский словарь. URL: <https://dic.academic.ru/contents.nsf/medic2/> (дата звернення: 01.08.2019).
63. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я в різних країнах. 2011. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf> (дата звернення: 05.09.2019).
64. Борщ В. І. Аналіз проблеми управління національною галуззю охорони здоров'я в умовах інтеграції, освіти, науки та бізнесу. *Інтеграція освіти, науки та бізнесу в сучасному середовищі: літні диспути* : тези доп. І Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (1-2 серпня 2019 р., м. Дніпро). Дніпро, 2019. 874 с. С. 68-73.
65. Борщ В. І. Економічна еволюція концепції управлінського капіталу. *Інфраструктура ринку. Електронний науково-практичний журнал*. 2017. Вип. 9. С. 129-138.
66. Борщ В. І. Інтелектуалізація системи управління охороною здоров'я. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2018. Т. 2. № 2-3. С. 11-20.
67. Борщ В. І. Місце сучасної моделі охорони здоров'я України у світовому медичному просторі. *Філософські засади медичної теорії та практики* : Матеріали VIII Наукового симпозиуму з міжнародною участю, присвяченого 100-річчю заснування Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України (27-28 вересня 2018 р., м. Київ) / Упор. С. В. Пустовіт, Л. А. Палей. Київ : Графіка і дизайн, 2018. С. 18-19.
68. Борщ В. І. Особливості імплементації механізмів стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров'я України. *Актуальные проблемы современной науки* : сборник тезисов научных трудов XLIII Международной научно-практической конференции (Харьков-Вена-Берлин-Астана, 29 августа 2019 года). Международный научный центр развития науки и технологий, 2019. С. 53-56.
69. Борщ В. І. Система охорони здоров'я в Україні: критичний погляд на медичну реформу. *Право, економіка та управління. Генезис, сучасний стан та перспективи розвитку* : зб. тез доп. наук.-практ. конф. Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2018. С. 316-319.
70. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. *Проблеми системного підходу в економіці. Збірник наукових праць*. Вип. 1 (69). Ч. 1. Київ, 2019. С. 73-79.
71. Борщ В. І. Управлінський капітал сучасного закладу охорони здоров'я: його місце та роль у структурі сукупного капіталу. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 16. С. 220-225.
72. Борщ В. І. Управління персоналом закладу охорони здоров'я: сучасна парадигма та тенденції розвитку. *III International Scientific Conference Integration of Business Structures:*

*Strategies and Technologies* : Conference Proceedings, February 22th, 2019. Tbilisi, Georgia: Baltija Publishing. Pp. 110-112.

73. Борщ В. И. Управленческий капитал как особая форма человеческого капитала. *Економічна політика держави в умовах трансформаційних змін* : Зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф. (Україна, м. Сімферополь, 15-16.02.2013 р.). Сімферополь : НО "Economics", 2013. Ч. 1. (2). С. 55-57.

74. Брукинг Э. Интеллектуальный капитал. Санкт-Петербург : Питер, 2001. 288 с.

75. Бутнік-Сіверський О. Б. Інтеллектуальний капітал (теоретичний аспект). URL: [http://www.ipdo.kiev.ua/files/articles/butnik-siverskiy\\_intelektual\\_capital\\_theoretical\\_aspect.doc](http://www.ipdo.kiev.ua/files/articles/butnik-siverskiy_intelektual_capital_theoretical_aspect.doc). (дата звернення: 30.04.2017).

76. Вардинець І. С., Тарасюк В. С., Семків М. П., Козаков Г. К. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник для вищих навч. закл. / за ред. проф. О. М. Голяченко Тернопіль : Лілея, 2002. 152 с.

77. Введено в дію закон щодо автономізації закладів охорони здоров'я. *Аптека.online.ua* : веб-сайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/433045> (дата звернення: 05.02.2019).

78. Вернерфельт Б. Ресурсная трактовка фирмы. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Менеджмент*. 2006. № 1. С. 103-118.

79. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. к. н. держ. упр. Київ, 2009. 20 с.

80. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 5 (1). С. 39-46.

81. Вороненко Ю. В., Москаленко В. Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 680 с.

82. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2014. № 1144. С. 94-96.

83. Герасимчук В. И., Сакова М. О. Аналіз міжнародних ризиків збуту вітчизняного медичного обладнання. *Сучасні проблеми економіки та підприємництва*. 2013. Випуск 12. С. 11-16.

84. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія. Київ : Юрінком Інтер, 2007. 720 с.

85. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76). С. 103-111.

86. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль : Академкнига, 2000. 312 с.

87. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Медичне право України: проблеми становлення та розвитку* : Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Львів, 19-20.04.2007). С. 73-79.

88. Гладун З. С. Професійні та службові права й обов'язки медичних працівників за законодавством України. URL: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvlkau\\_2016\\_3\\_23.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvlkau_2016_3_23.pdf). (дата звернення: 15.06.2019).

89. Глобальный индекс безопасности здоровья. *Nonews* : веб-сайт. URL : <https://nonews.co/directory/lists/countries/global-health-security-index> (дата звернення 02.01.2020)

90. Глоссарий по менеджменту. URL : <http://www.vocable.ru/dictionary/776/word/strategija>. (дата звернення: 27.02.2020)

91. Голубева М. Л. Медицинский менеджмент: специфика и подходы. *Российское предпринимательство*. 2011. Том 12. № 4. С. 126-129.

92. Гришан С. Рыночная модель ОМС в Украине наиболее реальная и жизнеспособная. *Forinsurer страхование* : веб-сайт. URL: <https://forinsurer.com/public/16/08/05/4733> (дата звернення: 12.01.2020).

93. Грищенко С. Підготовка та реалізація проектів публічно-приватного партнерства : практ. посіб. для органів місцев. влади та бізнесу. Київ : ФОП Москаленко О. М., 2011. 140 с.

94. Гришук С. М. Лікарняні каси як один з напрямків підготовки до впровадження медичного страхування. 2015. URL: <http://socpharm.nuph.edu.ua/files/2015/05/%D0%93%D1%80%D0%B8%D1%89%D1%83%D0%BA-%D0%A1.%D0%9C.pdf> (дата звернення: 21.02.2020)

95. Данченко О. Б., Ленський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проектів проектно-орієнтованого медичного закладу. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами. 2018. № 2 (1278). С. 45-52.

96. Демиденко О. Естонія: медичне страхування в дії. *Аптека.online.ua* : веб-сайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/34808>.

97. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моног. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. Київ : НАДУ, 2013. 396 с.

98. Державне регулювання економіки (2006). URL: <https://library.if.ua/book/72/5235.html> (дата звернення: 15.02.2020).

99. 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. Київ ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

100. Дідик Л. М. Фінансовий механізм управління діяльністю сучасного підприємства. *Економічний вісник НГУ*. 2011. № 2. С. 92-100.

101. Добрынин А. И., Дятлов С. А., Курганский С. А. Методология человеческого капитала. *Экономика образования*. 1999. № 1. С. 9-24.

102. Договір про співпрацю з медичним будинком Odrex. *Одеський національний медичний університет* : веб-сайт. URL : <http://onmedu.edu.ua/dogovir-pro-spiivpracju-z-medichnim-budinkom-odrex/> (дата 09.05.2019).

103. Долот В. Д. Основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 12. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=657> (дата звернення: 19.02.2020)

104. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658> (дата звернення: 10.12.2019)

105. Дорожня карта реформ (вересень 2016 – грудень 2017 рр.) / За ред. В. В. Міського. Київ, 2016. 72 с.

106. Дорожня карта реформ 2019-2023 рр. / Упорядник Б. Яцун. Київ, 2018. 74 с.
107. Доскеева Г. Ж. Развитие финансового менеджмента в системе здравоохранения Казахстана. 2009. URL: [http://www.rusnauka.com/25\\_NNP\\_2009/Economics/50562.doc.htm](http://www.rusnauka.com/25_NNP_2009/Economics/50562.doc.htm) (дата звернення: 12.10.2019).
108. Дубок І. П. Сутність та особливості державно-приватного партнерства. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. Вип. 2. С. 139-149.
109. Дукмасова А. Ю., Юнусова В. А., Меликсетян С. Н. Проблемы финансирования сферы здравоохранения в Российской Федерации. *Ростовский научный журнал*. 2019. URL: <http://rostjournal.ru/?p=5697> (дата звернення: 11.11.2019).
110. Дячук Д. Д. Концептуальне обґрунтування та побудова моделі стійкого вдосконалення організаційного розвитку закладу охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2012. № 4 (54). С. 30-37.
111. Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf> (дата звернення: 12.12.2019).
112. Жаринова А. Г. Теоретико-економічні підходи до визначення феномену інтелектуального капіталу. *Актуальні проблеми економіки*. 2011. № 1 (115). С. 5-15.
113. Жукова М. В. О развитии системы добровольного медицинского страхования в рамках социально-экономической модели здравоохранения. *Известия Тульского государственного университета. Экономические и юридические науки*. 2010. С. 143-150.
114. Жукова М. В. Социально-экономическая модель здравоохранения. *Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки*. 2011. С. 182-192.
115. Зарплати в медичній галузі на 60-70 % нижчі, ніж в промисловості. Прес-служба МОЗ України. *МОЗ України* : веб-сайт. URL: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre\\_20141017\\_g.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20141017_g.html) (дата звернення 10.07.2018).
116. Захаров В., Голикова Е. О зависимости благополучия страны и прогрессивности шкалы налогообложения. *Экономист*. 2015. № 8. С. 23-40.
117. Здравоохранение: экономика, маркетинг, менеджмент : учебн. пособ. / Под ред. д.э.н., академика НАН Украины А. А. Чухно. Симферополь : Таврида, 2001. 340 с.
118. Іванов Ю. Б., Бережна Ю. В. Інструментарій державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Економіка і регіон*. 2014. № 4. С. 101-106.
119. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. *Світ фінансів*. 2015. № 3. С. 71-81.
120. Ігнат'єва Г. Ф. Використання досвіду функціонування суспільно-солідарної системи керованої медичної допомоги в умовах децентралізації управління системою охорони здоров'я України. *Публічне адміністрування: теорія та практика*. 2014. № 1. URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2014-01\(11\)/9.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2014-01(11)/9.pdf) (дата звернення: 14.12.2019)
121. Индекс человеческого развития. *Гуманитарный портал* : веб-сайт. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/human-development-index> (дата звернення: 12.01.2020).
122. Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями / Под ред. Б. З. Мильнера. Москва : ИНФРА-М, 2011. 624 с.
123. Калачова І. Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України у 2009 році. Державний комітет статистики України, 2011. 130 с.
124. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 1 (8). С. 284-285.
125. Кара Н. І. Види стратегій та оцінювання впливу факторів зовнішнього середовища на діяльність підприємства. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. *Проблеми економіки та управління*. 2016. № 847. С. 97-102.
126. Карамішев Д., Радиш Я. Соціальне страхування в системі охорони здоров'я: суперечності та перспективи. *Зб. наук. праць НАДУ*. 2006. Вип. 1. С. 95-105.
127. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2014. № 3. С. 136-141.
128. Климова Е. В. Методы стратегического управления ресурсами организации здравоохранения. *Молодой ученый*. 2016. № 10 (114). С. 739-742.
129. Колесник М. Эффективная организация и управление персоналом в частной медицине, или Кадры решают все. *Український медичний часопис*. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/133067/effektivnaya-organizatsiya-i-upravlenie-personalom-v-chastnoj-meditsine-ili-kadry-reshayut-vse> (дата звернення: 11.01.2019).
130. Колоколов Г. Р. Медицинские услуги: как пациенту отстоять свои интересы. URL: <https://law.wikireading.ru/1606> (дата звернення: 08.11.2019).
131. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український медичний часопис*. 2013. № 4 (96). URL: <https://www.umj.com.ua/article/63259/transformaciya-sistemi-oxoroni-zdorov-ya-ukraini-stan-ta-perspektivi> (дата звернення: 19.02.2020).
132. Кочановская О. М., Михайлюк А. С. Эволюция современных инструментов финансового менеджмента в учреждениях здравоохранения. *Учет и статистика*. 2015. С. 78-84.
133. Краснова О. І. Багатоканальне фінансування охорони здоров'я України в контексті реформування галузі. *Економіка і регіон*. 2014. № 6 (49). С. 75-80.
134. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації / Слабкий Г. О. та інш. Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. Київ, 2010. 21 с.
135. Кропельницька С. О., Гринів Л. В., Гринів Н. В. Перспективи розвитку медичного страхування в умовах соціально-політичного становища України на шляху до Євроінтеграції. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. Випуск 10. С. 180-190.
136. Кузнецов Е. А. Методология профессионализации управлінської діяльності в Україні. Монографія. Херсон : ОЛДІ ПЛЮС, 2017. 382 с.
137. Кузнецов Е. А. Профессионализация управлінської діяльності: система, механізм та інноваційна динаміка. Монографія. Одеса : Наука і техніка, 2015. 368 с.
138. Курділь Н. В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я України: перспективи швидкого розвитку інфраструктури закладів екстреної медичної допомоги. *Медицина неотложных состояний*. 2013. № 2 (49). С. 129-130.
139. Лактионова Л. В. Современные стратегии развития многопрофильного медицинского учреждения федерального уровня. *Вестник новых медицинских технологий*.

*Электронный журнал*. 2013. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-strategii-razvitiya-mnogoprofilnogo-meditsinskogo-uchrezhdeniya-federalnogo-urovnya-1/viewer> (дата звернення: 17.08.2019).

140. Ласточкина М. А. Эффективность здравоохранения в зеркале модернизации. *Гуманитарные и научные исследования*. 2015. № 5-2 (45). С. 52-55.

141. Лачина Е. Ю., Вахитов Ш. М. Управление качеством медицинской помощи на основе деловой оценки персонала. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*. 2010. № 1. С. 18-20.

142. Лепихина Т. Л., Пепеляева А. В. Основные проблемы региональной концепции формирования менеджмента в здравоохранении. *Актуальные проблемы трансформации экономических систем* : Междунар. сб. науч. тр. / Отв. ред. Е. И. Лавров. Омск: ОмГУ, 2002. С. 155-157.

143. Лепский В. В. Модель разработки стратегии развития медицинского учреждения. *Управленец*. 2018. Том 9. № 3. С. 40-44.

144. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здорова нація*. 2010. 1 (13). С. 5-23.

145. Лікарські асоціації – реальна влада в медицині? *Ваше здоров'я* : веб-сайт. 2012. URL: <https://www.vz.kiev.ua/liarski-asociacii-realna-vlada-v-medicini/> (дата звернення 18.02.2020).

146. Ліштаба Л. В. Сучасний стан та особливості фінансування сфери охорони здоров'я в Україні. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2017. Вип. 1 (06). С. 19-23.

147. Лымаренко В. М. Факторы, обуславливающие необходимость применения стратегического управления в деятельности поликлинических учреждений здравоохранения. 2016. URL: <https://docplayer.ru/87354470-Apo-vpo-universitet-pri-mezhparlamentskoj-assamblee-evraziyskogo-ekonomicheskogo-soobshchestva-lymarenko-valeriy-mihaylovich.html> (дата звернення: 05.01.2020).

148. Маленков Ю. А. О классификациях стратегий компаний. *Эмитент. Существенные факты, события, действия. Единое информационно-аналитическое обеспечение промышленности и предпринимательства Северо-Западного региона РФ*. 2006. № 42 (173). URL: <https://www.cfin.ru/management/strategy/concepts/classification.shtml> (дата звернення: 29.02.2020).

149. Манилкина К. Ю. Особенности кадровой политики в здравоохранении России. *Вестник науки и образования*. 2017. Том 1. № 5 (29). С. 50-55

150. Маркс К., Энгельс. Ф. Сочинения: В 39 Т. Москва, 1955. Т. 24. 648 с.

151. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056> (дата звернення: 22.02.2020).

152. Мартынович А. Здравоохранение Прибалтики. *SOS-система* : веб-сайт. URL: <https://sos-system.org.ua> (дата звернення 10.12.2019).

153. Маршалл А. Принципы политической экономии. Том 1 / Пер. с англ. Р. И. Столпера. ; Общ. ред. С. М. Никитина. Москва : Прогресс, 1983. 416 с.

154. Мартякова О. В., Трикоз І. В. Механізм реалізації державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. *Часопис економічних реформ*. 2013. № 4 (12). С. 33-39.

155. Мацелюх Н. П., Максименко І. А. Історія економічної думки. Політична економія. Мікроекономіка. Макроекономіка ; 2-ге вид., перероб. і доп. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 382 с.

156. Медицина в современной Индии – здравоохранение в стране, уровень медицины. *IndiaMedicalTour* : веб-сайт. URL: <http://indiamedicaltour.com/about/> (дата звернення: 14.11.2019).

157. Мельниченко О., Удовиченко Н., Ємченко В. Критичний аналіз передового світового досвіду розвитку сфери охорони здоров'я та необхідність його адаптації до умов України. *Актуальні проблеми європейської та євроатлантичної інтеграції України* : матеріали XV регіональної науково-практичної конференції / за заг. ред. Л. Л. Прокопенка. Дніпро : Вид-во ДРІДУ НАДУ, 2018. С. 180-183.

158. Менгер К., Бем-Баверк Э., Физер. Ф. Австрийская школа в политической экономии. Москва : Экономика, 1992. 496 с.

159. Милль Дж. С. Основы политической экономии с некоторыми приложениями к социальной философии / Пер. с англ., биограф. очерк М. И. Туган-Барановского. Москва : Эксмо, 2007. 1040 с.

160. Миляков Н. В. Финансы. 2-е изд. Москва : ИНФРА-М, 2004. 543 с.

161. Минцберг Г., Куинн Дж. Б., Гошал С. Стратегический процесс / Под ред. Ю. Н. Каптурневского ; Пер. с англ. Санкт-Петербург : Питер, 2001.

162. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Джо. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы Москва : Весь Мир, 2002. 354 с.

163. Моссиалос Э., Томсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза. Москва : Весь мир, 2006. 224 с.

164. Надюк З. О. Державне регулювання ціноутворення на рику медичних послуг в Україні. *Економіка та держава*. 2008. № 5. С. 64-67.

165. Населення України. *Мінфін* : веб сайт. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/people/> (дата звернення: 23.01.2010).

166. Носулич Т. М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку. *Сталий розвиток економіки*. 2013. № 4. С. 195-201.

167. Обязательное медицинское страхование. URL: <https://www.renkuosilietuva.lt/ru/obazatelnoe-meditsinskoe-strahovanie/> (дата звернення: 22.12.2019).

168. Огляд медичних послуг України: розвиток приватних медичних мереж. *ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг* : веб-сайт. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/obzor-meditsinskih-uslug-ukrainy-razvitie-chastnyh-meditsinskih-setej> (дата звернення: 22.02.2020).

169. Огляд стану українського ринку медичного обладнання. *ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг* : веб-сайт. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/obzor-sostoynaniya-ukrainskogo-rynka-meditsinskogo-oborudovaniya> (дата звернення: 22.02.2020).

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



171. Описание системы здравоохранения Эстонии. *Eesti Haigekassa* : веб-сайт. URL: <https://www.haigekassa.ee/ru/kontaktpunkt/organizacia-sistemy-zdravoohranenia-v-estonii/opisanie-sistemy-zdravoohranenia-estonii> (дата звернення: 13.12.2019).
172. О системе здравоохранения Латвии. *Cross-border patient* : веб-сайт. URL: <http://www.crossborderpatient.lv/ru/o-sisteme-zdravoohranenija-latvii/> (дата звернення: 13.12.2019).
173. Осипова І. І. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня допустимості окремих видів медичної допомоги у 2010 році. : стат. зб. / Держ. ком. статистики України. Київ : Консультант, 2011. 166 с.
174. Основи економічної теорії: політекономічний аспект : підручник / Г. Н. Климко. В. П. Нестеренко. Л. О. Канищенко та ін. ; за ред. Г. Н. Климка. В. П. Нестеренка. Київ : Вища шк., 1999. 743 с.
175. Ошкордина А. А. Оценка использования трудовых ресурсов в медицинских учреждениях. *Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований*. 2016. № 27-2. С. 104-108.
176. Павловський А. Чи можлива в Україні гільна оплата праці? *Хвиля* : веб-сайт. URL: <http://hvylya.net/analytics/economics/chi-mozhliva-v-ukrayini-gidna-oplata-pratsi.html> (дата звернення: 05.02.2019).
177. Павлюк К. В. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах посткризового відновлення економіки. *Фінанси України*. 2013. № 2. С. 93-102.
178. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64-82.
179. Перший в Україні регіональний симпозиум з лікування туберкульозу. *Центр громадського здоров'я МОЗ України* : веб-сайт. URL: <https://www.phc.org.ua/news/pershiy-v-ukraini-regionalniy-simpozium-z-likuvannya-tuberkulozu> (дата звернення: 30.04.2020)
180. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування: Електронний збірник*. 2014. № 2. URL: [http://el-zbirn-du.at.ua/index/zmist\\_2014\\_2/0-16](http://el-zbirn-du.at.ua/index/zmist_2014_2/0-16) (дата звернення: 05.02.2019).
181. Петрух О. А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107-110.
182. Пирс Дж. ІІ, Робинсон Р. Стратегический менеджмент. 12-е издание. Питер, 2013. 549 с.
183. Поворозник М. Ю. Асиметричність фінансування охорони здоров'я у контексті формування ефективності надання медичних послуг за міжнародними стандартами. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип. 29. Ч. 1. С. 60-64.
184. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25-28.
185. Поживілова О. В. Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я. *Публічне адміністрування: теорія та практика. Електронний збірник наукових праць*. 2011. № 1 (5). URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11povsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11povsoz.pdf)
186. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я: підручник : у 2 т. / авт. кол. : за ред. М. М. Білинська. 356 с.

187. Поліщук М. Економічні важелі реформування галузі охорони здоров'я. *Forinsurer* : веб-сайт. URL: <http://forinsurer.com/public/06/05/11/2426> (дата звернення 23.01.2020)
188. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. Київ : НІСД, 2012. 96 с.
189. Потрубач Н. Н., Борисевич А. Н. Проблемы развития человеческого капитала. *Микроэкономика*. 2008. № 3. С. 45-50.
190. Проект рекомендацій парламентських слухань на тему: «Сучасний стан, шляхи і перспективи реформи у сфері охорони здоров'я України». *Аптека.online ua* : веб-сайт URL: <https://www.apteka.ua/article/235648> (дата звернення: 27.10.2019).
191. Радаев В. В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация. *Экономическая социология*. 2002. Т. 3. № 4. С. 20-32.
192. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения. *Nonews* : веб-сайт. URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health> (дата звернення: 12.11.2019).
193. Реформа системи охорони здоров'я - 2019: нормативна база, фінансування, засади. *Uteka.ua* : веб-сайт. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/news-14-novosti-zakonodatelstva-1-reforma-sistemy-zdravoohraneniya-2019-normativnaya-baza-finansirovanie-principy>
194. Реформування системи охорони здоров'я в Україні (Ч. 1): дослідження стану охорони здоров'я в Україні та запропонованої медреформи. *Пулічний аудит* : веб-сайт. URL: <http://publicaudit.com.ua/reports-on-audit/doslidzhennya-stanu-ohoroni-zdorov-ya-v-ukrayini-ta-zarproponovanih-medreform/> (дата звернення: 27.10.2019).
195. Реформа системи охорони здоров'я. *Урядовий портал* : веб-сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovu> (дата звернення: 16.02.2020).
196. Ридзель Ю. М. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України : дис. ... канд. екон. наук. Чернівці, 2020. 258 с.
197. Рикардо Д. Сочинения. Том 1. Начала политической экономии и налогового обложения. Москва : Госполитиздат, 1955. 339 с.
198. Ринк медичних виробів: досягнення та виклики 2018–2019 рр. *Аптека online* : веб-сайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/496275> (дата звернення: 16.02.2020).
199. Ринк медичних послуг в Україні: є простір для розвитку. *Pro Consulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг* : веб-сайт. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/gupok-medicinskih-uslug-v-ukraine-est-prostranstvo-dlya-razvitiya> (дата звернення: 16.02.2020).
200. Рожкова І. В. Розвиток механізмів формування консолідованого бюджету на охорону громадського здоров'я в Україні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2009. № 1. С. 59-68.
201. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження первинної медико-санітарної допомоги. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2012. Вип. 4. С. 114-123.
202. Розвиток антикризового управління охороною громадського здоров'я на місцевому рівні: теоретико-методологічні засади : метод. реком. / авт. кол.: Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк, І. В. Рожкова та ін. ; за ред. І. М. Солоненко. Київ : НАДУ, 2011. 72 с.

203. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : метод. рек. / авт. кол. Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. Київ : НАДУ, 2013. 48 с.
204. Романова Т. Ф., Андреева О. В., Богославцева Л. В., Отришко М. О. Финансовый аспект развития российской системы здравоохранения в условиях бюджетных реформ : Монография. РГЭУ «РИНХ». Ростов-на-Дону, 2014. 308 с.
205. Руденко В. В. Сучасний стан фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. Вип. 19. С. 1129-1138.
206. 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. № 2 (4). С. 89-99.
207. Сазонець І. Л., Зима І. Я. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 12. URL: [http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/12\\_2018/4.pdf](http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/12_2018/4.pdf) (дата звернення: 16.02.2020).
208. Самуэльсон П., Нордхаус В. Экономика. Москва : Вильямс, 2010. 1360 с.
209. Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я України: принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2019. № 8 (218). С. 62-69. DOI 10.32752/1993-6788-2019-1-218-62-69
210. Светличная Т. В., Пшенко О. Ю. Финансовый менеджмент в здравоохранении : учебное пособие. Изд. 2-е, испр. и доп. Архангельск : Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. 150 с.
211. Семигіна Т. Етичний вимір політики охорони здоров'я. URL: [http://ekmail.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/2499/Semigina\\_etychnyy\\_vymir\\_polityky.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ekmail.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/2499/Semigina_etychnyy_vymir_polityky.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 01.01.2020).
212. Сіташ Т. Д., Підгаєць С. В. Державно-приватне партнерство в охороні здоров'я: прагматика та пріоритети. *Інноваційна економіка*. 2012. № 2 (28). С. 316-318.
213. Сибурина Т. А., Мишина О. С. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. 2011. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/30/> (дата звернення: 12.12.2019).
214. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. *Forinsurer* : веб-сайт. URL: <https://forinsurer.com/public/03/04/17/1047> (дата звернення: 08.11.2019).
215. Скільки заробляють медики в Україні. 2019. URL: <https://moneyveo.ua/uk/article/skilky-zarobliaut-medyky-2019/> (дата звернення 17.01.2020).
216. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. Москва : Эксмо, 2009. 956 с.
217. Сокирко О. С., Кобзар І. А., Ханалієва І. С. Розвиток медичного страхування: зарубіжний досвід та можливості його використання в Україні. *Економіка і суспільство*. 2018. № 19. С. 1139-1145.
218. Солоненко І. М., Пак С. Я. Удосконалення організаційно-правових засад діяльності місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я в Україні. *Сучасні питання економіки і права*. 2011. Вип. 1. С. 102-110.
219. Солоненко І. М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ : Фенікс, 2008. 276 с.

220. Співак М. В. Державна політика здоров'язбереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2016. 536 с.
221. Стадник Г. Лікарняні каси як проміжний етап страхової медицини? *Українська правда* : веб-сайт. URL: <https://www.pravda.com.ua/inozmi/deutsche-welle/2013/03/22/6986200/> (дата звернення: 08.11.2019).
222. Степурко Т., Грига І. Компетенція адміністраторів в охороні здоров'я: реалії та перспективи. Аналітична записка НСЗ / Інститут економічних досліджень та політичних консультацій. 2013. 12 с. URL: [http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy\\_Briefing\\_Series/2013/PB\\_03\\_2013\\_ukr.pdf](http://www.ier.com.ua/files/publications/Policy_Briefing_Series/2013/PB_03_2013_ukr.pdf) (дата звернення: 22.07.2019).
223. Стецюк Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук. Київ, 2009. 22 с.
224. Стратегия бизнеса. Справочник. URL: [http://slovari.yandex.ru/Лопатников/Стратегия\\_бизнеса](http://slovari.yandex.ru/Лопатников/Стратегия_бизнеса) (дата звернення: 27.02.2020).
225. Сучасний стан системи охорони здоров'я: чи є світло в кінці тунелю? URL: <https://rivnepost.rv.ua/news/suchasniy-stan-sistemi-okhoroni-zdorovya-chi-e-svitlo-v-kintsitunelyu> (дата звернення: 27.10.2019).
226. Схема субъектов СМС: международный опыт. URL: <https://en.ppt-online.org/553785> (дата звернення: 14.12.2019).
227. Сэй Ж.-Б. Трактат по политической экономии. Москва, 2007. 67 с.
228. Татаринев А. П. Подходы к оптимизации модели финансирования и организации здравоохранения в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2015. Вып. 2 (20). С. 38.
229. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Навчально-довідкове видання / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський, С. Д. Пономаренко, Т. С. Грузєва, Г. В. Курчатова ; Під заг. ред. В. М. Пономаренко. Київ ; Львів : Ліга-Прес, 2003. 100 с.
230. Тернова С. Медичний туризм в Україні: можливості vs реальність. *Ваше здоров'я*. 2019. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medychnyj-turyzm-v-ukrayini-mozhlyvosti-vs-realnist/> (дата звернення: 23.02.2020).
231. Тригоб'юк С. С. Стратегічне мислення як основа сучасного стратегічного планування. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2008. № 633. С. 718-720.
232. Толпежников Р. О. Управління змінами сукупного потенціалу підприємства. *Ефективна економіка*. 2015. № 3. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=4930> (дата звернення: 13.02.2019).
233. Угода щодо державно-приватного партнерства в секторі охорони здоров'я. *United nations Ukraine* : веб-сайт. URL: <http://www.un.org.ua/ua/informatsiinyi-tsentr/news/4345-uhoda-shchodo-derzhavno-pryvatnoho-partnerstva-v-sektori-okhorony-zdorovia-2> (дата звернення 09.05.2019).
234. Упрощенная модель мотивации через потребности. URL: <https://studopedia.info/1-67698.html> (дата 11.07.2018).
235. Усачева И. Ю., Демина В. В. Содержание дефиниции «стратегический менеджмент» в процессе развития теории стратегического управления. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Экономика*. 2017. № 3. С. 61-69.

236. Устинов А. В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для усіх громадян. *Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики* : веб-сайт. 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/article/140879/medichna-reforma-vidomchi-medichni-zakladi-stanut-dostupnimi-dlya-usih-gromadyan> (дата звернення 18.02.2020).
237. Фармацевтичний ринок України 2019-2020: діагностика та прогноз. *Аптека online* : веб-сайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/515352> (дата звернення: 16.02.2020).
238. Фельдман М. А. Страховая модель здравоохранения в России на пути от замысла до цели: управленческие аспекты. *Вопросы управления*. 2015. С. 162-170.
239. Филиппова М. С., Хаматнурова Е. Н. Стратегическое управление производством в менеджменте предприятия. *Управление экономическими системами: Электронный научный журнал*. 2013. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategicheskoe-upravlenie-proizvodstvom-v-menedzhmente-predpriyatiya-2/viewer> (дата звернення: 29.02.2020).
240. Финансовый менеджмент в здравоохранении : учебное пособие / Г. М. Гайдаров, Н. С. Апханова, Е. В. Бардымова ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Иркутск : ИГМУ, 2016. 48 с.
241. Финансы. Учебник / Под ред. В. М. Родионовой. Москва : Финансы и статистика, 1995. 523 с.
242. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта. *Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)*. Москва, 1999. С. 8-11.
243. Фролова В. В. Систематизация подходов к классификации стратегий развития предприятия. *Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева*. 2009. С. 3-9.
244. Фундаментальные основы политики здравоохранения / Под ред. О. П. Щепина. Москва, 1999.
245. Хадькова Л. Т. Проблема интеллектуализации в экономике. *Экономическая теория*. 2017. № 5 (150). С. 11-13.
246. Хендерсон Р. И. Компенсационный менеджмент. Стратегия и тактика формирования заработной платы и других выплат. Санкт-Петербург : Питер, 2004. 880 с.
247. Чемяков В. П. Грейдинг : технология построения системы управления персоналом. Москва : Вершина, 2007. 208 с.
248. Чемяков В. Точный расчет или работа над ошибками. *Официальный сайт Национального союза кадровиков* : веб-сайт. URL: <http://www.kadrovik.ru/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=671> (дата звернення: 20.04.2016).
249. Шаповалов Ю. В., Мамаева В. Ю. Особенности управления персоналом в сфере здравоохранения. *Вестник Омского университета. Серия «Экономика»*. 2005. С. 90-94.
250. Шаповалов Ю. В. Анализ кадровых процессов и формирование кадровой политики медицинской организации. *Омский научный вестник*. 2006. С. 160-164.
251. Шарабчиев Ю. Т. Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против. *Международные обзоры: клиническая практика и здоровье*. 2014. № 2. С. 54-66.
252. Швайка Л. А. Державне регулювання економіки : Навчальний посібник. Київ : Знання, 2006. 435 с.

253. Шевченко М. В. Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні (за даними Національних рахунків охорони здоров'я). *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 2 (14). С. 84-88.
254. Шевчук В. В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. *Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»]*. Сер. : Державне управління. 2014. Т. 235. *Наук* Вип. 223. С. 128-132.
255. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.
256. Шершньова З. Є., Оборська С. В., Ратушний Ю. М. Стратегічне управління : Навч.-метод. посібник. Київ : КНЕУ, 2001. 232 с.
257. Шишкин С. В. Формальні та неформальні правила оплати медичної допомоги. *Мир России*. 2003. № 3. С. 104-129.
258. Шупа Л. Досвід естонського медичного страхування для впровадження в Україні. *Економічний аналіз*. 2018. Т. 28. № 1. С. 168-171.
259. Шутов М. М. Экономические основы рыночного здравоохранения. Донецк : ВИК, 2002. 294 с.
260. Щепин О. П., Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник. 2011. 592 с. URL: [http://vmede.org/sait/?page=6&id=Obsshesyvennoe\\_3d\\_shepin\\_2011&menu=Obsshesyvennoe\\_3d\\_shepin\\_2011](http://vmede.org/sait/?page=6&id=Obsshesyvennoe_3d_shepin_2011&menu=Obsshesyvennoe_3d_shepin_2011)
261. Щербиніна М. Б., Скирда І. Ю. Реформа системи охорони здоров'я України: проблеми сьогодення. *Новості медицини і фармації*. 2012. № 4 (402). URL: [http://www.mif-ua.com/archive/article\\_print/26830](http://www.mif-ua.com/archive/article_print/26830) (дата звернення: 01.03.2018).
262. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України ; редкол.: П. С. Мельник [та ін.]. Київ : Медінформ, 2018. 458 с.
263. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності систем охорони здоров'я України. 2016 рік : доповідь [для керівників і спеціалістів органів законодавчої та виконавчої влади усіх рівнів, організаторів охорони здоров'я, науковців, лікарів, громадськості]. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України ; ред. П. С. Мельник [та ін.]. Київ : Коломіцин В. Ю., 2017. 516 с.
264. Що таке концесія: правовий лікбез. URL: <http://loyer.com.ua/uk/shho-take-kontsesiya-pravovij-likbez/> (дата звернення: 30.04.2019).
265. Що таке ЛК?. Всеукраїнська громадська організація. *Асоціація працівників лікарняних кас України* : веб-сайт. URL: [http://likkasa.com/?page\\_id=20](http://likkasa.com/?page_id=20) (дата звернення: 18.01.2020).
266. Черненко В. Е., Рудий В. М. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України. Київ : SOCON ltd, Академ-прес, 2009. 112 с.
267. Экономика здравоохранения : учебное пособие / под общ. ред. А. В. Решетникова. 2-е изд., испр. и доп. Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2004. 272 с.
268. Энтов Р. М. Экономическая теория Дж. Р. Хикса. URL : [http://polbu.ru/hiks\\_capital/ch00\\_i.html](http://polbu.ru/hiks_capital/ch00_i.html) (дата звернення: 12.04.2017).
269. Юридична енциклопедія : в 6 т. Т. 3. Київ : Вид-во «Укр. енцикл.» ім. М. П. Бажана, 2001. 782 с.

270. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. *Реанімаційний пакет реформ* : веб сайт. URL: [https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin\\_11.Toronto\\_Ohoroņa\\_zdorovya.pdf](https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohoroņa_zdorovya.pdf) (дата звернення: 19.02.2020).
271. Як утамувати «кадровий голод»? / О. Камська, О. Березкіна, О. Шуткевич [та ін.]. *Ваше здоров'я*. 2018. № 17-18 (1457-1458). С. 16-19.
272. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Юридичні науки*. 2017. № 876. С. 227-235.
273. Abdulaziz Saddique Strategic management of Healthcare Organizations. 2015. Retrieved from: [https://www.researchgate.net/publication/276019548\\_Strategic\\_management\\_of\\_Healthcare\\_Organizations](https://www.researchgate.net/publication/276019548_Strategic_management_of_Healthcare_Organizations)
274. Alexa J., Rečka L., Votápková J. et al. Czech Republic: Health System Review. 2015. *Health Systems in Transition*. 193 p.
275. Allin S., Rudoler D. The Canadian Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/canada/>
276. An Overview of the Healthcare System in Greece. *Health Management. Promoting management and leadership*. 2010. Volume 10. Issue 2. Pp. 12-18.
277. Anell A., Glenngård A. H., Merkur S. Sweden: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2012. Vol. 14, Issue 5. 187 p.
278. Becker G. S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education. New York, Columbia University Press, 1975. 286 p.
279. Beveridge W. Full employment in a free society. London, 1944.
280. Blümel M., Busse R. The German Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>
281. Borshch V. Financial model of healthcare system reformation. *Людина як цілісність: філософсько-методологічні, соматичні та суспільно-психологічні аспекти здоров'я* : зб. тез доп. Міжнародної науково-практичної конференції (21 червня 2018 р.). Одеса, 2018. Pp. 145-147.
282. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and ways of its improving in Ukraine. *Baltic Journal of economic studies*. 2018. Vol. 4. № 4. Pp. 56-61. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/2018-4-4-56-61>
283. Bourdieu P. Forms of capital, the sociology of economic life. 2<sup>nd</sup> ed. Boulder, Westview Press, 2001. 536 p.
284. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. In: *European observatory on health systems and policies*. Copenhagen, 2014. Pp. 121-122.
285. Camenzind P. The Swiss Health Care System, 2015 in Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. (eds.) *International Profiles of Health Care Systems*. (2016).
286. Central Bureau of Health Intelligence. National Health Profile, 2016. Retrieved from: [www.cbhidghs.nic.in](http://www.cbhidghs.nic.in)

287. Charter on Social Rights №. 995\_418 (February 15, 1982). Retrieved from [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_418?lang=en](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_418?lang=en)
288. Charter adopted at an international conference on health promotion. *The move towards a new public health* (November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada). Retrieved from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
289. Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrani S. B. et al. France: Health system Review. *Health Systems in Transition*. 2010. Vol. 12, Issue 6. 326 p.
290. Coronavirus (COVID-19). *World Health Organization* : web-site. 2020. Retrieved from: <https://covid19.who.int/>
291. COVID-19 Crisis Management Plan. Schlumberger. 2020. Retrieved from: <https://www.slb.com/who-we-are/hse/covid-19>
292. COVID-19 pandemic. Humanity needs leadership and solidarity to defeat the coronavirus. United Nations Development Programme : web-site. 2020. Retrieved from: <https://www.undp.org/content/undp/en/home/covid-19-pandemic-response.html>
293. Current health expenditure (% of GDP). *The World Bank Data* : web-site. Retrieved from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
294. Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C. & Steel D. United Kingdom: health system review. In: *European observatory on health systems and policies*. Copenhagen. 2015. Pp. 18-19.
295. De Lew N., Greenberg G. & Kinchen K. A layman's guide to the U.S. health care system. *Health Care Financial Review*. 1992. Vol. 14 (1). Pp. 151-169.
296. Deber R. B. Health care reform: lessons from Canada. *American Journal of Public Health*. 2003. Vol. 93 (1). Pp. 20-24. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.1.20>
297. Dhalla I. A., Guyatt G. H., Stabile M., Bayoumi A. M. Broadening the base of publicly funded health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2011. Vol. 183 (5). Pp. E296-E300. doi: <http://dx.doi.org/10.1503/CMAJ.100999>
298. Doctor / Physician Average Salaries in Greece 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=84&loctype=1&job=13&jobtype=2>
299. Doctor / Physician Average Salaries in Latvia 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=118&loctype=1&job=13&jobtype=2>
300. Doctor / Physician Average Salaries in Lithuania 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=124&loctype=1&job=13&jobtype=2>
301. Doctor / Physician Average Salaries in Russia 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=179&loctype=1&job=13&jobtype=2>
302. Doctor / Physician Average Salaries in Japan 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=107&loctype=1&job=13&jobtype=2>
303. Doctor salary in Canada. *Neuvoo* : web-site. Retrieved from: <https://neuvoo.ca/salary/?-job=Doctor>
304. Doctor Salaries in India. *Glassdoor* : web-site. Retrieved from: [https://www.glassdoor.co.in/Salaries/india-doctor-salary-SRCH\\_IL.0.5\\_IN115\\_K06.12.htm](https://www.glassdoor.co.in/Salaries/india-doctor-salary-SRCH_IL.0.5_IN115_K06.12.htm)
305. Doctor Salary How much does a Doctor make in Italy? *Salaryexpert* : web-site. Retrieved from: <https://www.salaryexpert.com/salary/job/doctor/italy>

306. Donatini A. The Italian Health Care System. *International Health Care System Profiles* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/italy/>
307. Dundar M., Subasioglu Uzak A., Karabulut Y. Healthcare in overview of Turkey. *EPMA J.* 2010 Dec. Issue 1 (4). Pp. 587-594. doi: 10.1007/s13167-010-0049-7
308. Durand-Zaleski I. The French Health Care System. *International Health Care System Profiles* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/>
309. Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A. Greece: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2017. Vol. 19. № 5. 196 p.
310. European Code of Social Security. Treaty №. 048. Retrieved from: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/048>
311. Evaluating the initial impact of COVID-19 containment measures on economic activity. *OECD* : web-site. 2020. Retrieved from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/evaluating-the-initial-impact-of-covid-19-containment-measures-on-economic-activity/>
312. Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic. *Social Science and Medicine.* 1980. Vol. 14a. № 5. Pp. 401.
313. Fuzhan Nasiri, Osama Moselhi. Healthcare facilities maintenance management: a literature review. *Journal of Facilities Management.* 2017. Vol. 5, № 4, Pp. 1-24.
314. Flood C. M., Haugan A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Economics, Policy and Law.* 2010. Vol. 5 (3). Pp. 219-341. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133110000046>
315. Gapenski Louis C. Healthcare finance. An introduction to accounting and financial management. Third edition. 2005. 623 p.
316. General Comment № 14 (2000). *The right to the highest attainable standard of health* (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) Retrieved from: [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en)
317. Glenngård A. H. The Swedish Health Care System. *International Health Care System Profiles* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/>
318. Glover L. The Australian Health Care System. *International Health Care System Profiles* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/>
319. Global health care outlook. Shaping the future. 2019. Retrieved from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>
320. Global health care outlook. 2019. Shaping the future. Deloitte. 41 p.
321. Global Health Expenditure Database. Retrieved from: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
322. Global health security Index. Retrieved from: <https://www.ghsindex.org/about/>
323. Gudwani A., Mitra P., Puri A. et al. India Healthcare: Inspiring Possibilities, Challenging Journey. McKinsey and Co., Jan. 2012. 100 p.
324. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations Economic Commission for Europe. United Nations, 2008. Retrieved from: <https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>

325. Gupta I., Chowdhury S. Public Financing for Health Coverage in India: Who Spends, Who Benefits and At What Cost?. *Economic & Political Weekly.* 2014. Issue 49 (35). Retrieved from: <https://www.epw.in/journal/2014/35/special-articles/public-financing-health-coverage-india.html>
326. Gupta I., Bhatia M. The Indian Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/india/>
327. Gürsoy K. An Overview of Turkish Healthcare System after Health Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges, and Policy Options. *Journal of Social Security.* 2015. Issue 7. Pp. 83-112. doi: 10.21441/sguz.2015717913
328. Hai Fang. The Chinese Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/china/>
329. Health expenditure as a percentage of gross domestic product in selected countries in 2018. *Statista* : web-site. Retrieved from: <https://www.statista.com/statistics/268826/health-expenditure-as-gdp-percentage-in-oecd-countries/>
330. Health and Medical Average Salaries in Czech Republic 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=57&loctype=1&job=2&jobtype=1>
331. Health and Medical Average Salaries in China 2020. *Salaryexplorer* : web-site. Retrieved from: <http://www.salaryexplorer.com/salary-survey.php?loc=44&loctype=1&job=2&jobtype=1>
332. Health Care in Turkey. *All about Turkey* : web-site. Retrieved from: <http://www.allaboutturkey.com/health.htm>
333. Helge Sigurd Næss-Schmidt, Jonas Bjarke Jensen, Benjamin Barner Christiansen, Laura Virtanen, Astrid Leth Nielsen. COVID-19 Exit strategies. Learnings from three Scandinavian countries. April 2020. Retrieved from: <https://www.copenhageneconomics.com/publications/publication/covid-19-exit-strategies>
334. Helge Sigurd Næss-Schmidt, Jonas Bjarke Jensen, Benjamin Barner Christiansen, Laura Virtanen. Economic consequences of the COVID-19 pandemic. March, 2020. Copenhagen Economics. 12 p. Retrieved from: <https://www.copenhageneconomics.com/publications/publication/economic-consequences-of-the-covid-19-pandemic>
335. Higgins J. M. Organizational Policy and Strategic Management: Text and Cases. 2nd ed. Chicago, The Drydent Press, 1983.
336. Hsiao W. C. Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law.* 1992. Vol. 17 (4). Pp. 613-636. doi: <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-17-4-613>
337. Human rights and health. *WHO* : official web-site. Retrieved from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
338. Hwang G. Going separate ways? The reform of health insurance funds in Germany, Japan and South Korea. *Policy Studies.* 2008. Vol. 29 (4). Pp. 421-435. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01442870802482190>
339. Ideal hospital realization and maintenance framework manual. Department of health, Pretoria, 2018.
340. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Third edition Updated estimates and analysis. International Labour Organization, 2020. 23 p. Retrieved from:

[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_743146.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_743146.pdf)

341. International Health Tourism in Turkey. 2019. *Lexology* : web-site. Retrieved from: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=640bb91d-e7b6-4ef4-bf87-2fd5abf8f69b&>

342. International Physician Compensation Report 2019: Do US Physicians Have It Best? *Medscape* : web-site. Retrieved from: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-international-compensation-report-6011814#16>

343. Jaworzynska M. Using tools of strategic management in medical facilities of Lublin region. *Engineering Management in Production and Services*. 2017. Vol. 9, Issue 2. Pp. 82-89.

344. Jiang C. & Ma J. Analyzing the Role of Overall Basic Medical Insurance in the Process of Universal Health Coverage. *Chinese Health Service Management*. 2015. Vol. 2 (320). Pp. 108-110.

345. Kaufman Hall & Associates, Inc. A Guide to Financing Strategies for Hospitals With Special Consideration for Smaller Hospitals. Chicago: Kaufman, Hall & Associates, Inc. 2010. 33 p.

346. Koziarkevich A. Benefit package and cost of services – Health Basket. Krakow-Warszawa, 2005. Report 1. Retrieved from: [http://www.ehma.org/files/Benefit\\_Report\\_Poland.pdf](http://www.ehma.org/files/Benefit_Report_Poland.pdf).

347. Kulesher R., Forrestal E. International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*. 2014. Vol. 3. № 4. Pp. 127-139.

348. Maio V., Manzoli L. The Italian health care system: W.H.O. ranking versus public perception. *Pharmacy and Therapeutics*. 2002. Vol. 27 (6). Pp 301-308.

349. Marchildon G. P. Canada: Health System Review. *Health systems in transition*. 2013. Vol. 15. № 1. 187 p.

350. Matsuda R. Sollege od Socual Sciences. Ritsumeikan University. 2015. 15 p.

351. Matsuda R. The Japanese Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/>

352. McFall-Johnsen, Juliana Kaplan, Lauren Frias, Morgan. A third of the global population is on coronavirus lockdown – here's our constantly updated list of countries and restrictions. *Business Insider Australia* : web-site. Retrieved from: <https://www.businessinsider.com.au/countries-on-lockdown-coronavirus-italy-2020-3>

353. Medical doctor salary. How much does a Medical Doctor make in Estonia? *Salaryexpert* : web-site. Retrieved from: <https://www.salaryexpert.com/salary/job/medical-doctor/estonia>

354. Medical Doctor Salary. How much does a Medical Doctor make in Turkey? *Salaryexpert* : web-site. Retrieved from: <https://www.salaryexpert.com/salary/job/medical-doctor/turkey>

355. Mitenbergs U., Misins J., Taube M, Quentin W. et al. Latvia: Health system review. *Health systems in transition*. August 2012. 217 p.

356. Nay O., Béjean S., Benamouzig D. et al. Achieving Universal Health Coverage in France: Policy Reforms and the Challenge of Inequalities. *Lancet*. 2016. Issue 387(10034). Pp. 2236-2249.

357. Normand C. H., Weber A. Social Health Insurance: a guidebook for planning. Copenhagen: WHO, 1994. 136 p.

358. OECD. Reviews of Health Systems: Switzerland, 2011.

359. Phillpott S. Top 10 Countries with the Highest Salaries for Doctors. *CareerAddict. Working Abroad* : web-site. Retrieved from: <https://www.careeraddict.com/top-5-countries-with-the-highest-paid-salaries-for-doctors>

360. Planning Commision of India, 2011.

361. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. Russian Federation: health system review. In: *European observatory on health care systems*. Copenhagen, 2011. 96 p.

362. Porter M. E. Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. New York; The Free Press, 1998. 397 p.

363. Prahalad C. K., Hamel G. The Core Competence of the Corporation. In: *Harward Business Review*. 1990. May-June. Pp. 79-91.

364. Press Information Bureau Government of India. *Ministry of Labour & Employment* : official web-site. Retrieved from: <https://pib.gov.in/newsite/printrelease.aspx?relid=117875>

365. Real-time data show virus hit to global economic activity. 22 March 2020. Retrieved from: [www.ft.com](http://www.ft.com)

366. Reddy C. 22 High Paying Countries for Doctors in the World to Immigrate. Retrieved from <https://content.wisestep.com/highest-paying-countries-doctors/>

367. Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y. et al. United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2013. Vol. 15 (3). 431 p.

368. Rodwin V. G. The health care system under French national health insurance: lessons for health reform in the United States. *American Journal of Public Health*. 2003. Vol. 93 (1). Pp. 31-37. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.1.31>

369. Rumelt R. P. Towards a strategic theory of the firm. In: *Competitive Strategic Management* / ed. by R.B. Lamb, E. Cliffs. New York : Prentice Hall, 1984. Pp. 556-570.

370. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. In: *Observatory on health systems and policies*. Copenhagen, 2016. Pp. 3-15.

371. Shendel D. E., Hatten K. J. Business Policy or Strategic Management: A Broader View for an Emerging Discipline. In: *Academy of Management Proceedings*. 1972. Pp. 99-102.

372. Simonet D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2010. Vol. 23 (5). Pp. 470-488. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011050510>

373. Song Z., Hu Q. Development Forecast of Commercial Health Insurance in the Period of the Thirteenth Five-Year Plan. *China Insurance*. 2016. Vol. 5. Pp. 12-15.

374. Speziale G. Strategic management of a healthcare organization: engagement, behavioural indicators, and clinical performance. *European Heart Journal Supplements*. 2015. 17. A3-A7. doi:10.1093/eurheartj/suv003

375. Statistics Sweden, Systems of Health Accounts (SHA) 2001-2014. Retrieved from: [www.scb.se](http://www.scb.se).

376. Steffen M. The French health care system: liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2010. Vol. 35 (3). Pp. 353-387. doi: <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-2010-003>

377. Sturny I. The Swiss health care system. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/switzerland/>

378. Swayne L. E., Duncan W. J., Ginter P. M. Strategic management of health care organizations. 5th ed. Blackwell Publishing, 2006. 888 p.

379. Tataru K., Okamoto E. Japan: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2009. Vol. 11 (5). 189 p.

380. Teece D. J., Pisano G., Shuen A. Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*. 1997. Vol. 18. № 7. Pp. 509-533.

381. The U.S. Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)

382. Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A., Cylus J., Karanikolos M., Kluge H. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. WHO Regional Office for Europe. European Observatory on health systems and policies (Policy Summary 12). Copenhagen, 2014. Pp. 7-9.

383. Thorlby R., Arora S. The English Health Care System. *International health care systems profile* : web-site. Retrieved from: <https://international.commonwealthfund.org/countries/england/>

384. Transformation Program: Main Successes, Performance Assessment, Further Challenges, and Policy Options. *Sosyal Güvençe Dergisi*. 2015. Sayı 7. Pp. 83-112.

385. Turkish Health Transformation Program and Beyond. 2018. *The World bank* : web-site. Retrieved from: <https://www.worldbank.org/en/results/2018/04/02/turkish-health-transformation-program-and-beyond>

386. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 3 March 2020. World Health Organization : web-site. Retrieved from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>

387. World Industry Outlook, Healthcare and Pharmaceuticals, The Economic Intelligence Unit, September 2018.

388. Yang B. Issues in health care delivery: case of Korea, Paper presented at the international Seminar on Health Financing and Health Insurance in Selected Countries in Asia. Bali, Indonesia, 10-14 December 1990, in W. C. Hsiao, William, "Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another". *Journal of Health Politics Policy and Law*. 1990. Vol. 17 (4). Pp. 613-636.

389. Yip W., Mahal A. The Health Care Systems of China and India: Performance and Future Challenges. *Health Affairs*. 2008. № 27. Pp. 923.

390. Zahra Yousefli, Fuzhan Nasiri, Osama Moselhi. Healthcare facilities maintenance management: a literature review. *Journal of Facilities Management*. July 2017. Pp. 1-24. doi: 10.1108/JFM-10-2016-0040

## ДОДАТКИ

### Додаток А

Таблиця А.1 – Рейтинг країн за витратами на охорону здоров'я, за даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2018)

Країна	Обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, %	Витрати на одного громадянина в рік, дол. США	Покриття населення необхідною медичною допомогою, %
США	16,9	102461	≥80
Швейцарія	12,2	99562	≥80
Німеччина	11,2	5033	79
Франція	11,2	4380	≥80
Швеція	11	59055	≥80
Японія	10,9	4169	≥80
Канада	10,7	4755	98-99
Данія	10,5	5800	≥80
Бельгія	10,4	4507	≥80
Австрія	10,3	4940	≥80
Норвегія	10,2	79363	≥80
Нідерланди	9,9	4911	≥80
Великобританія	9,8	3859	≥80
Нова Зеландія	9,3	3937	≥70
Австралія	9,3	5332	≥80
Бразилія	9,2	929	77
Португалія	9,1	1908	≥70
Фінляндія	9,1	4206	79
Республіка Молдова	9	191	65
Чилі	8,9	1382	65
Іспанія	8,9	2506	≥70
Італія	8,8	2840	≥80
Ісландія	8,3	60864	68
Корея	8,1	2283	≥70
ЮАР	8,1	499	60
Іран	8,1	475	60
Словенія	7,9	1920	65
Греція	7,8	1517	70
Коста Рика	7,5	869	65
Чеська Республіка	7,5	1476	73
Ізраїль	7,5	3145	≥80
Ірландія	7,1	4977	≥70
Литва	6,8	1078	≥70
Україна	6,7	177	63
Угорщина	6,6	981	≥70
Естонія	6,4	1300	76
Польща	6,3	907	≥70
Білорусь	6,3	348	74
Латвія	5,9	930	≥70
Марокко	5,8	161	69
Мексика	5,5	495	62
Люксембург	5,4	5783	≥70
РФ	5,3	586	66
Китай	5	441	90
Оман	4,3	588	≥60
Туреччина	4,2	445	≥60
Індія	3,6	69	≥60
Катар	3,1	1649	≥60
Індонезія	3,1	115	≥60

1,2,3... – найвищі показники витрат на охорону здоров'я на одного громадянина, дол. США

Джерело: сформовано автором за даними [4; 321; 329]

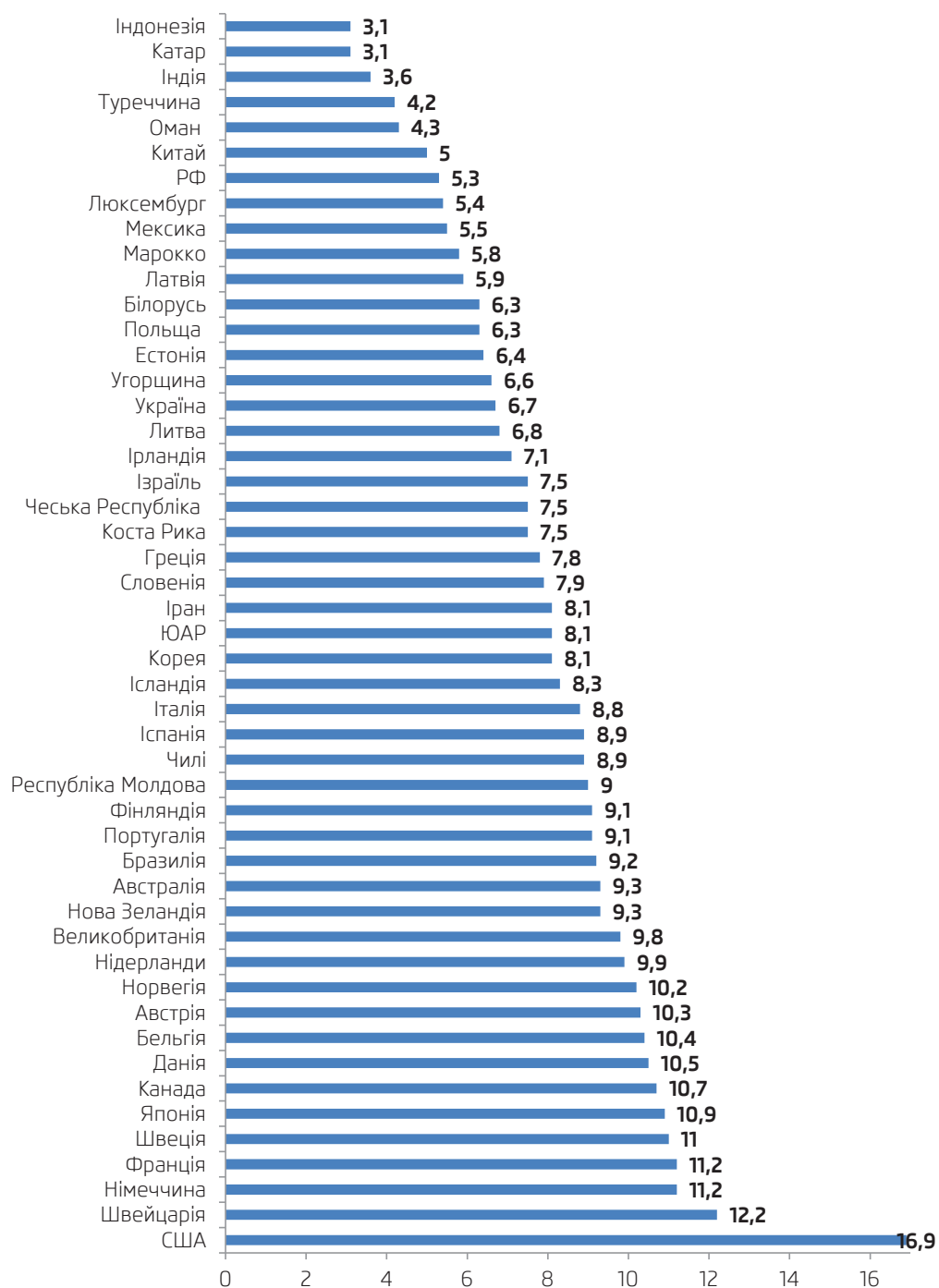


Рис. А.1. Обсяг витрат на охорону здоров'я у світі за даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2018)

Джерело: сформовано за даними [4; 321]

Таблиця А.2 - Рейтинг країн за ефективністю охорони здоров'я (за аналітикою агентства Bloomberg на основі даних ВООЗ, ООН та Всесвітнього банку, 2018)

№	Країна	Ефективність	Тривалість життя	Відносна вартість, %	Абсолютна вартість, дол. США
1.	Гонконг	87,3	84,3	5,7	2 222
2.	Сінгапур	85,6	82,1	4,3	2 280
3.	Іспанія	69,3	82,8	9,2	2 354
4.	Італія	67,6	82,5	9,0	2 700
5.	Південна Корея	67,4	82,0	7,4	2 013
6.	Ізраїль	67,0	82,0	7,4	2 756
7.	Японія	64,3	83,8	10,9	3 733
8.	Австралія	62,0	82,4	9,4	4 934
9.	Тайвань	60,8	79,1	6,2	1 401
10.	ОАЕ	59,1	77,1	3,5	1 402
11.	Норвегія	58,9	82,3	10,0	7 464
12.	Швейцарія	58,4	82,9	12,1	9 818
13.	Ірландія	58,2	81,5	7,8	4 757
14.	Греція	56,0	81,0	8,4	1 505
15.	Нова Зеландія	55,6	81,5	9,3	3 554
16.	Канада	55,5	82,1	10,4	4 506
17.	Франція	55,5	82,3	11,1	4 026
18.	Португалія	55,4	81,1	9,0	1 722
19.	Фінляндія	54,7	81,5	9,4	4 005
20.	Китай	54,6	76,1	5,3	426
21.	Мексика	54,6	76,9	5,9	535
22.	Швеція	53,2	82,2	11,0	5600
23.	Ліван	53,0	79,4	7,4	645
24.	Польща	52,7	77,5	6,3	797
25.	Коста-Рика	52,3	79,6	8,1	929
26.	Туреччина	52,2	75,5	4,1	455
27.	Тайланд	51,9	75,1	3,8	219
28.	Нідерланди	50,8	81,5	10,7	4 746
29.	Малайзія	50,4	75,1	3,9	377
30.	Чехія	49,8	78,6	7,3	1 284
31.	Чилі	49,3	79,3	8,1	1 102
32.	Австрія	49,0	81,2	10,3	4 536
33.	Алжир	48,2	75,9	7,1	292
34.	Словаччина	47,6	76,6	6,9	1 108
35.	Великобританія	46,3	81,0	9,9	4 356
36.	Перу	46,0	74,8	5,3	323
37.	Румунія	46,0	75,0	5,0	442
38.	Бельгія	44,8	81,0	10,5	4 228
39.	Іран	43,4	75,7	7,6	366
40.	Венесуела	43,4	74,4	3,2	973



Продовження таблиці А2

41.	Данія	42,4	80,7	10,3	5 497
42.	Угорщина	42,0	75,6	7,2	894
43.	Еквадор	41,3	76,1	8,5	530
44.	Казахстан	39,2	72,0	3,9	379
45.	Німеччина	38,3	80,6	11,2	4 592
46.	Саудівська Аравія	37,5	74,4	5,8	1 194
47.	Колумбія	36,8	74,2	6,2	374
48.	Йорданія	35,8	74,2	6,3	257
49.	Білорусія	35,3	73,6	6,1	352
50.	Домініканська Республіка	33,6	73,7	6,2	397
51.	Бразилія	32,8	75,3	8,9	780
52.	Сербія	32,2	75,3	9,4	491
53.	Росія	31,3	71,2	5,6	524
54.	Азербайджан	29,6	71,9	6,7	368
55.	США	29,6	78,7	16,8	9 536
56.	Болгарія	29,4	74,6	8,2	572

Джерело: [192]

Таблиця А.3 - Рейтинг країн за індексом безпеки життя (Global health security Index)  
(за даними GHS Index, 2019)

№	Країна	Індекс	Рівень доходу
1	США	83.5	Високий
2	Великобританія	77.9	Високий
3	Нідерланди	75.6	Високий
4	Австралія	75.5	Високий
5	Канада	75.3	Високий
6	Таїланд	73.2	Вище середнього
7	Швеція	72.1	Високий
8	Данія	70.4	Високий
9	Південна Корея	70.2	Високий
10	Фінляндія	68.7	Високий
11	Франція	68.2	Високий
12	Словенія	67.2	Високий
13	Швейцарія	67.0	Високий
14	Німеччина	66.0	Високий
15	Іспанія	65.9	Високий
16	Норвегія	64.6	Високий
17	Латвія	62.9	Високий
18	Малайзія	62.2	Вище середнього
19	Бельгія	61.0	Високий
20	Португалія	60.3	Високий

Продовження таблиці А3

21	Японія	59.8	Високий
22	Бразилія	59.7	Вище середнього
23	Ірландія	59.0	Високий
24	Сінгапур	58.7	Високий
25	Аргентина	58.6	Високий
26	Австрія	58.5	Високий
27	Чилі	58.3	Високий
28	Мексика	57.6	Вище середнього
29	Естонія	57.0	Високий
30	Індонезія	56.6	Нижче середнього
31	Італія	56.2	Високий
32	Польща	55.4	Високий
33	Литва	55.0	Високий
34	ЮАР	54.8	Вище середнього
35	Угорщина	54.0	Високий
35	Нова Зеландія	54.0	Високий
37	Греція	53.8	Високий
38	Хорватія	53.3	Високий
39	Албанія	52.9	Вище середнього
40	Туриця	52.4	Вище середнього
41	Сербія	52.3	Вище середнього
42	Чехія	52.0	Високий
42	Грузія	52.0	Нижче середнього
...			
51	Китай	48.2	Вище середнього
...			
54	Ізраїль	47.3	Високий
...			
57	Індія	46.5	Нижче середнього
...			
63	Росія	44.3	Вище середнього
63	Уганда	44.3	Низький
...			
94	Україна	38.0	Нижче середнього
...			
195	Екваторіальна Гвінея	16.2	Вище середнього

Джерело: [89]

## Додаток Б

## Узагальнена порівняльна таблиця ефективності національних систем охорони здоров'я в різних країнах світу, станом на 01.01.2020 р.

Країна / критерій аналізу	Україна	США	в середньому в Європі	РФ	Японія	Канада
1. Обсяг витрат на охорону здоров'я у % від ВВП, %	6,7	16,9	10,5	5,3	10,9	10,7
2. Обсяг державних коштів у загальних витратах, %	55	46	72,9	64	83	70
3. Витрати на одного громадянина в рік, дол. США	177	10246	5160	586	4169	4755
4. Частка закладів охорони здоров'я державної форми власності	80	22	93	52	15	85
5. Частка лікарів на 10 тис. населення	44,1	26	41	50	55	49
6. Частка лікарняних ліжок на 10 тис. населення	73,1	31	48	95	51	55
7. Покриття населення необхідною медичною допомогою, %	63	≥80	≥80	66	≥80	98-99
8. Якість медичної допомоги (% задоволених)	18	79	≥71,6	35	91	93
10. Індекс людського розвитку	0,74 (88 місце)	0.92 (15 місце)	≥ 0.88	0.824 (49 місце)	0.915 (19 місце)	0.922 (13 місце)

Джерело: сформовано за даними [121; 293; 321]

## Додаток В

## Статистичні дані щодо захворюваності COVID-19 в світі, станом на 30 квітня 2020 року

Таблиця В.1 - Статистичні дані щодо захворюваності COVID-19, станом на 30 квітня 2020 року

№	Країна чи регіон	Кількість захворівших	Кількість померлих	Кількість одуживших
1	2	3	4	5
	<b>ЗАГОМ (225)</b>	<b>3 256 846</b>	<b>233 388</b>	<b>1 014 753</b>
1.	США	1064353	61504	126325
2.	Іспанія	213435	24543	112050
3.	Італія	203591	27682	71252
4.	Велика Британія	165221	26097	—
5.	Німеччина	161539	6467	114130
6.	Франція	128442	24087	48228
7.	Туреччина	117589	3081	44022
8.	Росія	106498	1073	11619
9.	Іран	93657	5957	73791
10.	Китай	82862	4633	77610
11.	Бразилія	79361	5511	34132
12.	Канада	51597	2996	20327
13.	Бельгія	48519	7594	11576
14.	Нідерланди	38802	4711	—
15.	Перу	33931	943	10037
16.	Індія	33050	1074	8325
17.	Швейцарія	29407	1408	23100
18.	Еквадор	24675	883	1720
19.	Португалія	24505	973	1470
20.	Саудівська Аравія	21402	157	2953
21.	Швеція	20302	2462	1435
22.	Ірландія	20253	1190	9233
23.	Мексика	17799	1732	2627
24.	Сінгапур	16169	14	1188
25.	Ізраїль	15834	215	7929
26.	Пакистан	15525	343	3425
27.	Австрія	15364	580	12779
28.	Чилі	14885	216	8057
29.	Японія	14165	437	3187
30.	Білорусь	13181	84	2072

Продовження таблиці В.1

31.	Польща	12640	624	3025
32.	Катар	12564	10	1243
33.	Румунія	11978	681	3569
34.	ОАЕ	11929	98	2329
35.	Південна Корея	10765	247	9059
36.	Україна	10406	261	1238
37.	Індонезія	10118	792	1522
38.	Данія	8575	422	5805
39.	Сербія	8042	156	1182
40.	Філіппіни	7579	501	862
41.	Норвегія	7511	201	—
42.	Чехія	7387	220	2545
43.	Австралія	6711	83	5539
44.	Домініканська Республіка	6135	278	910
45.	Малайзія	5780	98	3862
46.	Панама	5538	159	338
47.	Бангладеш	5416	145	122
48.	Колумбія	5142	233	1067
49.	Фінляндія	4576	190	2500
50.	ПАР	4546	87	1473

Джерело: [290]

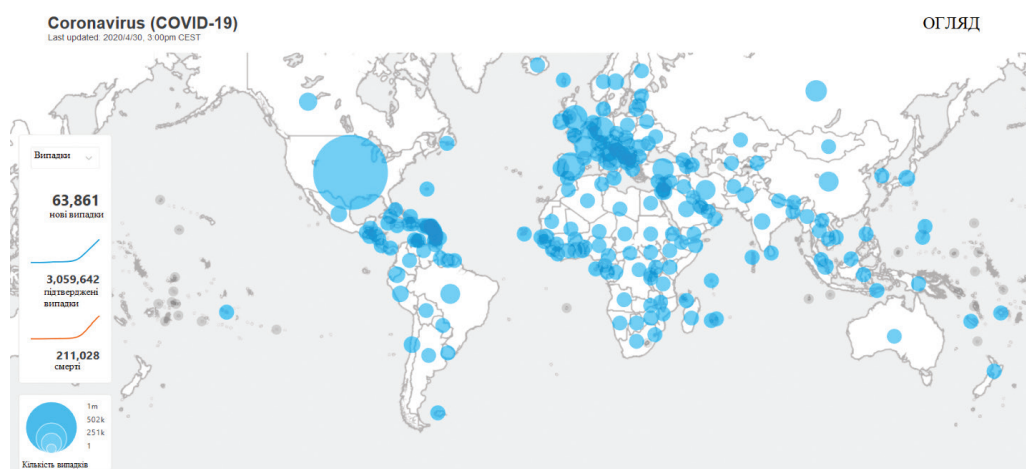


Рис. В.1. Карта країн світу, де зареєстровані випадки захворюваності на COVID-19 (за даними ВООЗ, станом на 30 квітня 2020 року)

Джерело: [290]

Додаток Г

Обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках від ВВП, %, згідно з даними Світової статистики охорони здоров'я (World Health Statistics, 2018)

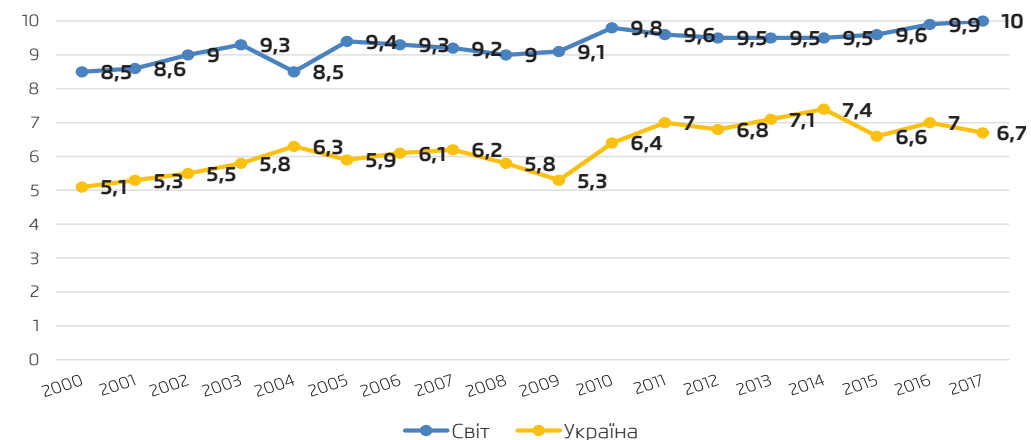


Рис. Г.1. Графічне відображення обсягу витрат на охорону здоров'я в Україні та світі, 2000-2017 рр.

Джерело: сформовано за даними [293]

Таблиця Г. 1 – Обсяги витрат на охорону здоров'я в Україні та світі у відсотках від ВВП, 2000-2017 рр.

Рік	Середній показник у світі	Україна
2000	8,5	5,1
2001	8,6	5,3
2002	9,0	5,5
2003	9,3	5,8
2004	8,5	6,3
2005	9,4	5,9
2006	9,3	6,1
2007	9,2	6,2
2008	9,0	5,8
2009	9,1	5,3
2010	9,8	6,4
2011	9,6	7,0
2012	9,5	6,8
2013	9,5	7,1
2014	9,5	7,4
2015	9,6	6,6
2016	9,9	7,0
2017	10,0	6,7

Джерело: сформовано за даними [293]

## Додаток Д

Продовження таблиці Д.1

## Перелік послуг, що надається на різних ланках надання медичної допомоги

Таблиця Д.1 - Перелік послуг, що надається на різних ланках надання медичної допомоги

I. Перелік послуг, що надається на первинній ланці надання медичної допомоги
<p><b>1. Діагностичні послуги:</b></p> <p>1.1) проведення пацієнтам за медичними показаннями лабораторних і інструментальних (функціональних) досліджень у межах, визначених Протоколами, та забезпечення діагностичним обладнанням і реактивами відповідно до таблиця оснащення;</p> <p>1.2) експертиза тимчасової непрацездатності хворих з наданням і продовженням листа про тимчасову непрацездатність.</p> <p><b>2. Лікувальні послуги:</b></p> <p>2.1) невідкладна допомога до виходу пацієнта із критичного стану і/або прибуття бригади швидкої медичної допомоги;</p> <p>2.2) призначення лікарських засобів за медичними показаннями;</p> <p>2.3) хірургічні операції, які не потребують госпіталізації;</p> <p>2.4) лікувальні маніпуляції;</p> <p>2.5) призначення за медичними показаннями фізіотерапевтичних процедур;</p> <p>2.6) надання стоматологічної допомоги;</p> <p>2.7) виписка рецептів, у тому числі на безкоштовне/пільгове лікарське забезпечення;</p> <p>2.8) стаціонарозамінна медична допомога хворим, які не потребують цілодобового медичного нагляду і лікування;</p> <p>2.9) консультативний огляд удома.</p> <p><b>3. Профілактичні послуги:</b></p> <p>3.1) проведення спільно з лікарями-спеціалістами профілактичних оглядів окремих груп населення;</p> <p>3.2) диспансерний нагляд окремих груп хворих;</p> <p>3.3) профілактичні медичні заходи щодо попередження захворювань, небезпечних для оточуючих, і професійних захворювань;</p> <p>3.4) заходи щодо формування здорового способу життя, включаючи профілактику поведінкових факторів ризику при основних захворюваннях;</p> <p>3.5) скринінгові обстеження населення;</p> <p>3.6) вакцинація населення з метою профілактики інфекційних захворювань.</p>
II. Перелік послуг, що надається на вторинній ланці надання амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги
<p><b>1. Профілактичні послуги:</b></p> <p>1.1) проведення спільно зі спеціалістами первинної медико-санітарної допомоги профілактичних оглядів окремих груп населення;</p> <p>1.2) диспансерний нагляд окремих груп хворих (наприклад, онкологічних хворих);</p> <p>1.3) профілактичні медичні заходи щодо попередження небезпечних для оточуючих, а також професійних захворювань;</p> <p>1.4) заходи щодо формування здорового способу життя, включаючи профілактику поведінкових факторів ризику при основних захворюваннях;</p> <p>1.5) скринінгові обстеження населення.</p> <p><b>2. Діагностичні послуги:</b></p> <p>2.1) проведення пацієнтам за медичними показаннями лабораторних та інструментальних (функціональних) досліджень;</p> <p>2.2) експертиза тимчасової непрацездатності хворих з наданням і продовженням листа про тимчасову непрацездатність.</p>

<p><b>3. Лікувальні послуги:</b></p> <p>3.1) консультативний огляд в лікувально-профілактичному закладі;</p> <p>3.2) невідкладна допомога до виходу пацієнта із критичного стану і/або прибуття бригади швидкої медичної допомоги;</p> <p>3.3) призначення лікарських засобів за медичними показаннями;</p> <p>3.4) хірургічні операції, які не потребують госпіталізації;</p> <p>3.5) лікувальні маніпуляції, які не можливо виконати на первинному рівні;</p> <p>3.6) призначення за медичними показаннями фізіотерапевтичних процедур;</p> <p>3.7) виписка рецептів, у т.ч. на безкоштовне/пільгове лікарське забезпечення;</p> <p>3.8) стаціонарозамінна медична допомога пацієнтам, які не потребують цілодобового медичного нагляду і лікування.</p>
III. Перелік дій, що має бути забезпечений лікувально-профілактичним закладом, який надає вторинну стаціонарну допомогу населенню
<p>1) проведення стаціонарної медичної допомоги, включаючи лікарські засоби, в рамках Протоколів вторинного рівня стаціонарної медичної допомоги відповідно до профілю відділень (ліжок);</p> <p>2) постійний зв'язок з медичними установами, які практикують в області служби крові, судової медицини і патологічної анатомії, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, в області фармації, з науковими установами у сфері охорони здоров'я;</p> <p>3) безпечне перебування пацієнтів у стаціонарі;</p> <p>4) впровадження сучасних організаційних і клінічних технологій, що базуються на даних зведеною ефективністю;</p> <p>5) раціональне використання матеріально-технічних, фінансових і кадрових ресурсів;</p> <p>6) облік і аналіз захворюваності населення; контроль та аналіз ефективності роботи персоналу та оцінку якості надання медичної допомоги; вивчення наслідків і віддалених результатів лікування;</p> <p>7) безперервне підвищення професійної майстерності медичних працівників;</p> <p>8) інформаційне і правове забезпечення працівників лікарні, комп'ютеризацію робочих місць;</p> <p>9) своєчасне повідомлення місцевих органів державного управління охорони здоров'я про випадки внутрішньо лікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події в установленому порядку;</p> <p>10) організацію і проведення гігієнічного навчання і виховання населення, пропаганду здорового способу життя з використанням засобів масової інформації;</p> <p>11) систематичне залучення широких верств громадськості до розробки і проведення заходів щодо зниження рівня захворюваності та підвищення якості медичного обслуговування населення.</p>
IV. Перелік послуг, що надається на третинній ланці надання медичної допомоги
<p><b>1. Третинна консультативна медична допомога</b></p> <p>1.1. Діагностичні послуги:</p> <p>1.1.1) проведення пацієнтам за медичними показаннями лабораторних і інструментальних (функціональних) досліджень з використанням високотехнологічних методик і внутрішньо лікарняного обладнання, які не можливо проводити на нижчих рівнях надання медичної допомоги;</p> <p>1.1.2) експертиза тимчасової непрацездатності хворих з наданням і продовженням листа про тимчасову непрацездатність.</p> <p>1.2. Лікувальні послуги:</p> <p>1.2.1) консультативний огляд пацієнта;</p> <p>1.2.2) невідкладна допомога до виходу пацієнта із критичного стану і/або прибуття бригади швидкої медичної допомоги;</p>

Продовження таблиці Д.1

1.2.3) призначення пацієнтові лікарських засобів за медичними показаннями;  
 1.2.4) проведення лікувальних маніпуляцій;  
 1.2.5) вирішення питання про госпіталізацію пацієнта;  
 1.2.6) лікареві, який направив пацієнта на консультацію, профільний спеціаліст дає висновок, у якому вказує проведені обстеження і лікування, а також рекомендації з подальшого ведення пацієнта.

**2. Стационарна медична допомога третинного рівня медичної допомоги**

1. Надається за направленням профільних головних спеціалістів областей та лікарів закладу, які надавали консультативну амбулаторну допомогу.

2. Лікувально-профілактичний заклад третинного рівня медичної допомоги, який надає стаціонарну допомогу населенню, забезпечує:

2.1) медичну допомогу відповідно до отриманої ліцензії;  
 2.2) постійний зв'язок з медичними установами, які практикують в області служби крові, судової медицини і патологічної анатомії, санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, в області фармацевтичної, фармацевтичної і медичної промисловості, і з науковими установами у сфері охорони здоров'я;  
 2.3) безпечне перебування пацієнтів у стаціонарі;  
 2.4) впровадження сучасних організаційних і клінічних технологій, що базуються на даних з доведеною ефективністю;  
 2.5) раціональне використання матеріально-технічних, фінансових і кадрових ресурсів;  
 2.6) облік і аналіз захворюваності населення; контроль та аналіз ефективності роботи персоналу та оцінку якості надання медичної допомоги; вивчення наслідків і віддалених результатів лікування;  
 2.7) проведення безперервного підвищення професійної майстерності медичних працівників;  
 2.8) інформаційне і правове забезпечення працівників лікарні, комп'ютеризацію робочих місць;  
 2.9) своєчасне повідомлення місцевих органів державного управління охорони здоров'я про випадки внутрішньо лікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події в установленому порядку;  
 2.10) організацію і проведення гігієнічного навчання та виховання пацієнтів, пропаганду здорового способу життя.

Джерело: узагальнено автором [134, с. 8-19]

Додаток Є

Демографічні показники України за період 1990-2019 рр., на 1 січня

Рік	Чисельність наявного населення, тис. осіб			Коефіцієнт народжуваності, на 1000 наявного населення	Коефіцієнт смертності, на 1000 наявного населення	Природний приріст, (скорочення -) тис. осіб		Смертність дітей у віці до 1 року, тис. осіб	Середня очікувана тривалість життя при народженні, років			Міграційний приріст, (скорочення -), тис. осіб
	Всього, у т.ч.	міське	сільське			тис. осіб	на 1000 наявного населення		обидві статі	чоловіки	жінки	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1990	51838,5	34869,2	16969,3	12,6	12,1	27,6	0,5	8525	70,42	65,60	74,82	78,3
1991	51944,4	35085,2	16859,2	12,1	12,9	-39,1	-0,8	8831	69,56	64,62	74,21	151,3
1992	52056,6	35296,9	16759,7	11,4	13,4	-100,3	-2,0	8429	68,97	63,81	73,98	287,8
1993	52244,1	35471,0	16773,1	10,7	14,2	-184,2	-3,5	8431	68,29	63,16	73,35	54,5
1994	52114,4	35400,7	16713,7	10,0	14,7	-243,1	-4,7	7683	67,66	62,39	72,95	-142,9
1995	51728,4	35118,8	16609,6	9,6	15,4	-299,7	-5,8	7314	66,79	61,22	72,54	-131,6
1996	51297,1	34767,9	16529,2	9,2	15,2	-309,5	-6,0	6779	67,08	61,52	72,80	-169,2
1997	50818,4	34387,5	16430,9	8,7	14,9	-311,6	-6,2	6282	67,66	62,23	73,19	-136,0
1998	50370,8	34048,2	16322,6	8,4	14,4	-300,7	-6,0	5423	68,50	63,17	73,84	-152,0
1999	49918,1	33702,1	16216,0	7,8	14,9	-350,0	-7,1	5065	68,07	62,62	73,61	-138,3
2000	49429,8	33338,6	16091,2	7,8	15,4	-373,0	-7,6	4606	67,72	62,10	73,53	-133,6
2001	48923,2	32951,7	15971,5	7,7	15,3	-369,5	-7,6	4283	67,89	62,32	73,63	-152,2
2002	48457,1	32574,4	15882,7	8,1	15,7	-364,2	-7,6	4023	68,32	62,70	74,13	-33,8
2003	48003,5	32328,4	15675,1	8,5	16,0	-356,8	-7,5	3882	68,24	62,64	74,06	-24,2
2004	47622,4	32146,4	15476,0	9,0	16,0	-334,0	-7,0	4024	68,22	62,60	74,05	-7,6
2005	47280,8	32009,3	15271,5	9,0	16,6	-355,9	-7,6	4259	67,96	62,23	73,97	4,6
2006	46929,5	31877,7	15051,8	9,8	16,2	-297,7	-6,4	4433	68,10	62,38	74,06	14,2
2007	46646,0	31777,4	14868,6	10,2	16,4	-290,2	-6,2	5188	68,25	62,51	74,22	16,8
2008	46372,7	31668,8	14703,9	11,0	16,3	-243,9	-5,3	5049	68,27	62,51	74,28	14,9
2009	46143,7	31587,2	14556,5	11,1	15,3	-194,2	-4,2	4801	69,29	63,79	74,86	13,4

## Додаток Ж

Продовження Додатку Є

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2010	45962,9	31524,8	14438,1	10,8	15,2	-200,5	-4,4	4564	70,44 <sup>3</sup>	65,28 <sup>3</sup>	75,50 <sup>3</sup>	16,1
2011	45778,5	31441,6	14336,9	11,0	14,5	-162,0	-3,5	4511	71,02	65,98	75,88	17,1
2012	45633,6	31380,9	14252,7	11,4	14,5	-142,4	-3,1	4371	71,15	66,11	76,02	61,8
2013	45553,0	31378,6	14174,4	11,1	14,6	-158,7	-3,5	4030	71,37	66,34	76,22	31,9
2014	45426,2	31336,6	14089,6	10,8	14,7	-166,4	-3,9	3656	71,37	66,25	76,37	22,6
2015 <sup>2</sup>	42929,3	29673,1	13256,2	10,7	14,9	-183,0	-4,2	3318	71,38	66,37	76,25	14,2
2016 <sup>2</sup>	42760,5	29585,0	13175,5	10,3	14,7	-186,6	-4,4	2955	71,68	66,73	76,46	10,6
2017 <sup>2</sup>	42584,5	29482,3	13102,2	9,4	14,5	-210,1	-5,1	2786	71,98	67,02	76,78	12,0
2018 <sup>2</sup>	42386,4	29371,0	13015,4	8,7	14,8	-251,8	-6,1	2397	71,76	66,69	76,72	18,6
2019 <sup>2,5</sup>	42153,2	29256,7	12896,5	-	-	-247,0	-	2043	-	-	-	16,5

1 За даними Всеукраїнського перепису населення на 5 грудня 2001 року.

2 Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

3 Дані розраховано за два суміжні роки.

4 На 1000 живонароджених.

5 За оцінкою станом на 1 грудня 2019 року.

Джерело: сформовано за даними [5]

## Інформація щодо обсягів виплат від НСЗУ

Таблиця Ж.1 - Обсяг виплат від НСЗУ закладам охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, за період 2018-2020 рр. за областями

Область	2018	2019	2020	Всього
⊕ М.КИЇВ	573 617 312	1 140 590 054	100 814 260	1 815 021 626
⊕ ДНІПРОПЕТРОВСЬКА	232 255 793	1 366 041 510	117 629 271	1 715 926 574
⊕ ХАРКІВСЬКА	251 629 991	1 165 147 810	100 337 908	1 517 115 709
⊕ ЛЬВІВСЬКА	142 219 333	1 153 944 409	102 164 083	1 398 327 825
⊕ ВІННИЦЬКА	279 981 856	752 628 608	64 276 282	1 096 886 746
⊕ ОДЕСЬКА	88 971 731	913 718 437	80 560 178	1 083 250 345
⊕ ДОНЕЦЬКА	234 437 214	782 487 209	65 733 791	1 082 658 214
⊕ КИЇВСЬКА	94 079 248	819 656 059	71 684 371	985 419 678
⊕ ПОЛТАВСЬКА	245 178 297	637 660 275	54 879 840	937 718 412
⊕ ЗАПОРІЗЬКА	23 759 750	745 528 289	64 147 017	833 435 056
⊕ ХМЕЛЬНИЦЬКА	189 011 715	592 213 705	51 087 760	832 313 180
⊕ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА	86 873 949	643 232 177	56 960 476	787 066 602
⊕ ЖИТОМИРСЬКА	123 942 611	565 501 817	48 524 294	737 968 722
⊕ ЧЕРКАСЬКА	151 065 111	535 045 752	45 913 656	732 024 519
⊕ РІВНЕНСЬКА	139 492 119	527 536 420	46 477 381	713 505 920
⊕ ЗАКАРПАТСЬКА	58 233 116	561 847 543	49 753 417	669 834 076
⊕ СУМСЬКА	62 238 040	496 271 940	42 482 847	600 992 828
⊕ ВОЛИНСЬКА	70 799 666	482 538 965	42 084 832	595 423 463
⊕ ТЕРНОПІЛЬСЬКА	81 319 162	464 781 195	40 521 509	586 621 866
⊕ ЧЕРНІГІВСЬКА	66 743 730	450 694 864	38 404 338	555 842 932
⊕ МИКОЛАЇВСЬКА	47 398 338	454 023 406	39 731 485	541 153 229
⊕ ЧЕРНІВЕЦЬКА	91 833 091	402 244 713	35 159 058	529 236 862
⊕ ХЕРСОНСЬКА	47 828 756	436 724 234	38 006 825	522 559 815
⊕ КІРОВОГРАДСЬКА	42 094 303	395 780 723	32 394 950	470 269 975
⊕ ЛУГАНСЬКА	21 705 098	264 230 457	22 984 288	308 919 843
<b>Всього</b>	<b>3 446 709 33</b>	<b>16 750 070 56</b>	<b>1 452 714 11</b>	<b>21 649 494 016</b>

Джерело: [7]

Таблиця Ж.2 - Обсяг виплат від НСЗУ закладам охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу, за період 2018-2020 рр. за типом власності, тис. грн

Рік / Тип власності	3-4й квартали 2018	2019	Січень 2020	Усього
Комунальний	3435477,8	16581818,5	1428298,4	21445594,7
Приватний (без ФОП)	6174,9	89788,8	12619,7	108583,4
ФОП	5056,7	78463,2	11796,01	95315,9
<b>Усього</b>	<b>3446709,4</b>	<b>16750070,5</b>	<b>1452714,1</b>	<b>21649494,02</b>

Джерело: сформовано автором на основі даних [7]

## Додаток З

## Інформація щодо соціологічного опитування

Таблиця 3.1 - Інформація щодо респондентів, які приймали участь у соціологічному опитуванні

Критерій групування	Кількість респондентів
<b>Загальна кількість респондентів, осіб</b>	<b>150</b>
<b>1. Медичні кадри</b>	<b>70</b>
<b>1.1. За місцем роботи:</b>	
а) обласна державна адміністрація	6
б) департаменти охорони здоров'я при міських радах;	6
в) державні заклади охорони здоров'я;	35
г) приватні заклади охорони здоров'я.	23
<b>1.2. За посадою:</b>	
а) начальник управління;	6
б) начальник відділу;	6
в) головний лікар;	12
г) керівник;	14
г) лікар.	32
<b>1.3. За освітою:</b>	
а) вища;	29
б) закінчив ординатуру;	14
в) кандидат наук;	19
г) доктор наук.	8
<b>1.4. За стажем роботи:</b>	
а) до 1 року;	4
б) 1-5 років;	12
в) 5-10 років;	14
г) 10-15 років;	23
г) понад 15 років.	17
<b>1.5. За кваліфікаційним рівнем:</b>	
а) немає категорії;	12
б) друга категорія;	13
в) перша категорія;	24
г) вища категорія.	21
<b>1.6. За віком:</b>	
а) 21-30 років;	5
б) 31-40 років;	11
в) 41-50 років;	29
г) 51-60 років;	17
г) понад 60 років.	8
<b>1.7. За статтю:</b>	
а) чоловіки;	42
б) жінки.	28
<b>2. Пацієнти</b>	<b>80</b>
<b>2.1. За освітою:</b>	
а) середня;	17
б) неповна вища;	16
в) вища;	44
г) кандидат наук;	3
г) доктор наук.	-

Продовження таблиці 3.1

<b>2.2. За віком:</b>	
а) 18-30 років;	10
б) 31-40 років;	17
в) 41-50 років;	26
г) 51-60 років;	13
г) понад 60 років.	14
<b>2.3. За статтю:</b>	
а) чоловіки;	32
б) жінки.	48

Джерело: сформовано автором на основі власних досліджень.

## Таблиця 3.2 - Анкета соціологічного опитування

Доброго дня!

Запрошуємо Вас прийняти участь в опитуванні. Завдяки Вашим відповідям ми зможемо зрозуміти стан національної системи охорони здоров'я в Україні.

Опитування є анонімним.

Стать: \_\_\_\_\_ Вік: \_\_\_\_\_

Освіта: \_\_\_\_\_ Посада: \_\_\_\_\_

Стаж роботи: \_\_\_\_\_ Кваліфікаційний рівень: \_\_\_\_\_

1. Дайте, будь-ласка, оцінку рівня розвитку національної системи охорони здоров'я в Україні:

Низький	Нижче середнього	Середній	Вище середнього	Високий

2. Які ключові проблеми в сфері охорони здоров'я України Ви вважаєте основними:

	Зовсім не відіграє ролі	Опосередкований вплив	Вище середнього	Високий рівень впливу
Недостатність фінансування галузі				
Недосконалість законодавчої бази				
Нерозвиненість ринку медичних послуг				
Централізація державного регулювання галузі				
«Тінізація» галузі				
Проблеми з кадровим забезпеченням (в т.ч. управлінські)				
Проблеми з матеріальною базою				
Відсутність інновацій				

3. Як, на Вашу думку, має далі відбуватися реформа галузі?

Має продовжуватися у тому напрямку, як вона і йде	Має бути переглянута з огляду на реформування вторинної та третинної ланки	Має бути переглянута з огляду на реформування первинної ланки	Має бути переглянута з огляду на фінансові механізми	Має докорінно змінити свій вектор
---	--	---	--	-----------------------------------

4. Що, на вашу думку, має змінитися в національній системі охорони здоров'я з метою підвищення її ефективності?

	Не впливає	Має опосередкований вплив	Здійснює значний вплив	Дуже важливо
Удосконалення фінансових механізмів				
Диверсифікація фінансових джерел за рахунок впровадження страхової медицини				
Удосконалення системи державного управління				
Створення конкурентних засад розвитку галузі				
Перехід до «інноваційної» моделі управління галуззю				
Оптимізація діяльності закладів охорони здоров'я на засадах стратегічного менеджменту				
Управління якістю надання медичної послуги				

5. Чи є необхідним запровадження страхової медицини в Україні?

Ні, має залишитися бюджетна модель	Необхідно удосконалення механізму добровільного медичного страхування	Необхідно запровадження лише обов'язкового медичного страхування	Так, має бути запроваджено, як обов'язкове, так і добровільне медичне страхування	Україна має знайти свою власну модель фінансування
<b>Дякуємо за участь в опитуванні!</b>				

Додаток 1

Розподіл витрат на охорону здоров'я в Україні у 2017 р.

Таблиця І.1 - Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я за видами медичних послуг та постачальниками послуг

Функції (види медичних послуг)	Поточні витрати на охорону здоров'я	Лікарні	Сестринські/лікарняні установи (по догляду)	Організації, що надають амбулаторні медичні послуги	Розрідний продаж та інші організації, що надають медичні товари	Забезпечення і керівництво програмами і суцільного здоров'я	Зарядне керівництво охороною здоров'я і медичне страхування	Державне керівництво охороною здоров'я	Фонди соціального страхування	Інше соціальне страхування та інше (приватне) страхування	Всі інші організації управління охороною здоров'я	Всі інші сектори економіки	Установи, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	Інший світ	Провайдери, не визначені за типом
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>Стационарне лікування</b>	57 174,3	50 799,9	6 374,4												
Стационарне лікування та реабілітаційне лікування	56 904,9	50 799,9	6 105,0												
Стационарний догляд сестринський догляд	269,4		269,4												
<b>Послуги денної допомоги</b>	745,1	745,1													
Лікування у денних стаціонарах та реабілітаційне лікування	745,1	745,1													
Довготривалий сестринський догляд у денному стаціонарі															
<b>Амбулаторне лікування</b>	36 491,1	15 915,0	26,4	19 419,4											
Амбулаторне лікування та реабілітаційне лікування	36 491,1	15 915,0	26,4	19 419,4											
Основні медичні та діагностичні послуги	770,1			770,1											
Амбулаторне стоматологічне лікування	3 248,8			3 248,8											
Всі інші спеціалізовані медичні послуги	8 969,0	4 413,4		3 425,3											
Інше амбулаторне та реабілітаційне лікування	26,4		26,4												





Продовження таблиці І.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Інше соціальне страхування та інше (приватне) страхування											
Всі інші організації управління охороною здоров'я	2 650,3	2 650,3	2 650,3								
<b>Всі інші сектори економіки</b>	609,1	609,1	608,7	0,4							
<b>Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я</b>											
Дослідницькі установи											
Заклади освіти											
Інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я											
<b>Інший світ</b>	1 940,0										1 940,0
<b>Провайдери, що не визначені за типом</b>	5 932,6	3 913,4	3 849,2	64,2	2 019,2	1 950,6	42,5	26,1			
<b>Поточні витрати на охорону здоров'я</b>	214 351,4	101 759,6	101 301,9	457,7	110 651,8	1 950,6	106 154,5	26,1	2 520,6		1 940,0

Джерело: сформовано автором на основі [5]

Таблиця І.3 – Розподіл поточних витрат на охорону здоров'я за видами медичних послуг та фінансуючими організаціями

Види медичних послуг	Поточні витрати на охорону здоров'я	Уряд	Територіальний Уряд (Центральний Уряд та Муніципальний Уряд)	Фонди соціального страхування	Приватний сектор	Інше приватне добровільне страхування	Витрати домогосподарств	Некомерційні організації, що обслуговують домашні господарства	Приватні фірми та корпорації	Лікарняні каси	Безь інший світ
<b>Витрати на персональне лікування</b>	106 063,5	75 336,3	75 166,4	169,9	29 596,9	27 076,3	6 330,7	2 520,6	1 130,3		
Стационарне лікування	56 904,9	49 546,1	49 444,3	101,8	7 358,8			1 028,1			
Послуги денної допомоги	745,1	745,1	745,1								
Амбулаторне лікування	36 464,8	19 990,7	19 990,7		15 343,8	14 076,3		1 267,5	1 130,3		
Допомога вдома											
Допоміжні послуги мед. лікування	11 653,0	4 758,7	4 758,7		6 894,3			225,0			
<b>Надання медичних товарів амбулаторним пацієнтам</b>	79 191,2	146,4		146,4	79 035,7	79 035,7					9,1
Фармацевтичні та інші товари нетривалого використання	79 148,8	104,0		104,0	79 035,7	79 035,7					9,1
Терапевтичні прилади та інші медичні товари довготривалого використання	42,4	42,4		42,4							
<b>Витрати на персональне лікування та придбання медичних товарів</b>	185 254,7	75 482,7	75 166,4	316,3	108 632,6	106 112,0		2 520,6	1 139,4		
<b>Профілактичні послуги та послуги з охорони здоров'я</b>	2 509,9	2 052,7	2 052,3	0,4							457,2
Управління охороною здоров'я та медичне страхування	20 045,5	19 702,1	19 625,3	76,8							343,4
Невизначені витрати	6 541,3	4 522,1	4 457,9	64,2	2 019,2	1 950,6	42,5	26,1			
<b>Поточні витрати на охорону здоров'я</b>	214 351,4	101 759,6	101 301,9	457,7	110 651,8	1 950,6	106 154,5	26,1	2 520,6		1 940,0

Джерело: сформовано автором на основі [5]

Таблиця К.1 – Загальні витрати на охорону здоров'я за видами медичних послуг

Види медичних послуг	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік	
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Послуги лікування та реабілітаційного лікування</b>	<b>9 104,1</b>	<b>48,89</b>	<b>14 076,4</b>	<b>49,58</b>	<b>44 884,3</b>	<b>52,96</b>	<b>66 777,6</b>	<b>43,02</b>	<b>73 151,4</b>	<b>40,28</b>	<b>94 141,1</b>	<b>42,08</b>
Стационарне лікування та реабілітаційне лікування	6 300,2	33,83	9 461,1	33,33	28 167,8	33,24	41 422,3	26,69	43 341,0	23,87	56 904,9	25,44
Лікування у денних стаціонарах та реабілітаційне лікування	71,8	0,39	114,6	0,40	361,0	0,43	546,6	0,35	558,5	0,31	745,1	0,33
Амбулаторне лікування та реабілітаційне лікування	2 728,5	14,65	4 496,7	15,84	16 332,4	19,27	24 793,8	15,97	29 234,4	16,10	36 464,7	16,30
Послуги лікування вдома та реабілітаційне лікування	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Інші послуги реабілітаційного лікування	3,6	0,02	3,9	0,01	23,1	0,03	14,9	0,01	17,6	0,01	26,4	0,01
<b>Послуги доглядного сестринського догляду</b>	<b>29,1</b>	<b>0,16</b>	<b>48,1</b>	<b>0,17</b>	<b>124,9</b>	<b>0,15</b>	<b>186,7</b>	<b>0,12</b>	<b>189,5</b>	<b>0,10</b>	<b>269,4</b>	<b>0,12</b>
Стационарний догляд сестринський догляд	29,1	0,16	48,1	0,17	124,9	0,15	186,7	0,12	189,5	0,10	269,4	0,12
Довготривалий сестринський догляд у денному стаціонарі	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Довготривалий сестринський догляд вдома	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
<b>Допоміжні послуги для медичного лікування</b>	<b>847,7</b>	<b>4,55</b>	<b>1 307,5</b>	<b>4,61</b>	<b>3 152,5</b>	<b>3,72</b>	<b>8 271,2</b>	<b>5,33</b>	<b>9 624,7</b>	<b>5,30</b>	<b>11 653,0</b>	<b>5,21</b>
Клінічні лабораторії	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Радіологічна діагностика	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Транспортування хворих, рятування життя у надзвичайних ситуаціях	212,6	1,14	374,0	1,32	973,8	1,15	3 409,1	2,20	3 544,6	1,95	4 871,2	2,18
Інші види допоміжних послуг для медичного лікування	9,1	0,05	11,8	0,04	31,3	0,04	71,0	0,05	88,0	0,05	112,5	0,05
<b>Надання медичних товарів амбулаторним пацієнтам</b>	<b>6 098,4</b>	<b>32,75</b>	<b>8 912,7</b>	<b>31,39</b>	<b>25 906,9</b>	<b>30,57</b>	<b>56 999,7</b>	<b>36,72</b>	<b>71 282,0</b>	<b>39,25</b>	<b>79 191,2</b>	<b>35,40</b>
Фармацевтичні та інші товари нетривалого використання	5 908,6	31,73	8 698,3	30,64	25 575,2	30,18	56 964,0	36,70	71 240,8	39,23	79 148,8	35,38
Терапевтичні прилади та інші медичні товари довготривалого використання	189,8	1,02	214,4	0,76	331,7	0,39	35,7	0,02	41,2	0,02	42,4	0,02
<b>Профілактичні послуги та послуги з охорони здоров'я</b>	<b>682,1</b>	<b>3,66</b>	<b>981,1</b>	<b>3,46</b>	<b>2 687,1</b>	<b>3,17</b>	<b>1 757,3</b>	<b>1,13</b>	<b>2 013,8</b>	<b>1,11</b>	<b>2 509,9</b>	<b>1,12</b>
Управління охороною здоров'я та медичне страхування	622,0	3,34	898,7	3,17	2 096,0	2,47	1 170,7	7,54	13 651,7	7,52	20 045,5	8,96
Витрати, що не визначені за типом функцій	259,5	1,39	635,2	2,24	1 982,5	2,34	3 460,3	2,23	4 569,3	2,52	6 541,3	2,92
Інша діяльність, пов'язана з охороною здоров'я	978,7	5,26	1 530,7	5,39	3 910,7	4,61	6 056,0	3,90	7 113,4	3,92	9 375,2	4,19
<b>Загальні витрати на охорону здоров'я</b>	<b>18 621,6</b>	<b>100,00</b>	<b>28 390,4</b>	<b>100,00</b>	<b>84 744,8</b>	<b>100,00</b>	<b>155 219,5</b>	<b>100,00</b>	<b>181 594,9</b>	<b>100,00</b>	<b>223 726,6</b>	<b>100,00</b>

Джерело: сформовано автором на основі [5]

Таблиця К.2 – Поточні витрати на охорону здоров'я за постачальниками послуг

Провайдери (постачальники послуг)	2003 рік		2005 рік		2010 рік		2015 рік		2016 рік		2017 рік	
	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%	млн грн	%
Лікарні	6 782,0	38,44	10 447,9	38,90	33 459,2	41,39	52 703,2	35,33	55 399,9	31,75	71 913,1	33,55
Сестринські/лікарняні заклади довготривалого перебування	1 403,4	7,95	1 915,4	7,13	3 917,7	4,85	4 251,5	2,85	5 005,2	2,87	6 400,8	2,99
Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	1 875,1	10,63	3 197,3	11,90	11 229,0	13,89	18 507,6	12,41	22 374,9	12,82	27 201,6	12,69
Кабінети лікарів у поліклініках	1 041,3	5,90	1 814,0	6,75	6 544,0	8,10	8 021,9	5,38	9 992,8	5,73	11 510,7	5,37
Стоматологічні кабінети (відділення)	259,5	1,47	398,0	1,48	1 287,5	1,59	2 179,7	1,46	2 548,6	1,46	3 075,8	1,43
Інші заклади, що надають амбулаторні медичні послуги	574,3	3,26	985,3	3,67	3 397,5	4,20	8 305,9	5,57	9 833,5	5,64	12 615,1	5,89
Роздрібний продаж та інші організації, що надають медичні товари	6 098,5	34,57	8 912,7	33,18	25 897,1	32,04	56 999,7	38,21	71 252,2	40,84	79 182,1	36,94
Забезпечення управління програмами громадського здоров'я	536,7	3,04	783,0	2,92	2 069,0	2,56	1 143,8	0,77	1 198,0	0,69	1 470,0	0,69
Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування	607,5	3,44	877,9	3,27	2 067,8	2,56	11 550,5	7,74	13 613,7	7,80	19 702,1	9,19
Державне управління охороною здоров'я та медичне страхування	362,4	2,05	463,3	1,72	1 665,7	2,06	9 866,6	6,61	11 875,5	6,81	16 975,0	7,92
Фонди соціального страхування	3,3	0,02	5,4	0,02	20,0	0,02	20,3	0,01	24,8	0,01	76,8	0,04
Всі інші організації управління охороною здоров'я	241,8	1,37	409,2	1,52	382,1	0,47	1 663,5	1,12	1 713,4	0,98	2 650,3	1,23
<b>Всі інші сектори економіки</b>	<b>16,3</b>	<b>0,09</b>	<b>10,1</b>	<b>0,04</b>	<b>38,1</b>	<b>0,05</b>	<b>216,9</b>	<b>0,15</b>	<b>391,9</b>	<b>0,22</b>	<b>609,1</b>	<b>0,28</b>
Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Дослідницькі установи	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Заклади освіти	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00	0,0	0,00
Інший світ	77,4	0,44	83,0	0,31	203,9	0,25	534,7	0,36	1 063,8	0,61	1 940,0	0,90
Провайдери, що не визначені за типом	246,0	1,39	632,3	2,35	1 952,4	2,42	3 255,7	2,18	4 181,9	2,40	5 932,6	2,77
<b>Поточні витрати на охорону здоров'я</b>	<b>17 642,9</b>	<b>100,00</b>	<b>26 859,7</b>	<b>100,00</b>	<b>80 834,1</b>	<b>100,00</b>	<b>149 163,5</b>	<b>100,00</b>	<b>174 481,5</b>	<b>100,00</b>	<b>214 351,4</b>	<b>100,00</b>

Джерело: сформовано автором на основі [5]

## Додаток Л

**Розрахункові показники обсягу видатків на охорону здоров'я обласного бюджету, а також зведеного бюджету міста обласного значення (за даними Постанови Кабінету Міністрів України «Про деякі питання розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів» [22])**

**1. Показник обсягу видатків на охорону здоров'я з обласного бюджету ( $V_{zob}$ )** визначається за такою формулою:

$$V_{zob} = H_{zob} \times N_i \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi2}) + Spilot/ex(ob) + Szvi(pilot) + Szei + Vzgi + Szi + Szexi, \quad (Л.1)$$

$$H_{zob} = (V_{zu} - V_{zgu} - Szeu - Szvu(pilot) - Szpu(pilot) - Szu - Szexu) \times K_{zob1} \times K_{zob4} / Nu, \quad (Л.2)$$

$$Spilot/ex(ob) = \sum (H_{zm}(r)_i \times K_{zm}(r)_3 \times (N_i - N_{dm}(r)_i - N_{wrn}(r)_i) \times K_{zm}(r)_5 \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi2})) \times K_{pilot/ex}(m) + \sum (H_{zm}(r)_i \times K_{zm}(r)_3 \times (N_i - N_{dm}(r)_i - N_{wrn}(r)_i) \times K_{zm}(r)_5 \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi2})) \times K_{pilot/ex}(r), \quad (Л.3)$$

$$Szei = (H_{zob} \times N_i \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi2})) \times K_{zb}(i) - (H_{zob} \times N_i \times (1 - \lambda + \lambda \times K_{zi2})), \quad (Л.4)$$

де  $H_{zob}$  – фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для обласного бюджету;  $V_{zu}$  – загальний показник обсягу видатків на охорону здоров'я для місцевих бюджетів на планований бюджетний період;  $V_{zgu}$  – загальний показник обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні», визначений за окремим розрахунком;  $Vzgi$  – обсяг видатків місцевого бюджету на охорону здоров'я згідно із Законом України «Про статус гірських населених пунктів в Україні», визначений за окремим розрахунком;  $Szeu$  – загальний обсяг цільових коштів, передбачених для охорони здоров'я, визначений за окремим розрахунком для врахування екологічних особливостей регіонів;  $Szvu(pilot)$  – загальний обсяг цільових коштів, що спрямовуються на підтримку проведення реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»;  $Szpu(pilot)$  – загальний обсяг цільових коштів, що спрямовуються на підтримку проведення реформування первинної медичної допомоги у пілотних регіонах згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» для заохочення медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу, з урахуванням обсягу та якості виконаної роботи;  $Szei$  – обсяг цільових коштів, що спрямовуються на охорону здоров'я для врахування екологічних особливостей регіонів, обчислений за методикою, запропованою головним фінансовим управлінням Донецької облдержадміністрації та рекомендованою Інститутом економіки промисловості Національної академії наук, і становить 436,9 млн. гривень. Зазначений обсяг ( $Szei$ ) спрямовується на здійснення заходів щодо діагностики та лікування захворювань, які викликані впливом викидів забруднювальних речовин в атмос-

феру на здоров'я населення регіону;  $K_{zb}(i)$  – диференційований екологічний коефіцієнт для регіону, що має значення:

$$K_{zb}(i) = 1 + (Keko(i) - 1) \times 5 \%, \text{ якщо } 1 \leq Keko(i) \leq 1,3; \quad (Л.5)$$

$$K_{zb}(i) = 1 + (Keko(i) - 1) \times 10 \%, \text{ якщо } 1,31 \leq Keko(i) \leq 1,6, \quad (Л.6)$$

де  $Keko(i)$  – коефіцієнт екологічного неблагополуччя регіону, що визначається за такою формулою:

$$Keko(i) = 1 + lg (W_i / W_{svr}), \quad (Л.7)$$

де  $W_i$  – обсяг викидів забруднювальних речовин в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення у розрахунку на одну особу по регіону (тонн);  $W_{svr}$  – сумарний обсяг викидів забруднювальних речовин в атмосферу від стаціонарних джерел забруднення у розрахунку на одну особу сумарної кількості населення України (тонн). При цьому для регіонів, у яких сума  $1 + lg (W_i / W_{svr})$  становить менше одиниці, значення  $Keko(i)$  дорівнює одиниці;  $Szvi(pilot)$  – обсяг цільових коштів, що спрямовуються на підтримку проведення реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», розподілений відповідно до чисельності наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує планованому;  $Spilot/ex(ob)$  – сумарний обсяг коштів, розрахований для: обласних бюджетів Вінницької, Дніпропетровської і Донецької областей для надання вторинної та екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» (спрямовується на забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я міст обласного значення та районів, які починаючи з 1 січня 2012 р. повинні фінансуватися з обласних бюджетів, і не може бути зменшений); інших обласних бюджетів для надання екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;  $K_{pilot/ex}(m)$  – коефіцієнт коригування частки обсягу видатків місцевих бюджетів, який застосовується для визначення обсягу видатків: обласних бюджетів на надання вторинної та екстреної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Для бюджетів міст обласного значення  $K_{pilot}(m)$  дорівнює 0,72, бюджетів районів  $K_{pilot}(r)$  – 0,652; інших обласних бюджетів на надання екстреної медичної допомоги в інших областях відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Для бюджетів міст обласного значення  $Kex(m)$  дорівнює 0,109, бюджетів районів  $Kex(r)$  – 0,085;  $K_{zob1}$  – частка обсягу видатків обласних бюджетів у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я усіх місцевих бюджетів, що становить 0,354 і відповідає показникові, визначеному як відношення сумарних витрат на охорону здоров'я обласних бюджетів до загального обсягу видатків на цю мету за даними зведення місцевих бюджетів. У розрахунках  $K_{zob1}$  враховано розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України;  $K_{zob4}$  – коефі-

цієнт коригування частки обсягу видатків обласних бюджетів у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я залежно від співвідношення видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків таких бюджетів. Для обласних бюджетів  $Kzob4$  дорівнює 0,951;  $\lambda$  – коефіцієнт рівня застосування впливу вікової структури населення. На планований бюджетний період  $\lambda$  дорівнює 0,5;  $Kzi2$  – коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі таких еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі (табл. М.1);  $Nu$  – чисельність наявного населення України станом на 1 січня року, що передує планованому;  $Ni$  – чисельність наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує планованому;  $Szu$  – загальний обсяг цільових коштів для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет;  $Szi$  – обсяг цільових коштів обласного бюджету для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, що визначається за окремим розрахунком;  $Szexu$  – загальний обсяг цільових коштів для забезпечення додаткових виплат медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу»;  $Szexi$  – обсяг цільових коштів обласного бюджету для забезпечення додаткових виплат медичним працівникам системи екстреної медичної допомоги відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», розподілений відповідно до чисельності наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує планованому.

**Таблиця Л.1 – Коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення**

Вікові групи	Еквівалент надання медичної допомоги чоловікам	Еквівалент надання медичної допомоги жінкам
0-1	10	5
2-4	7	3,5
5-9	3,7	3
10-14	3	2,5
15-19	2,2	3
20-24	2,6	3,5
25-29	2	4
30-34	2	4
35-39	2,5	4,5
40-44	3,5	5
45-49	4,5	5,5
50-54	5	6,5
55-59	6,5	7
60-64	7,5	8,5
65-69	8	9,5
70 і старші	10,5	11

Джерело: [22]

**2. Показник обсягу видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету міста обласного значення, району ( $Vzm(r)i$ )** визначається за такою формулою:

$$Vzm(r)i = (Hzm(r)i \times Kzm(r)3 \times (Ni - Ndm(r)i - Nwm(r)i \times Kzm(r)5) \times (1 - \lambda + \lambda \times Kzi2)) \times Kzppilot/ex(mr) + Szpi(pilot) + Vzgi + Vzui, \quad (Л.8)$$

$$Hzm(r)i = (Vzu - Vzgu - Szeu - Szvu(pilot) - Szpu(pilot) - Szu - Szexu) \times Kzm(r)1 \times Kzm(r)4 / (Nu - Ndm(r)u - Nwm(r)u \times Kzm(r)5), \quad (Л.9)$$

де  $Hzm(r)i$  – фінансовий норматив бюджетної забезпеченості на охорону здоров'я для зведеного бюджету міста обласного значення, району;  $Szpi(pilot)$  – обсяг цільових коштів, що спрямовуються на підтримку проведення реформування первинної медичної допомоги у пілотних регіонах згідно із Законом України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» для заохочення медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу, виходячи з обсягу та якості виконаної роботи, розподілений відповідно до чисельності наявного населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці станом на 1 січня року, що передує планованому;  $Vzui$  – показник обсягу видатків місцевих бюджетів, що передається до відповідних місцевих бюджетів (переадресування витрат) у зв'язку з відсутністю (недостатністю) мережі бюджетних установ на підставі спільних рішень і договорів органів місцевого самоврядування міст обласного значення та районів;  $Kzm(r)1$  – частка обсягу видатків зведених бюджетів міст обласного значення та районів у загальному обсязі видатків на охорону здоров'я усіх місцевих бюджетів, яка визначається за питомою вагою сумарних витрат на охорону здоров'я бюджетів таких міст і районів у загальній сумі витрат на цю мету за даними зведення місцевих бюджетів з урахуванням розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України.  $Kzm(r)1$  дорівнює 0,646;  $Kzi2$  – коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, обчислений за офіційними рекомендаціями ВООЗ на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги одній особі залежно від віку і статі згідно з пунктом 17 цієї Формули;  $Kzm(r)3$  – коефіцієнт диференціації рівня витрат на одного жителя (місто обласного значення – 1,065; район – 0,934), визначений за середнім співвідношенням рівнів видатків зведених бюджетів міст обласного значення та районів за даними зведення місцевих бюджетів з урахуванням розмежування видатків між бюджетами згідно з главою 14 Бюджетного кодексу України. Для бюджету м. Києва  $Kzm(r)3$  дорівнює 1;  $Kzm(r)4$  – коефіцієнт коригування частки обсягу видатків зведених бюджетів міст обласного значення та районів у загальному обсязі витрат на охорону здоров'я залежно від питомої ваги видатків на заробітну плату в загальній сумі видатків таких бюджетів.  $Kzm(r)4$  дорівнює 1,027;  $Kzm(r)5$  – коефіцієнт коригування чисельності наявного населення адміністративно-територіальної одиниці, якому медична допомога частково надається відомчими закладами охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів державного бюджету.  $Kzm(r)5$  дорівнює 0,5;  $Kzppilot/ex(mr)$  – коефіцієнт коригування, який застосовується для визначення обсягу видатків для бюджетів міст обласного значення та районів на надання: первинної медичної допомоги у Вінницькій, Дніпропетровській,

Донецькій областях відповідно до Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». Для бюджетів міст обласного значення Kzpilot(m) дорівнює 0,28, для бюджетів районів Kzpilot(r) – 0,348; первинної та вторинної медичної допомоги в інших областях відповідно до Закону України «Про екстрену медичну допомогу». Для бюджетів міст обласного значення Kzex(m) дорівнює 0,891, для бюджетів районів Kzex(r) – 0,915; Ndm(r) u – загальна чисельність наявного населення міст обласного значення та районів, в яких відсутня мережа закладів охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів (обслуговується закладами, які фінансуються за рахунок коштів державного бюджету); Nwm(r)u – загальна чисельність наявного населення міст обласного значення та районів, яке частково обслуговується закладами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, які належать до сфери управління МОЗ, Мінінфраструктури, Державного управління справами та Національної академії наук; Ndm(r)i – чисельність наявного населення міста обласного значення та району, в яких відсутня мережа закладів охорони здоров'я, що фінансуються за рахунок коштів місцевих бюджетів (обслуговується закладами, які фінансуються за рахунок коштів державного бюджету), станом на 1 січня року, що передує планованому; Nwm(r)i – чисельність наявного населення міста обласного значення та району, яке частково обслуговується закладами охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, які належать до сфери управління МОЗ, Мінінфраструктури, Державного управління справами та Національної академії наук, станом на 1 січня року, що передує планованому.

**3. Показник обсягу видатків на охорону здоров'я зведеного бюджету м. Києва (Vz kyiv)** визначається за такою формулою:

$$Vz kyiv = Vzob + Vz m(r)i, \quad (Л.10)$$

## Додаток М

## Макроекономічні показники діяльності суб'єктів господарювання та підприємства в сфері охорони здоров'я України, 2010–2018 рр.

Таблиця М.1 – Макроекономічні показники діяльності суб'єктів господарювання в сфері охорони здоров'я, 2010–2018 рр.

Рік/показник	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018	Відносна динаміка, %
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Кількість суб'єктів господарювання</b>	<b>11089</b>	<b>10063</b>	<b>15450</b>	<b>16960</b>	<b>19604</b>	<b>19946</b>	<b>19621</b>	<b>19921</b>	<b>22446</b>	<b>11 357</b>	<b>2,02 (+102,4 %)</b>
З них фізичні особи-підприємці	6450	5224	10856	12083	15548	15687	15730	15681	17097	10647	2,65 (+165,07%)
- діяльність лікарняних закладів	770	767	721	809	645	692	670	718	1276	506	1,66 (+65,7%)
- загальна медична практика	2528	2589	2923	3419	3732	3429	3945	3816	4341	1813	1,72 (+71,7%)
- спеціалізована медична практика	1593	1314	2148	2371	2718	2508	2582	2648	2919	1326	1,83 (+83,2%)
- стоматологічна практика	5039	4405	7712	8475	10158	9938	9892	10236	11090	6051	2,2 (+120%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	1159	988	1946	1886	2351	3379	2532	2503	2820	1661	2,43 (+143,3%)
<b>Кількість зайнятих працівників у суб'єктах господарювання, осіб</b>	<b>104058</b>	<b>106024</b>	<b>112948</b>	<b>108282</b>	<b>90534</b>	<b>108127</b>	<b>111845</b>	<b>114600</b>	<b>267981</b>	<b>163923</b>	<b>2,58 (+157,5%)</b>
З них фізичні особи-підприємці	12803	12366	18900	19899	22943	22027	23362	26845	32992	20189	2,58 (+157,7%)
- діяльність лікарняних закладів	51041	47554	46154	44856	28123	26029	25813	27034	126914	75041	2,49 (+148,7%)
- загальна медична практика	20848	23110	22649	23443	22663	35327	38667	35733	84669	63821	4,06 (+306,1%)
- спеціалізована медична практика	4828	6345	8767	8949	8591	12367	12836	13315	13767	8939	2,85 (+185,1%)
- стоматологічна практика	22050	24022	27769	26352	26234	26564	27651	30675	32853	10803	1,49 (+48,99%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	5291	4993	7609	4682	4923	7840	6878	7843	9778	4487	1,85 (+84,8%)

Продовження таблиці М.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Кількість найманих працівників у суб'єктів господарювання, осіб</b>	<b>96446</b>	<b>99672</b>	<b>99968</b>	<b>95195</b>	<b>74084</b>	<b>91433</b>	<b>95471</b>	<b>98130</b>	<b>250133</b>	<b>153687</b>	<b>2,59 (+159,4%)</b>
З них фізичні особи-підприємці	6353	7142	8044	7816	7395	6340	7632	11164	15895	9542	2,5 (+150,2%)
- діяльність лікарняних закладів	50857	47392	45861	44652	27941	25818	25593	26814	126669	75812	2,49 (+149,1%)
- загальна медична практика	19415	21879	20352	21293	19962	32985	35782	33010	81895	62480	4,22 (+321,8%)
- спеціалізована медична практика	3794	5473	6881	7029	6250	10214	10653	11083	11312	7518	2,98 (+198,2%)
- стоматологічна практика	17961	20644	20790	19071	17133	17731	18837	21588	23001	5040	1,28 (+28,1%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	4419	4284	6084	3150	2798	4685	4606	5635	7256	3107	1,7 (+70,0%)
<b>Витрати на персонал, тис. грн</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3113311,9</b>	<b>2467145,2</b>	<b>3959847,4</b>	<b>4706923,3</b>	<b>6329351,5</b>	<b>17497850,5</b>	<b>14 384 538,6</b>	<b>5,62 (+462,03%)</b>
З них фізичні особи-підприємці	-	-	-	171778,0	163644,5	164738,1	203845,3	306273,1	449484,4	277 706,4	2,62 (+161,7%)
- діяльність лікарняних закладів	-	-	-	1740371,2	1030319,6	1118890,4	1234795,4	1916809,2	8550491,8	6 810 120,6	4,91 (+391,3%)
- загальна медична практика	-	-	-	641584,1	685836,7	1570323,7	1990121,3	2367046,5	6205548,1	5 563 964	9,67 (+867,2%)
- спеціалізована медична практика	-	-	-	236974,4	248528,1	526528,1	570603,8	725894,8	899625,8	662 651,4	3,8 (+279,6%)
- стоматологічна практика	-	-	-	381619,4	404922,0	497743,8	575354,7	837663,3	1087235,3	705 615,9	2,85 (+184,9%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	-	-	-	112762,8	97538,8	246361,4	336048,1	481937,7	754949,5	642 186,7	6,7 (+569,6%)

Продовження таблиці М.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Обсяг виробленої продукції (товарів, послуг), тис. грн</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10434075,8</b>	<b>9236845,0</b>	<b>12413166,3</b>	<b>16639587,7</b>	<b>21363862,4</b>	<b>30971864,4</b>	<b>20 537 788,6</b>	<b>2,98 (+196,8%)</b>
З них фізичні особи-підприємці	-	-	-	1444501,3	1494360,3	1704650,8	2473122,6	3628567,1	4898429,8	3 453 928,5	3,39 (+229,1%)
- діяльність лікарняних закладів	-	-	-	5380726,0	3531747,1	3716394,8	4555856,9	5911003,7	9168605,5	3 787 879,5	1,70 (+70,4%)
- загальна медична практика	-	-	-	2356681,2	2863863,2	4578547,9	6564689,3	7895941,1	11383400,4	9 026 719,2	4,83 (+383,02%)
- спеціалізована медична практика	-	-	-	810149,9	856277,4	1337189,4	1791177,9	2263140,0	3033624,2	2 223 474,3	3,74 (+274,5%)
- стоматологічна практика	-	-	-	1426038,2	1476886,7	1795881,5	2470334,6	3544341,9	4798474,2	3 372 436	3,36 (+236,5%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	-	-	-	460480,5	508070,6	985152,7	1257529,0	1785835,7	2587760,1	2 127 279,6	5,62 (+461,97%)
<b>Обсяг реалізованої продукції (товарів, послуг), тис. грн</b>	<b>7653847,7</b>	<b>8494266,3</b>	<b>9855913,2</b>	<b>10820198,8</b>	<b>9211269,8</b>	<b>12767073,9</b>	<b>16597984,1</b>	<b>21231732,6</b>	<b>31057872,4</b>	<b>23 404 024,7</b>	<b>4,06 (+305,8%)</b>
З них фізичні особи-підприємці	1199756,4	1259059,3	1476490,6	1632910,9	1707450,5	2201980,4	2807988,8	3754234,5	5078638,5	3 938 882,1	4,46 (+345,6%)
- діяльність лікарняних закладів	4184009,9	4349975,4	4884151,7	5427412,6	3443653,2	3585208,3	4457064,3	5853474,8	9462044,4	5 278 034,5	2,26 (+126,15%)
- загальна медична практика	1336172,8	1784935,0	2025671,0	2503841,8	2821209,3	4696824,0	6417986,7	7864339,1	12025992,2	10 689 819,4	9,0 (+800,0%)
- спеціалізована медична практика	663675,3	695768,2	817444,8	845733,2	868392,6	1416355,5	1804632,1	2238692,8	2799750,2	2 136 074,9	4,22 (+321,9%)
- стоматологічна практика	115048,4	1294663,3	1487445,9	1548048,6	1574967,5	2044664,8	2640075,7	3511357,5	4309913,5	3 194 865,1	3,87 (+286,5%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	354941,3	368924,4	641199,8	495162,6	503047,2	1024021,3	1278225,3	1763868,4	2460172,1	2 105 230,8	6,93 (+593,1%)

Джерело: сформовано автором на основі [5]

Таблиця М.2 – Макроекономічні показники діяльності підприємств сфери охорони здоров'я, 2010–2018 рр.

Рік / показник	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Абсолютна динаміка, Δ	Відносна динаміка, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Кількість, од.</b>	<b>4639</b>	<b>4839</b>	<b>4594</b>	<b>4877</b>	<b>4056</b>	<b>4259</b>	<b>3891</b>	<b>4240</b>	<b>5349</b>	<b>710</b>	<b>1,15 (+15,3%)</b>
- діяльність лікарняних закладів	734	738	661	741	545	579	541	604	1147	413	1,56 (+56,3%)
- загальна медична практика	1561	1806	1296	1607	1361	1431	1286	1383	1803	242	1,16 (+15,5%)
- спеціалізована медична практика	635	538	535	576	477	484	459	512	556	-79	0,88 (-12,44%)
- стоматологічна практика	1350	1417	1503	1565	1346	1402	1302	1395	1455	105	1,08 (+7,8%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	359	340	599	388	327	363	303	346	388	29	1,08 (+8,08%)
<b>Кількість зайнятих працівників, осіб</b>	<b>91255</b>	<b>93658</b>	<b>94048</b>	<b>88383</b>	<b>67591</b>	<b>86100</b>	<b>88483</b>	<b>87755</b>	<b>234989</b>	<b>143 734</b>	<b>2,58 (+157,5%)</b>
- діяльність лікарняних закладів	50950	47463	46024	44720	27967	25858	25618	26760	126561	75 611	2,48 (+148,4%)
- загальна медична практика	19084	21431	20013	20650	19388	32578	35010	31869	79876	60 792	4,19 (+318,5%)
- спеціалізована медична практика	3150	4759	6242	6268	5472	9657	9880	9820	9503	6 353	3,02 (+201,7%)
- стоматологічна практика	13788	15894	15771	13817	12090	13529	13637	14138	12464	-1 324	0,90 (-9,6%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	4283	4111	5998	2928	2674	4478	4338	5168	6585	2 302	1,54 (+353,7%)
<b>З них кількість найманих працівників, осіб</b>	<b>90093</b>	<b>92530</b>	<b>91924</b>	<b>87379</b>	<b>66689</b>	<b>85093</b>	<b>87839</b>	<b>86966</b>	<b>234238</b>	<b>144 145</b>	<b>2,6 (+159,9%)</b>
- діяльність лікарняних закладів	50802	47330	45791	44584	27885	25760	25527	26654	126445	75 643	2,49 (+148,9%)
- загальна медична практика	18618	20983	19343	20312	19058	32234	34784	31579	79640	61 022	4,28 (+327,8%)
- спеціалізована медична практика	3074	4663	5969	6143	5372	9528	9820	9724	9411	6 337	3,06 (+206,1%)
- стоматологічна практика	13388	15504	15001	13446	11801	13232	13413	13892	12247	-1 141	0,91(-8,5%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	4211	4050	5820	2894	2573	4339	4295	5117	6495	2 284	1,54 (+54,2%)

Продовження таблиці М.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Обсяг реалізованої продукції (товарів, послуг), тис. грн (інституціональний підхід)</b>	<b>6514091,3</b>	<b>7241207,0</b>	<b>8379422,6</b>	<b>9187287,9</b>	<b>7503819,3</b>	<b>10565693,5</b>	<b>13789995,3</b>	<b>17477498,1</b>	<b>25979233,9</b>	<b>19 465 142,6</b>	<b>3,99 (+298,8%)</b>
- діяльність лікарняних закладів	4172941,0	4337806,2	4869812,6	5411554,4	3424661,0	3560448,1	4423531,7	5798273,8	9390111,1	5 217 170,1	2,25 (+125,02%)
- загальна медична практика	1158120,4	1589182,5	1795014,1	2248749,0	2544205,5	4330274,0	5924264,0	7222341,4	11178300,8	10 020 180,4	9,65 (+865,2%)
- спеціалізована медична практика	482772,8	496882,3	583095,8	586557,1	610948,2	1097730,4	1406596,4	1708696,6	2074240,6	1 591 467,8	4,3 (329,7%)
- стоматологічна практика	448169,6	561490,1	623541,7	592621,8	580889,8	822225,5	1047838,6	1398644,2	1478039,9	1 029 870,3	3,3 (+229,8%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	252087,5	255845,9	507958,4	347805,6	343114,8	755015,5	987764,6	1349542,1	1858541,5	1 606 454	7,37 (+637,3%)
<b>Витрати на виробництво продукції (товарів, послуг), тис. грн</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7701274,4</b>	<b>8352741,2</b>	<b>6707275,1</b>	<b>9554979,6</b>	<b>11399882,0</b>	<b>14869558,9</b>	<b>31159326,8</b>	<b>23 458 062,4</b>	<b>4,05 (+304,6%)</b>
- діяльність лікарняних закладів	-	-	4596498,4	4973949,1	3174352,1	3389444,4	3726567,3	5474697,8	14944710,8	10 348 212,4	3,25 (+2,25%)
- загальна медична практика	-	-	1561822,9	1986737,1	2114215,8	3707368,4	4628540,7	5485887,3	11070878,6	9 509 055,7	7,09 (+608,8%)
- спеціалізована медична практика	-	-	484853,8	523501,1	546356,4	987020,2	1219035,3	1496867,8	1911349,2	1 426 495,4	3,94 (+294,2%)
- стоматологічна практика	-	-	599654,8	542639,4	547975,9	755052,2	941705,8	1257131,5	1466147,7	866 492,9	2,44 (+144,5%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	-	-	458444,5	325914,5	324374,9	716094,4	884032,9	1154974,5	1766240,5	1 307 796	3,85 (+285,3%)
<b>В т. ч. витрати на оплату праці, тис. грн</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2308783,0</b>	<b>2170209,9</b>	<b>1701262,9</b>	<b>2808332,0</b>	<b>3703256,1</b>	<b>4953101,8</b>	<b>13906325,8</b>	<b>11 597 542,8</b>	<b>6,02 (+502,5%)</b>



Продовження таблиці М.2

1 В т. ч. у % до загальних витрат	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 14,6 (у розрахунок до 2012 р.)	12 1,49 (+48,67%)
Чистий прибуток (збиток) підприємств, тис. грн.	-94272,5	-218810,6	-75000,2	-148911,0	-1182820,7	-1039291,3	187278,6	144858,2	1022372,3	-	-
- діяльність лікарняних закладів	-55672,9	-182765,7	-68989,6	-106968,8	-634608,2	-673650,6	14611,2	-41640,3	177594,0	-	-
- загальна медична практика	-676,1	-36464,9	-19065,4	-78210,5	-520502,5	-390461,1	-10896,7	-56752,3	441112,4	-	-
- спеціалізована медична практика	-38019,4	-773,2	11373,7	23565,6	-17982,7	12058,5	87509,3	91333,3	181820,0	-	-
- стоматологічна практика	88,9	4781,3	6750,0	8842,3	4917,4	19280,5	43960,5	58837,0	85881,7	-	-
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	7,0	-3588,1	-5068,9	3860,4	-14644,7	-6518,6	52094,3	93080,5	135964,2	-	-
Частка підприємств, які отримали прибуток, у % до загальної кількості	58,7	59,5	61,1	63,2	63,2	68,9	68,8	64,0	68,5	9,8	1,17 (+16,7%)
- діяльність лікарняних закладів	56,7	53,4	59,0	59,7	58,3	62,8	64,1	62,2	64,8	8,1	1,14 (+14,3%)
- загальна медична практика	58,7	57,2	61,2	61,3	62,7	68,7	67,6	60,7	69,6	10,9	1,19 (+18,57%)
- спеціалізована медична практика	59,7	60,4	57,1	60,8	62,6	67,7	69,0	67,9	69,8	10,1	1,17 (+16,9%)
- стоматологічна практика	58,6	62,9	61,7	65,8	65,1	70,1	70,2	65,5	69,1	10,5	1,18 (+17,9%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	62,7	68,7	65,5	71,1	66,9	76,0	75,4	69,0	69,7	7	1,11 (+11,16%)
Частка підприємств, які отримали збиток, у % до загальної кількості	41,3	40,5	38,9	36,8	36,8	31,1	31,2	36,0	31,5	-9,8	0,76 (-23,7%)
- діяльність лікарняних закладів	43,3	46,6	41,0	40,3	41,7	37,2	35,9	37,8	35,2	-8,1	0,81 (-18,77%)
- загальна медична практика	41,3	42,8	38,8	38,7	37,3	31,3	32,4	39,3	30,4	-10,9	0,74 (-26,39%)
- спеціалізована медична практика	40,3	39,6	42,9	39,2	37,4	32,3	31,0	32,1	30,2	-10,1	0,75 (-25,06%)
- стоматологічна практика	41,4	37,1	38,3	34,2	34,9	29,9	29,8	34,5	30,9	-10,5	0,75 (-25,36%)
- інша діяльність у сфері охорони здоров'я	37,3	31,3	34,5	28,9	33,1	24,0	24,6	31,0	30,3	-7	0,81 (-18,77%)

Джерело: сформовано автором на основі [5]

Таблиця М.3 - Заклади охорони здоров'я України, 1990-2017 рр.

	Кількість лікарняних закладів, <sup>1</sup> тис.	Кількість лікарняних ліжок <sup>1</sup>		Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, <sup>1</sup> тис.	Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів	
		усього, тис.	на 10 000 населення		кількість відвідувань за зміну, тис.	на 10 000 населення
1990	3,9	700	135,5	6,9	895	173,1
1991	3,9	700	135,2	7,0	922	178,0
1992	3,9	689	132,6	7,1	939	180,5
1993	3,9	679	130,9	7,2	952	183,5
1994	3,9	665	129,3	7,2	959	186,4
1995	3,9	639	125,1	7,2	966	189,0
1996	3,7	580	114,6	7,1	960	189,7
1997	3,4	503	100,2	7,1	964	191,9
1998	3,3	483	97,0	7,2	966	193,7
1999	3,3	477	96,5	7,3	973	196,6
2000	3,3	466	95,0	7,4	973	198,4
2001	3,2	466	96,6	7,4	980	203,4
2002	3,1	465	97,3	7,4	980	205,0
2003	3,0	458	96,6	7,6	981	206,8
2004	2,9	451	95,7	7,7	987	209,6
2005	2,9	445	95,2	7,8	990	211,7
2006 <sup>2</sup>	2,9	444	95,6	7,9	998	214,8
2007	2,8	440	95,2	8,0	992	214,7
2008	2,9	437	95,1	8,8	987	214,8
2009	2,8	431	94,2	8,8	1000	218,3
2010	2,8	429	94,0	9,0	993	217,7
2011	2,5	412	90,6	8,2	999	219,8
2012	2,4	404	89,1	8,3	1023	225,4
2013	2,2	398	88,0	10,8	1037	229,2
2014 <sup>3</sup>	1,8	336	78,5	9,8	912	213,4
2015 <sup>3</sup>	1,8	332	78,1	10,0	912	214,2
2016 <sup>3</sup>	1,7	315	74,3	10,2	915	215,6
2017 <sup>3</sup>	1,7	309	73,1	10,4	923	218,6

<sup>1</sup> На кінець 1990, 1991, ..., 2017 року.<sup>2</sup> Дані розрахункові<sup>3</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Джерело: [5]

Таблиця М.4 - Медичний персонал України, 1990-2017 рр.

	Кількість лікарів усіх спеціальностей		Кількість середнього медичного персоналу	
	усього, тис.	на 10 000 населення	усього, тис.	на 10 000 населення
1990	227	44,0	607	117,5
1991	230	44,4	618	119,4
1992	228	43,8	602	115,8
1993	230	44,4	600	115,7
1994	227	44,1	588	114,2
1995	230	45,1	595	116,5
1996	229	45,2	583	115,0
1997	227	45,1	566	112,7
1998	227	45,5	557	111,7
1999	228	46,0	553	111,9
2000	226	46,2	541	110,3
2001	226	46,8	530	110,1
2002	224	46,9	526	110,0
2003	223	47,1	523	110,3
2004	223	47,4	522	110,9
2005	224	47,9	496	106,2
2006 <sup>2</sup>	225	48,4	493	106,1
2007	223	48,3	488	105,5
2008	222 <sup>4</sup>	48,3	465	101,1
2009	225 <sup>4</sup>	49,1	467	102,0
2010	225 <sup>4</sup>	49,3	467	102,4
2011	224 <sup>4</sup>	49,3	459	101,0
2012	217 <sup>4</sup>	47,9	441	97,2
2013	217 <sup>4</sup>	48,0	441	97,4
2014 <sup>3</sup>	186 <sup>4</sup>	43,5	379	88,6
2015 <sup>3</sup>	186 <sup>4</sup>	43,7	372	87,3
2016 <sup>3</sup>	187 <sup>4</sup>	44,0	367	86,5
2017 <sup>3</sup>	186 <sup>4</sup>	44,1	360	85,4

<sup>1</sup> На кінець 1990, 1991, ..., 2017 року.

<sup>2</sup> Дані розрахункові.

<sup>3</sup> Без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

<sup>4</sup> Без урахування лікарів-стоматологів.

Джерело: [5]

Таблиця Н.1 - Розміри тарифних розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників закладів охорони здоров'я

Тарифні розряди	Тарифні коефіцієнти, що застосовуються з 1 вересня 2008 року
1	1
2	1,09
3	1,18
4	1,27
5	1,36
6	1,35
7	1,54
8	1,64
9	1,73
10	1,82
11	1,97
12	2,12
13	2,27
14	2,42
15	2,58
16	2,79
17	3
18	3,21
19	3,42
20	3,64
21	3,85
22	4,06
23	4,27
24	4,36
25	4,51

Джерело: [26]

**Таблиця Н.2 – Схема тарифних розрядів посад керівних працівників закладів охорони здоров'я**

Посади		Тарифні розряди, які встановлюються за групами з оплати праці				
		I	II	III	IV	V
1.	Керівник (головний лікар, генеральний директор, директор, головний державний санітарний лікар, начальник, завідувач)	18	17	16	15	14
2.	Головна медична сестра, головний фельдшер	12	11	11	10	10
3.	Завідувач аптеки (структурний підрозділ лікувально-профілактичного закладу) – провізор – фармацевт	12	11	11	10	–
		11	10	10	9	–
4.	Начальник планово-економічного відділу	12	12	11	11	10
5.	Головні фахівці	12	12	11	11	–
6.	Керівник молочної фабрики – кухні Завідувач молочної кухні	11	10	10	9	9
		10	9	9	8	8
7.	Начальники відділів, інших підрозділів (не визначених у цьому розділі), начальник штабу цивільної оборони	11	11	10	10	10

Джерело: [39]

**Таблиця Н.3 – Схема тарифних розрядів посад лікарів**

Посади	Тарифний розряд
1. Лікарі-хірурги всіх найменувань і лікарі-ендоскопісти, лікарі-анестезіологи, лікарі загальної практики – сімейні лікарі: вищої кваліфікаційної категорії першої кваліфікаційної категорії другої кваліфікаційної категорії без категорії	14
	13
	12
	11
2. Лікар-інтерн, лікар-стажист хірургічного профілю	10
3. Лікарі інших спеціальностей: вищої кваліфікаційної категорії першої кваліфікаційної категорії другої кваліфікаційної категорії без категорії	13
	12
	11
	10
4. Лікар-інтерн, лікар-стажист	9

Джерело: [39]

**Таблиця Н.4 – Схема тарифних розрядів посад фахівців з базовою та неповною вищою медичною освітою**

Посади	Тарифний розряд
1. Акушерки, сестри медичні: операційних, перев'язувальних, відділень (груп, палат) анестезіології та інтенсивної терапії, пологових будинків (відділень, палат), відділень (палат) новонароджених та недоношених дітей, станцій (відділень) швидкої, невідкладної, екстреної медичної допомоги, кабінету з аудіометрії; оптометристи; помічники: лікаря-епідеміолога, лікаря-стоматолога; фельдшери всіх спеціальностей, лаборанти (фельдшери-лаборанти), медичні сестри загальної практики – сімейної медицини*, лікарі зубні: вищої кваліфікаційної категорії першої кваліфікаційної категорії другої кваліфікаційної категорії без категорії	10
	9
	8
	7
2. Інструктори, рентгенолаборанти, сестри медичні: поліклінік і стаціонарів, з дієтичного харчування, з лікувальної фізкультури, з масажу, зі стоматології, з фізіотерапії та інші; статистики медичні, техніки зубні, техніки – ортезисти – гіпсовиливальники: вищої кваліфікаційної категорії першої кваліфікаційної категорії другої кваліфікаційної категорії без категорії	9
	8
	7
	6

Джерело: [39]

**Таблиця Н.5 – Схема тарифних розрядів посад (професій) окремих категорій працівників закладів охорони здоров'я**

Посади (професії)	Тарифний розряд
1. Молодші медичні сестри: операційних, перев'язувальних, палатні, з догляду за хворими	4
2. Молодші медичні сестри: буфетниці, ванниці, прибиральниці (палатні) та інші	3
3. Реєстратор медичний	5
4. Сестри-господарки	4
5. Дезінфектор	4

Джерело: [39]

## Додаток О

## Продовження таблиці О

## Угрупування надбавок за тривалість безперервної роботи

Заклади (підрозділи)	Посади	Максимальний розмір надбавок	Порядок виплати надбавок
1	2	3	4
1. Дільничні лікарні, амбулаторії, у т.ч. лінійні на залізничному транспорті, що розташовані в сільській місцевості, амбулаторії сімейної медицини	Лікарі – незалежно від найменування посади, дільничні медичні сестри, зубні лікарі, медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	40 %	Від 3 до 5 років безперервної роботи – 10 %, від 5 до 7 років – 20 %, від 7 до 9 років – 30 %, понад 9 років – 40 % окладу
2. Міські поліклініки (підрозділи), у т.ч. поліклініки центральних районних, районних лікарень сільських районів, центральних районних поліклінік, на які в разі відсутності ЦРЛ покладені їх функції, територіальні медичні об'єднання	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень та відділень сімейної медицини, лікарі загальної практики, лікарі дільничні терапевти та педіатри територіальних дільниць та дільничні медичні сестри, медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	30 %	3 першого року до 3 років (включно) – 10 %, від 3 до 5 років – 20 %, понад 5 років – 30 % посадового окладу
3. Медико-санітарні частини, цехові лікарські дільниці міських (районних) поліклінік (підрозділів)	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень, лікарі загальної практики, лікарі-терапевти та дільничні медичні сестри цехових лікарських дільниць, медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	20 %	Від 3 до 5 років безперервної роботи – 10 %, понад 5 років – 20 % посадового окладу
4. Пункти (відділення) невідкладної медичної допомоги вдома	Лікар-терапевт, лікар-педіатр, фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою, водії санітарних машин	30 %	Від 3 до 5 років – 10 %, від 5 до 7 років – 20 %, понад 7 років – 30 % посадового окладу
5. Територіальні поліклініки, поліклініки на залізничному, водному та повітряному транспорті	Лікарі загальної практики, лікарі-терапевти цехових лікарських дільниць, дільничні медичні сестри цехових лікарських дільниць та загальної практики – сімейної медицини	20 %	Від 3 до 5 років – 10 %, понад 5 років – 20 % посадового окладу
6. Станції (відділення) швидкої медичної допомоги	Старші лікарі, лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад, водії та молодші медичні сестри виїзних бригад	60 %	Від 3 до 5 років – 20 %, від 5 до 7 років – 40 %, понад 7 років – 60 % посадового окладу
7. Станції, відділення екстреної медичної консультативної допомоги республіканської та обласних лікарень, центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф	Лікарі та фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою виїзних бригад незалежно від найменування посад, водії виїзних бригад	60 %	Від 3 до 5 років – 20 %, від 5 до 7 років – 40 %, понад 7 років – 60 % посадового окладу

1	2	3	4
8. Поліклінічні заклади (підрозділи) на залізничному та водному транспорті, заклади охорони здоров'я інших органів державної влади (при виконанні функцій з надання меддопомоги населенню прикріпленої території)	Завідувачі терапевтичних, педіатричних відділень, дільничні терапевти, педіатри та дільничні медичні сестри територіальних дільниць, лікарі загальної практики та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	30 %	Від 3 до 5 років – 10 %, від 5 до 7 років – 20 %, понад 7 років – 30 % посадового окладу
9. Протичумні заклади та структурні підрозділи з боротьби з особливо небезпечними інфекціями інших закладів	Усі працівники незалежно від найменування посади (професії)	40-80 %	10 % посадового окладу за кожний відпрацьований рік
10. Протилепрозні заклади (підрозділи)	Усі працівники незалежно від найменування посади (професії)	50 %	Від 3 до 5 років – 15 %; від 5 до 10 років – 25 %; понад 10 років – 50 % окладу
1. Медико-соціальні експертні комісії. Центри (бюро) медико-соціальної експертизи	Лікарі (включаючи голів та головних експертів)	20 %	Від 3 до 5 років – 10 %, понад 5 років – 20 % посадового окладу

Джерело: [39]

*Наукове видання*

**БОРЩ Вікторія Ігорівна**

**УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Верстка – Н.М. Ковальчук

Підписано до друку \_\_\_\_\_ р. Формат 70х100/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Skoda. Цифровий друк.  
Умовно-друк. арк. 31,85. Наклад 300. Замовлення № 1805м-227  
Віддруковано з готового оригінал-макета.

Видавництво та друк: «ОЛДІ-ПЛЮС»  
73034, м. Херсон, вул. Паровозна, 46-а  
E-mail: office@oldiplus.com  
Свід. ДК No 6532 від 13.12.2018 р.