

УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: КЛАСИФІКАЦІЯ СВІТОВИХ МОДЕЛЕЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ

HEALTH CARE SYSTEM ADMINISTRATION: CLASSIFICATION OF WORLD MODELS AND NATIONAL EXPERIENCE OF THEIR IMPLEMENTATION

У статті визначено складові для здійснення аналізу моделей управління системою охорони здоров'я, відповідно до базових засад ВООЗ (дефініції, основні функції систем охорони здоров'я та ключові критерії для їх оцінювання, принцип розподілу коштів, рівні віднесення повноважень (національний, регіональний та інституційний, які з врахуванням вітчизняного досвіду доповнені місцевим), які визначають ступінь урядового та регулятивного втручання держави у сферу охорони здоров'я.

Досліджено та узагальнено світові та вітчизняні теоретичні напрацювання щодо моделей управління системою охорони здоров'я. Систематизовано класифікацію моделей відповідно до критерію соціально-політичної структури суспільства, рівня соціального розвитку країни, обсягу публічних повноважень тощо. Розглянуто гібридні моделі та класичні, які ґрунтуються на системах: соціального страхування, державного забезпечення, централізованій (опора на чітку вертикаль управління та утримання системи установ), фінансово-економічних регуляторів. Здійснено порівняльний аналіз, визначено ключові характеристики моделей та систем охорони здоров'я, їх переваги та недоліки, особливості практичного впровадження в різних країнах світу.

Зазначено, що система Семашка на практиці, що була зреалізована на радянських теренах, тож усі країни пострадянського табору так чи інакше намагалися перебудувати свою систему охорони здоров'я, осучаснивши її. Україна до 2016 року активно намагалася видозмінювати модель Семашка, а після реалізації пілотного етапу реформування почала рух до адаптованого варіанту з урахуванням вітчизняних особливостей та кращих європейських здобутків моделі Беверіджа. Проаналізовано процес переходу на нову модель публічного управління, засновану на принципі «гроші йдуть за пацієнтом» та розкрито сутність першочергових перетворень системи охорони здоров'я України в процесі її реформування.

Ключові слова: система охорони здоров'я, публічне управління, публічна політика у сфері охорони здоров'я, реформування, медична допомога, медичні послуги, медичне страхування, моделі управління системою охорони здоров'я (Бісмарка, Беверіджа, Семашка, приватна та ринкова), принцип «гроші йдуть за пацієнтом».

The article defines the components for the analysis of health care system management models, in accordance with the basic principles of the WHO (definitions, main functions of health care systems and key criteria for their evaluation, the principle of allocation of funds, levels of delegation of powers (national, regional and institutional), which, taking into account national experience, are supplemented by local ones), which determine the degree of governmental and regulatory intervention of the state in the field of health care.

The world and domestic theoretical developments regarding the management models of the health care system have been studied and summarized. The classification of models is systematized according to the criterion of the socio-political structure of society, the level of social development of the country, the scope of public powers, etc. Hybrid models and classic models based on the following systems are considered: social insurance, state security, centralized (relying on a clear vertical management and maintenance system of institutions), financial and economic regulators. A comparative analysis was carried out, the key characteristics of health care models and systems, their advantages and disadvantages, features of practical implementation in different countries of the world were determined.

It is noted that the Semashko system in practice, which was implemented on Soviet territory, so all the countries of the post-Soviet camp in one way or another tried to rebuild their health care system, modernizing it. Until 2016, Ukraine actively tried to modify the Semashko model, and after the implementation of the pilot stage of the reform, it began to move towards an adapted version, taking into account domestic features and the best European achievements of the Beveridge model. The process of transition to a new public management model based on the principle of "money follows the patient" was analyzed and the essence of the primary transformations of the healthcare system of Ukraine in the process of its reform was revealed.

Key words: health care system, public administration, public policy in the field of health care, reform, medical care, medical services, health insurance, models of health care system management (Bismarck, Beveridge, Semashko, private and market), the "money follows the patient" principle.

УДК 614.2

DOI <https://doi.org/10.32843/pma2663-5240-2022.30.11>

Приходченко Л. Л.

д. наук з держ. упр., професорка, завідувачка кафедри публічного управління та регіоналістики
Навчально-науковий інститут публічної служби та управління Державного університету «Одеська політехніка»

Лесик О. В.

к. наук з держ. упр., доцентка кафедри публічного управління та регіоналістики
Навчально-науковий інститут публічної служби та управління Державного університету «Одеська політехніка»

Постановка проблеми. Одним із основних індикаторів успішності реалізації державної політики є здатність системи охорони здоров'я забезпечувати громадянам надання доступних та якісних медичних послуг і лікарських засобів, впливати на підвищення рівня середньої тривалості життя. А обрання євроінтеграційного курсу

зумовлює нагальну потребу реформування галузі охорони здоров'я, оскільки рівень наявних медичних послуг не відповідає вимогам, які висуваються до їх надання в країнах Європейського Союзу. Тим більше, що в Конституції України закріплено право кожного громадянина на доступну, якісну і безпечну медичну допомогу.

Тожнині Україна знаходиться на шляху активного реформування діючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі, відбувається переорієнтація систем та пріоритетів, зміна моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я. Цей складний етап на часі нараховує вже низку реалізованих завдань, запровадження яких спонукає до пошуку відповідей на питання щодо ефективності обраного шляху та перспектив подальшої трансформації. Відтак, важливим для вивчення та осмислення є дослідження світових моделей охорони здоров'я, здійснення їх порівняльного аналізу та особливостей практичного впровадження в різних країнах світу.

Зазначене актуалізує необхідність дослідження ролі та місця держави у розвитку системи охорони здоров'я та моделей управління, наявних у світі, орієнтуючись на які і відбувається видозміна вітчизняної системи.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Проблеми реформування системи охорони здоров'я, публічної політики у означеній сфері, правових засад функціонування та специфіку управління змінами досліджували Білинська М., Гладун З., Жаліло Л., Радиш Я., Рожкова І., Солоненко І. та інші. Москаленко В. та Карамішев В. у предметне поле досліджень включали проектний та програмно-цільовий напрями у системі охорони здоров'я. Я. Дробот та В. Мник займалися питаннями розвитку страхової медицини.

У частині класифікацій, теоретичних обґрунтувань моделей та систем охорони здоров'я у світових практиках, дослідженнями займалися Беверідж У., Губіна М., Лісіцин Ю., Філатов В., Філд М., Фотакі М., Щепін О. та інші. Частково ці питання, у контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні розглядали Чернецький В. [16], Литвиненко М. [6], Книш С. [4], Долгіх В. [2].

Виділення невирішених раніше частин проблеми. Разом з тим, комплексне узагальнення наявних світових моделей, їх систематизація та аналіз переваг і недоліків кризь призму реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, є актуальним та своєчасним, з огляду на необхідність визначення векторів подальшого розвитку.

Мета статті. Узагальнити світові та вітчизняні теоретичні напрацювання щодо моделей управління системою охорони здоров'я, здійснити їх класифікацію та розкрити сутність першочергових перетворень системи охорони здоров'я України в процесі її реформування.

Виклад основного матеріалу. Одразу слід зазначити, що за час від створення та функціонування першої моделі охорони здоров'я, визначальним чинником якої були прості

товарно-грошові відносини між пацієнтом і лікарем, у різних країнах світу під впливом формування економічних законів, що регулюють розвиток суспільства, відбувалося ускладнення і самої системи охорони здоров'я, оскільки зростали і потреби у якісній медичній допомозі. Детальний історичний екскурс у формування та становлення моделей системи охорони здоров'я зроблено О.О. Лісовською [5] та В.В. Шевчук [17], М.В. Долгіх [2] та рядом інших науковців, ми ж сфокусуємо свою увагу на моделях управління системою охорони здоров'я нинішнього часу.

Враховуючи те, що мова йтиме саме про публічне управління охороною здоров'я та, відповідно, перетворення і видозміну вітчизняної системи охорони здоров'я, зазначимо, що Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ), дефініціює системи охорони здоров'я як «.. всі організації, установи та ресурси, які здійснюють певні заходи у галузі охорони здоров'я». Тобто, таке визначення охоплює досить широке коло стейкхолдерів, урегулювання та унормування відносин між якими закладено правовими основами, стратегічні вектори розвитку закладено державною політикою, а втілюються в життя вони у межах публічного управління. У системі охорони здоров'я ВООЗ прийнято виокремлювати три рівні: національний, регіональний та інституційний. З врахуванням змін, що відбуваються в Україні в контексті децентралізації, вважаємо за потрібне також виокремлювати місцевий рівень (рівень громад), адже значна кількість повноважень на разі віднесена саме до повноважень органів місцевого самоврядування.

На рівні ВООЗ також зафіксовано ключові критерії для оцінювання систем охорони здоров'я, до яких відносять доступність, якість, фінансову доступність, економічну ефективність [20]. Саме на засадах цих критеріїв і оцінюють стан національних систем. Відповідно, виокремлюються чотири основні функції систем охорони здоров'я, до яких віднесено: врядування (governance) або нагляд; фінансування; забезпечення людськими та фізичними ресурсами; організацію та управління наданням послуг. І це закономірно, оскільки будь-яка система охорони здоров'я опирається на шість «стовпів»: врядування, інформація, людські ресурси, фінансування, надання послуг, медичні засоби, ліки, вакцини, технології.

Важливим є усвідомлення того, що внутрішня структура системи залежить від того, яким саме чином планують реалізовувати зазначені функції, особливого значення тут набуває управління системою охорони здоров'я. Ядром же останнього є обрана модель фінансування системи охорони здоров'я, адже

саме від неї і залежатиме внутрішня будова, ключові управлінські ланки, організація контролю якості, кількість закладів та медичного персоналу та багато інших аспектів. Відтак, вважаємо за потрібне детальніше зупинитися на наявних моделях фінансування охорони здоров'я у їх співвідношенні з вітчизняними практиками та реаліями.

Враховуючи неоднозначність вживаних термінів зазначимо, що окреслені нижче моделі називають як моделями фінансування, що чітко співвідносяться з другою функцією систем охорони здоров'я, та є виправданим, адже ключовим критерієм тут дійсно є принцип, за яким акумулюються, спрямовуються та розподіляються кошти, так і системами охорони здоров'я, що також можна вважати коректним, враховуючи зазначене вище визначення, прийняте на рівні ВООЗ, адже відповідні моделі обумовлюють і цілком специфічний, притаманний лиш їм набір інституцій управлінської ланки, а також значною мірою обумовлюють і специфіку внутрішнього управління у закладі.

На часі усталеними у світі вважаються три моделі охорони здоров'я, що носять назви відповідно до імен їх авторів-розробників: Бісмарка, Семашко та Беверіджа. Оскільки ключовим при формуванні зазначених моделей є диференціація за джерелами фінансування, то також визначають ще й приватну модель. Разом з тим, на часі існує значна кількість гібридних моделей, що обумовлюється впливом специфічних рис країни в процесі впровадження «чистих» моделей. Саме тому з'являються й інші варіанти класифікацій. Так, М. Фотакі враховуючи рівень соціального розвитку країни, класифікує системи охорони здоров'я на:

- універсалістську (модель Беверіджа);
- соціального страхування (модель Бісмарка);
- «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія);
- інституційну чи соціал-демократичну «скандинавську модель»;
- ліберальну (залишкового соціального забезпечення);
- консервативну корпоративну (Японія);
- латиноамериканську;
- системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [15, с. 8-11].

М. Філд, беручи за класифікаційний критерій соціально-політичної структури суспільства умовно виділив п'ять моделей: класичну (неупорядковану); плюралістичну; страхову; національну; соціалістичну [21, с. 401]. Аналізуючи дану класифікацію дискусійним

є виокремлення моделі національного типу, адже кожна з наявних моделей, адаптована до реалій конкретної країни може вважатися моделлю національного типу.

Щодо Б. Логвиненка [7], то він пропонує виділити три основні моделі публічного управління системою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень: імперативну (державі належить виняткова роль в управлінні охороною здоров'я); державну (домінуюча роль держави, яка є ключовим суб'єктом влади); конкурентну (державна є «арбітром», який встановлює правила гри, але участі в ній не бере). Тобто, держава надає юридичну підтримку галузі охорони здоров'я, формує та реалізує окремі державні програми її розвитку для захисту і підвищення добробуту суспільства. Однак, досить спірним є питання щодо відмінностей у поняттях «виняткова роль» та «домінуюча роль». Маємо на увазі не теоретичні підходи до сутності дефініцій, а їх реальне запровадження на практиці.

Варто зазначити, що кожна країна має власну систему охорони здоров'я, в основі якої домінують елементи однієї із трьох класичних моделей. Так, модель Бісмарка є моделлю, що ґрунтується на системі соціального страхування, модель Беверіджа – на системі державного забезпечення, система Семашко – на опорі на чітку вертикаль управління та утримання системи установ (централізована система). Вони органічно доповнюються четвертою, приватною, яку інколи називають моделлю переваги споживачів, що опирається на фінансово-економічні регулятори, наявність конкуренції, не є всезагальною. Причому слід зазначити, що підчас науковці вирізняють суспільно-приватну модель, що фінансується із суспільних фондів та з приватних страхових фондів, і ринкову, для якої характерним є приватне фінансування галузі.

Найчіткіше ключові відмінності між зазначеними системами видно з представленої табл. 1, складеної Є. Латишевим та Ю. Вороненком [1].

Дещо детальніше зупинимося на їх сильних та слабких сторонах. Найпершою розглянемо модель Бісмарка, яка переважно базується на обов'язковому соціальному страхуванні відповідно до рівня доходів, при цьому обсяг страхових внесків залежить від рівня доходів особи, а обсяг наданих послуг – від потреби. Важливою рисою є те, що страхові фонди є незалежними, до процесу страхування можуть долучатися приватні та державні страхові компанії, разом з тим, функціонування їх є досить жорстко регламентованим зі збереженням самостійності та автономності. Ключовими принципами, покладеними в основу цієї

Таблиця 1

Порівняльна таблиця систем охорони здоров'я

Приватна система (модель переваги споживачів)	Система соціального страхування (модель Бісмарка)	Державна система (модель Беверіджа)	Централізована система (модель Семашко)
<i>Країни</i>			
США	Діючі: Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Люксембург, Швейцарія, Японія На перехідному етапі: Ізраїль, Туреччина	Діючі: Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція, Великобританія, Ірландія, Австралія, Нова Зеландія На перехідному етапі: Греція, Італія, Португалія, Іспанія	Всі колишні республіки СРСР та країни соціалістичної співдружності (на часі знаходяться на перехідному етапі до страхової та змішаної систем)
<i>Охоплення населення</i>			
Залежить від працевлаштування	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян	Обов'язкове охоплення всіх громадян
<i>Переважає джерело фінансування</i>			
Внески роботодавців та/або особиста купівля страхового полісу через приватні страхові компанії	Обов'язкові цільові внески	Державний бюджет (загальні податкові надходження), наявна значна частка приватного сектору	Державний бюджет (загальні податкові надходження), приватний сектор відсутній

моделі охорони здоров'я є соціальна солідарність та субсидіарність, за якими ризики щодо підтримання належного рівня здоров'я розподіляються на все населення країни.

Наступною системою є система Беверіджа, що була започаткована в Англії ще у 1911 році, та функціонує на першоосновах і досі, хоч і зазнає значного оновлення та актуалізації [18]. Британська Національна служба охорони здоров'я (National Health Service – NHS) є модельною для багатьох країн, оскільки вона забезпечує всі верстви населення країни безкоштовною і доступною медичною допомогою, власне, саме цю систему і було обрано в якості орієнтира для реформування вітчизняної системи. Адже система охорони здоров'я – державна, фінансування здійснюється переважно за рахунок державного бюджету, збір та концентрація ресурсів відбувається не за страховим сценарієм, а через податкову систему країни, а ресурси акумулюються у системі багаторівневого врядування на національному, регіональному та місцевому рівнях у відповідності до принципу субсидіарності. Обсяг фінансування визначається у процесі планування витрат державного бюджету, всі громадяни охоплюються страхуванням, що забезпечує їм можливість отримання уніфікованого обсягу медичних послуг. За цією

моделлю можуть застосовуватися різні підходи до фінансування системи, однак ключовою роллю тут наділений саме державний сектор. Ключовим недоліком такої системи є бюрократичність, також залежність від структури та обсягу фінансування з державного бюджету на охорону здоров'я. У таких системах відсутні: зацікавленість в ресурсозбереженні; стимули для підвищення якості надання медичних послуг. Разом з тим, така система може бути менш затратна у частині адміністративних витрат, ніж страхова.

Перевагами приватної та ринкової моделей є акцент на якості медичних послуг, що надаються в умовах жорсткої конкуренції, мобільність ресурсів та стимулювання розвитку нових медичних технологій. До того ж, відбувається зменшується навантаження держави на працівників сфери охорони здоров'я, наявною є менша обмеженість у фінансових операціях. Однак і недоліків не бракує. Щонайперше, це соціальна напруга внаслідок нерівномірності доступу до медичної допомоги для різних верств населення через високі ціни на медичні послуги, бо високими є витрати на утримання приватних медичних закладів в ринкових умовах господарювання. А також наявність недобросовісної конкуренції та практична відсутність державного контролю за визначеними

пріоритетними напрямками розвитку охорони здоров'я.

Останньою з окреслених моделей є модель Семашка, за якою система охорони здоров'я фінансується лише за рахунок державного бюджету, де кошти виділяються із загальної суми податкових надходжень: централізована, з жорсткою вертикаллю директивного планування та без приватного сектору [19]. Згідно концепту декларованими були такі принципи:

- безоплатна загальна медична допомога як право громадянина;

- для забезпечення такого права існувала державна структура – Міністерство охорони здоров'я, всі медичні заклади були державними підприємствами, а усі лікарі отримували заробітну плату із державного бюджету.

- медичне обслуговування ґрунтувалося на двох принципах: дільничному та ієрархічному.

Широкої критики ця модель зазнавала через те, що вона статична та негнучка, досить неякісно працювала з хронічними хворобами, та попри декларативність профілактичної діяльності, вона не була ефективною. Територіально-дільничний принцип виключав можливість здійснення вибору лікаря пацієнтом та робив відносно безальтернативними відносини з лікарем, усував можливість конкуренції між лікарями, повністю відсутні були стимули зацікавленості у лікаря до задоволення потреб пацієнта, а також до професійного розвитку [22]. Разом з тим надлишкова «важка» архітектура системи, з принципом фінансування у ліжкомісця обумовлювала недофінансування та технічну відсталість цієї системи.

Таким чином, можна вести мову про те, що модель Семашка на практиці була зреалізована на радянських теренах як система екстенсивного типу, характеристиками якої стали: значна кількість державної інфраструктури; низький рівень розвитку технологій; низька кваліфікація; мізерна оплата праці. Саме таку систему і отримала у спадок Україна, хоча намагалася її дещо видозмінити. Усі країни пострадянського табору так чи інакше намагалися перебудувати свою систему охорони здоров'я, осучаснивши її. Україна до 2016 року активно намагалася видозмінювати модель Семашка, а після реалізації пілотного етапу реформування почала рух до моделі Беверіджа.

Враховуючи широкий задекларований спектр медичних послуг, які мали б бути безоплатними, питання можливості забезпечення подальшого фінансування та утримання такої структури постало перед усіма пострадянськими країнами. Деякі з них, як,

Азербайджан, Грузія, Молдова, Таджикистан, Вірменія значно скоротили перелік гарантованих державою медичних послуг. У решті країн перелік таких послуг був модифікований, але не значно скорочений, при цьому якість гарантованих послуг та їх фінансове забезпечення було недостатнім. Зрештою, ключовою проблемою став значний розрив між задекларованими правами громадян на отримання безоплатної медичної допомоги та реальним фінансовим забезпеченням [3, с. 10].

Підсумовуючи ключові характеристики моделей та систем охорони здоров'я, зазначимо кілька загальних характеристик:

- у країнах з державним фінансуванням майже завжди присутні приватні надавачі послуг, разом з тим, це не працює навпаки, там де приватний ринок послуг, державний відсутній, але на приватному ринку наявні як прибуткові, так і неприбуткові актори;

- моделі з податковими принципами фінансового забезпечення завжди більш централізовані, ніж зі страховими;

- приватні системи частіше децентралізовані, тоді як державні – централізовані, при цьому децентралізація в обох випадках може мати різні виміри за вертикаллю (регіон, громада, інституція).

Враховуючи зазначене, важливим питанням є те, яким чином видозмінювалася вітчизняна система охорони здоров'я, чому система Семашка, успадкована від радянського союзу була малоефективна, і з часом призводила до її деградації та критичного зниження якості послуг. Отримавши екстенсивну систему, з надлишком інституцій, низьким рівнем технологій, освіти, низьким рівнем стимулювання до професійного розвитку та оплати праці персоналом вітчизняна система досить швидко почала спроби реформування. Найперше у 2000 році було здійснено спробу реформувати класичний «принцип матрьошки» у фінансуванні, спрямувавши кошти з центрального бюджету до бюджетів областей, районів та міст. У 2010 році було здійснено спробу провести комплексне реформування, відповідно до якого запровадити [10]:

- структурне та фінансове розмежування медичної допомоги за її видами;

- переформатування мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні;

- декларування гарантованого рівня медичної допомоги;

- передача в спільну власність територіальних громад відомчих закладів охорони здоров'я;

- запровадження договірних відносин та нових фінансових механізмів;

- впровадження оплати з урахування обсягів та якості роботи;
- вільний вибір лікаря первинної ланки;
- усунення дискримінації між державними та недержавними закладами охорони здоров'я;
- доступ до вторинної ланки переважно за направленням лікаря первинної.

Відповідно до окреслених норм у Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій областях та м. Києві розпочалася реалізація пілотного проєкту, що передбачали пулінг коштів на рівні областей та зміни у первинній ланці надання медичної допомоги. За результатами етапу було розмежовано первинну та вторинну ланку, а також зміцнено роль у наданні медичної допомоги сімейного лікаря, однак повною мірою реалізувати принцип вільного вибору лікаря так і не вдалося, проблемним також було формування оплати послуг за принципом капітації, не вдалося об'єднати кошти на рівні областей. Таким чином, успішним пілотний проєкт був лише частково, але прорахунки, виявлені у ході його реалізації були враховані надалі при реалізації реформи.

Зрештою, у 2014 році перед системою постала реальна потреба у переосмисленні самої моделі фінансування. Після низки перетворень і трансформацій за базисом системи Семашка залишилася «важка» інфраструктура системи охорони здоров'я, з недофінансуванням, а низький рівень оплати праці, недостатня кількість забезпечення апаратурою тощо поступово призвели до створення рентної надбудови, за якої держава фінансує систему, а проміжна ланка використовує за принципами ренти цей ресурс, при цьому споживач медичних послуг отримує платну послугу, яка є де-юре безкоштовною, але де-факто оплачується двічі, і пацієнтом, і державою.

У 2015 було затверджено Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [8], а у 2016 році напрацьовано концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я [14]. Саме цими документами було покладено початок для здійснення реформування системи охорони здоров'я. За орієнтир взяли модель Беверіджа та досвід Великої Британії, разом з тим, вітчизняну систему не можна називати «калькою», радше адаптованим варіантом з урахуванням вітчизняних особливостей та кращих європейських здобутків, переходу на нову модель публічного управління, засновану на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Важливим здобутком обраного курсу був також чітко спланований поетапний перехід до нової моделі, а саме трьохетапний перехід [9; 11]. За результатами реалізації усіх

етапів реформи у системі охорони здоров'я мають бути сформовані (більшість сформовані уже) такі елементи:

- програма медичних гарантій – єдиний гарантований пакет для кожного;
- єдиний платник – Національна служба здоров'я;
- автономія медичних закладів, розділення замовника і надавача послуг;
- оплата послуг та тарифи;
- електронна система охорони здоров'я;
- вибір пацієнта та конкуренція між закладами.

Висновки. Ключовими характеристиками моделей та систем охорони здоров'я, що «тяжіють» до державних чи приватних систем охорони здоров'я, є те, що децентралізація в обох випадках може мати різні виміри за вертикаллю (регіон, громада, інституція). При цьому, моделі з податковими принципами фінансового забезпечення завжди більш централізовані, ніж зі страховими. Особливістю є те, що у країнах з державним фінансуванням майже завжди присутні приватні надавачі послуг, однак там, де приватний ринок послуг, державний відсутній.

Вітчизняна система охорони здоров'я знаходиться у складному реформаційному процесі, якому передувала значна кількість спроб модифікувати та модернізувати екстенсивну систему Семашка. Ці спроби були мало ефективними, що обумовило пошук нових орієнтирів та кращих зразків у європейських практиках. З усталених моделей було обрано за орієнтир модель Беверіджа у її Британському варіанті, а Національна служба охорони здоров'я стала прообразом для утворення аналогічної інституції на вітчизняних теренах. Як і у будь-якій системі, у зазначеній також є недоліки, але принцип «гроші за пацієнтом» є на практиці уразі кращим, ніж фінансування у «ліжкомісця», а ключові принципи моделі надають змогу усунути низку недоліків системи, таких як низька мотивація медичних працівників, низька якість медичних послуг, безальтернативність у частині вибору надавачів послуг, неефективний розподіл ресурсів, їх розпорошення тощо. По суті, відбувається складний процес формування децентралізованої моделі публічного управління системою охорони здоров'я з широким делегування повноважень вищих органів влади нижчим, до місцевого рівня.

Реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом», впровадження державного солідарного медичного страхування, контрактної моделі закупівлі медичних послуг, нових форм фінансування, автономізація медичних послуг та створення електронної інформаційної бази (онлайн-реєстру) для надання

інформації громадянам щодо лікувальних закладів та лікарів сприятиме адаптації діяльності закладів охорони здоров'я до ринкових умов функціонування галузі з урахуванням попиту на медичні послуг та формуванням їх об'єктивної вартості.

Разом з тим, реформа ще не завершена, завершальний її етап актуалізує потребу дослідження ключових здобутків та прорахунків попередніх двох етапів, а також інструментів підвищення ефективності реалізації заключного етапу, що і буде вектором подальших наукових розвідок.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Зозуля І. С., Латишев Є. Є., Михальчук В. М. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С. 19–22. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2013_1_8
2. Долгіх М. В. Теоретичні засади реформування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я : дис. ... доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 публічне управління та адміністрування. Міжрегіональна академія управління персоналом, Київ, 2021. URL: https://ztu.edu.ua/ua/science/files/onelife/anot_Dolghih.pdf
3. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 2.
4. Книш С. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. Вип. 1. С. 55.
5. Лісовська О. О. Теоретичні засади функціонування моделей фінансування системи охорони здоров'я. *Економічний вісник. Серія : Фінанси, облік, оподаткування*. 2020. С. 96–103
6. Литвиненко М. В. Механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я в Україні: визначення і складники. *Теорія та практика державного управління*. 2018. 3(62). 126–133. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Трду_2018_3_19
7. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика : монографія. К. : «МП Леся», 2017. 344 с.
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я Електронний ресурс. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
10. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги : Закон України від від 07.07.11 № 3611-УІ. *Відомості Верховної ради України*. 2012. № 12–13. С. 86.
11. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
12. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.12 № 5081-УІ. *Відомості Верховної ради України*. 2013. № 3 0. С. 340.
13. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві : Закон України від 07.07.11 № 3612-УІ. *Відомості Верховної ради України*. 2012. № 12–13. С. 81.
14. Про схвалення Концепції реформи фінансування охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npras/249626689>
15. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в системе здравоохранения в свете международного опыта. *Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)* : сборник. М., 1999. С. 8–11.
16. Чернецький В. Ю. Вплив держави на формування моделей організації охорони здоров'я в зарубіжних країнах. *Публічне адміністрування: теорія та практика* : електронний збірник наукових праць. 2012. Вип. 2(8). URL: [http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02\(8\)/12cvyzzk.pdf](http://dridu.dp.ua/zbirnik/2012-02(8)/12cvyzzk.pdf)
17. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дисертація / Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2017. URL: https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/Disertatsiya_Shevchuk_Viktoriyi_Viktorivni.pdf
18. Beveridge, William: *Social Insurance and Allied Services*, London, 1942.
19. Charlotte Kühlbrandt and Wienke Boerma. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: Success and challenges (англ.). *Eurohealth* (1 February 2015).
20. Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). *Systems thinking for health systems strengthening*. Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, 2009.
21. Field M. G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic. *Social Science and Medicine*. 1980. V 14a, № 5. P. 401.
22. Mark G. Field. Noble Purpose, Grand Design, Flawed Execution, Mixed Results: Soviet Socialized Medicine after Seventy Years (англ.). *American Journal of Public Health* (1 February 1990).