

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ПОТЕРЯЙКО ІГОР ВОЛОДИМИРОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ЕКОНОМІЧНА ТА ПОЛІТИЧНА СКЛАДОВІ ЯК РЕСУРСИ
УПРАВЛІННЯ ГРОМАДСЬКИМ ЗДОРОВ'ЯМ УКРАЇНИ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

І. В. ПОТЕРЯЙКО
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ЯКОБЧУК Валентина Павлівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

кандидат економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2023

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління
за результатами попереднього захисту: **Потеряйка Ігоря Володимировича**
допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» березня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор _____
(науковий ступінь, вчене звання) (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«_____» березня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **Потеряйко Ігор Володимирович** захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

ПОТЕРЯЙКО І. В. Економічна та політична складові як ресурси управління громадським здоров'ям України. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2023.

Досліджено теоретичні та історичні фактори економічних та політичних ресурсів медичної галузі, чільні проблеми її розвитку в умовах реформування. Представлено оцінку трансформаційних зрушень і сучасний стан системи охорони здоров'я країни. На прикладі ґрунтовних наукових пошуків зарубіжних країн сформовано кращі практики владного ресурсного забезпечення охорони здоров'я прийнятні для впровадження в Україні.

Ключові слова: економічні та політичні ресурси, проблеми медичної системи, охорона здоров'я.

SUMMARY

POTERIAIKO I. Economic and political components as a resource of public health management of Ukraine. - Manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 "Public Administration". - Polissia National University, 2023.

The theoretical and historical factors of the economic and political resources of the medical industry, the main problems of its development in the conditions of reformation are studied. An assessment of transformational shifts and the current state of the country's health care system is presented. Based on the example of thorough scientific research of foreign countries, the best practices of power resource provision of health care were formed, which are acceptable for implementation in Ukraine.

Tags: economic and political resources, problems of the medical system, health care, corruption.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕКОНОМІЧНИХ ТА ПОЛІТИЧНИХ РЕСУРСІВ ТА ПРОБЛЕМИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	17
РОЗДІЛ 2. ВИЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕФОРМИ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ	18
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	25
РОЗДІЛ 3. ОБҐРУНТУВАННЯ НАЙКРАЩИХ РЕСУРСІВ ПРО ВЛАДУ В ПОЛІТИЦІ ПРИЙНЯТНИХ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	26
ВИСНОВОК ЗА РОЗДІЛОМ	38
ВИСНОВКИ	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42
ДОДАТКИ	48

ВСТУП

Актуальність роботи. Охорона здоров'я – найважливіша соціальна сфера суспільства. Соціальні, економічні та політичні трансформації, що трапляються в країні, превеликим чином впливають і на галузь здоров'я, і на господарювання у цій галузі. Економіка охорони здоров'я – відносно нова, але з областей економічної науки, що активно розвиваються тільки з другої половини 20 століття у зв'язку з переходом на засади ринкової економіки. Піднесенню її сприяла поява ознак комерціалізації галузі, що виражаються у збільшенні об'ємів оплачуваних послуг. Крім того, почали розвиватися прообрази системи медичного страхування, що призвело до зміни економічного стану медичних установ. Переміна статусу медзакладу призвело до зміни природи всіх економічних взаємозв'язків, що спонукало медичні заклади до вимушених дій за принципами самоокупності.

Сучасний лікар повинен розглядати свою роботу не тільки з професійної, але й з економічної точки зору, розбиратися у питаннях фінансування урядової, страхової та приватної охорони здоров'я, питань ціноутворення і т.д. Необхідні знання економічних законів у роботі практичних лікарів, оскільки в умовах ринкових відносин вони є продавцями медичних послуг, обираючи раціональні варіанти діагностики та схем терапії хворих. Доктор повинен вміти оцінювати економічну ефективність своєї діяльності. Тому важливим є знання лікарями будь-якого профілю основних понять господарювання в охороні здоров'я.

Проблемам забезпечення ресурсами галузі надавало уваги багато дослідників вітчизняного та закордонного рівня: Бандурка О., Вороненко Ю., Вялков А., Гак Д., Голик Л., Гончаренко В., Коробов М., Михайлова Ю., Орел В., Радиш Я., Стародубов В., Шевченко Ю., Шейман И., Bullough O, Chilongozi D, Erasmus E, George A, Harvey S, Hutchinson E, Gilson L, Kapilashrami A, Karen Lock, Myint Htwe, McPake B, Parkhurst J, Rushton S, Shiffman J, Scott K, Williams O. та ін. Однак, велика кількість досліджень не повністю закрила прогалини цієї тематики для нашої країни для повного розкриття ресурсного забезпечення саме для України з метою використання в період медичної

реформи. Особливо це є актуальним для політичного ресурсу і саме в період російської терористичної навали. Вказане і спричинило обрання теми представленої роботи.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у вивченні особливостей забезпечення ресурсами галузі охорони здоров'я та пошук шляхів його удосконалення.

Об'єктом є управління економіко-політичним забезпеченням сфери охорони здоров'я.

Предметом наших розвідок є поєднання теоретико-методичних та прикладних площин економічних та політичних ресурсів охорони здоров'я в період медичної реформи.

Завдання дослідження:

- визначити історичне виникнення загального терміну «економіка»;
- дослідити історію економіки охорони здоров'я України;
- вивчити пріоритетні проблеми у вітчизняній охороні здоров'я;
- визначити існуючу модель системи охорони здоров'я нашої країни;
- розкрити зміст дефініції «ресурси охорони здоров'я»;
- встановити контекстуальність державної політики України;
- обґрунтувати світові політичні ресурси як приклад для їх можливого застосування в Україні.

Елементами наукової новизни представленого дослідження є спроба автора визначити методіку оцінки соціально-економічної ефективності надання медичної допомоги галузю охорони здоров'я.

Методи дослідження. В дослідженні використано системний підхід до вивчення теоретико-методологічних засад джерел постачання системи охорони здоров'я. Для рішення визначених завдань у дипломній роботі використано загальнонаукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, монографічний, бібліографічний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Наслідки дослідження опубліковано в матеріалах науково-практичних конференцій.

Обсяг і структура. Кваліфікаційну роботу викладено на 48 сторінках. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (44 найменувань), містить 1 таблицю.

РОЗДІЛ 1.

ОБҐРУНТУВАННЯ НАЙКРАЩИХ РЕСУРСІВ ПРО ВЛАДУ В ПОЛІТИЦІ ПРИЙНЯТНИХ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

До поняття «ресурси охорони здоров'я» учені відносять людські, матеріально-технічні та фінансові ресурси [1]. Економіка охорони здоров'я - наука, що тісно пов'язана з фундаментальними положеннями економічної теорії, що вивчає використання обмежених ресурсів, економічну ефективність заходів охорони здоров'я населення, організацію та управління охороною здоров'я.

Економічні процеси розподілу обмежених ресурсів, обмін благами, порівняння витрат та результату охорони здоров'я визначаються специфічними особливостями. Це проявляється насамперед у відсутності повної інформації про товар між споживачами та постачальниками медичних послуг. Як правило, продавець знає більше про товар, ніж покупець. Для раціонального споживчого вибору адекватного варіанта лікування, виникнення побічних дій та доступної ціни необхідні знання та досвід лікаря. Пацієнт не має досвіду споживання таких благ. Оцінити результативність лікування він може лише після певного часу. Отже, лікар, висловлюючи інтереси споживача, формує індивідуальний, а згодом і ринковий попит.

Економічні відносини споживача та постачальника послуги можуть у цій ситуації мати конфлікт інтересів. Якщо лікар безпосередньо зацікавлений у зростанні заробітної плати, яка залежить від обсягу чи ціни послуг, то можливе збільшення пропозиції діагностичних процедур, лікарських препаратів, завантаження лікувальних закладів. Для усунення таких ситуацій студент-медик повинен вивчити та використовувати принципи, закони та моделі економічної теорії для аналізу ринку, а також зовнішнього та внутрішнього середовища медичних організацій у охороні здоров'я. Набуваючи знань і здатності застосовувати базові поняття, категорії, закономірності в галузі економіки галузі, майбутній лікар вчиться адекватно оцінювати та ефективно

реалізувати організаційно-економічні та соціально-економічні відносини, що виникають у процесі здійснення професійної медичної діяльності.

Економічною особливістю охорони здоров'я є джерела фінансування, з якими в процесі вивчення дисципліни знайомляться студенти: пряма оплата за послуги, внески громадян та роботодавців (добровільне медичне страхування), державне фінансування (обов'язкове медичне страхування), система бюджетного фінансування (за рахунок оподаткування).

Першочергові проблеми у вітчизняній охороні здоров'я.

Зростання рівня доступності до новітніх засобів лікування, превентивна медицина та збільшення показника середньої тривалості життя українців, що подовж довгочасного періоду лишається найнижчим у Європі. Пріоритетними повинні стати економічна та політична складові як ресурси державного управління громадським здоров'ям України, які зможуть вивести на якісно новий щабель профілактику та лікування гострого мозкового інсульту й гострого інфаркту міокарда, підмогу в пологах і неонатальну поміч, виявлення злоякісних новоутворень на якомога ранніх стадіях, ефективну діагностику соціально небезпечних хвороб, біорегенеративну медицину, 3D-друкування живих тканин, стовбурову клітинну ерадикацію інших захворювань.

Надзвичайно серйозним для менеджерів з управління людськими ресурсами, практичних лікарів, осібних хворих, як і українського народу загалом є широке упровадження цифровізації в галузі e-Health інформаційних технологій.

Відтворення соціально-економічного ландшафту майбутньої моделі страхового покриття постійно зростаючих фінансових потреб у медицині. Виховання у нації санітарно-гігієнічної обізнаності щодо дбайливого становлення до особистого здоров'я, запровадження світогляду персональної відповідальності людей за власне здоров'я.

Одночасний з децентралізацією та адміністративно-територіальною реформою перевід на автономні рейки спеціалізованих та амбулаторних медичних закладів, вибудувати прозору систему мотивації їх персоналу та

зробити багатофакторну інноваційну організаційно-функціональну управлінську модель, яка вже набула прикладного характеру дій у сфері охорони здоров'я країни.

Потрібно зняти з якоря стагнації розпочаті у 2018 р. процеси трансплантології є одним із важливих завдань політичного важеля держави. Створення прозорої адекватної, вільної від корупційних зазіхань, нормативно-правової бази цього напрямку у вітчизняній медицині. Надати поштовху розвитку відновної підмоги в ранньому післятрансплантаційному періоді.

Вакцинація українців потрібними якісними вакцинопрепаратами, чому на законодавчому рівні також має бути політична воля з метою сприяння перспективи полегшеної реєстрації та придбання сироваток та вакцин у закордонних фармацевтичних фірм.

Фармацевтична безпека країни також має широким чином залучити державний політичний ресурс щодо українських фармацевтичних компаній на їх першочергове право реагувати на потреби замовників для виробництва пріоритетних ліків з визначено якістю і безпекою, їх рекламуванням, витратних медичних матеріалів, діагностикумів, продуктів лікувально-профілактичного призначення, встановлення правил контролю харчових продуктів. Вкрай необхідним для економічної ідеї фармакотерапії є також подальший акцент на здійснення діяльності порядку реімбурсації лікарських препаратів.

Неможливою є переоцінка процесу притягнення приватних вкладень в медичну галузь та медичний туризм. І тут також політична воля і законодавець у великому боргу перед вітчизняною та міжнародною спільнотою у плані створення привабливості регуляторів та гарантій державно-приватного партнерства.

Перший ешелон пріоритету повинні посісти завдання держави відносно реабілітації та відновної медицини, які особливої актуальності набули в сучасних реаліях широкомасштабної війни України з російським скаженим агресором-терористом. Пріоритизація саме цих проблем полягає як у фізичному відновленню захисників так і у їх ментальній реабілітації.

Медична освіта лежить у межах її трансформації у відповідь на виклики сьогодення щодо підготовки висококласних спеціалістів, які поряд з глибокими знаннями про етіологію та патогенез хвороб вміли би вправно використовувати сучасне медичне діагностичне устаткування та лікувальне обладнання із застосуванням інформаційних автоматизованих технологій e-Health. Цінним поступом в піднесенні медичної освіти та наукової думки мають стати програми обміну досвідом під час навчання в інтернатурі та резидентурі з чільними державами Європи та інших країн з найкращими практиками.

Психічне здоров'я досі знаходиться під тавром советської політичної системи і тут неоране поле для міжнародних стандартів терапії та переміщення наголосу від фармакотерапевтичних методів ерадикації хворих до психотерапевтичних [2].

Низька ефективність витрат на охорону здоров'я в Україні, на наш погляд, є наслідком цілого ряду причин, серед яких слід особливо виділити:

1. незбалансовану програму державних гарантій (ПДГ) безоплатного надання громадянам медичної допомоги;
2. структурну диспропорцію у джерелах фінансування витрат на охорону здоров'я;
3. відсутність повноцінної програми амбулаторного лікарського забезпечення;
4. недостатню мотивацію професійних учасників системи охорони здоров'я.

Розглянемо ці причини докладніше.

Незбалансована ПДГ. Будь-яка державна система охорони здоров'я, по суті, може бути охарактеризована шляхом відповіді на три основні питання:

- 1) яка медична допомога фінансується державою?
- 2) хто отримує таку медичну допомогу?
- 3) скільки треба доплатити із власних коштів для отримання такої допомоги?

Згідно з ПДГ, будь-яка медична допомога, за винятком деяких видів стоматології та косметології, надається кожному громадянину нашої країни безкоштовно за рахунок коштів. Однак, незважаючи на гуманістичний характер такого принципу, насправді взяті державою він гарантії у сфері охорони

здоров'я громадян є нездійсненими. Основна причина - неможливість повного задоволення попиту з сторони населення на послуги охорони здоров'я в умовах обмеженого фінансування. Крім того, безперервний розвиток медичної науки та техніки наводить до швидкого збільшення кількості можливих методів лікування, що розширює можливості медицини, але також потребує зростання фінансування. Гарантії держави могли тією чи іншою мірою виконуватися 30 років тому, насамперед через серйозний дефіцит високотехнологічних методів у системі масової охорони здоров'я. Однак сьогодні з приходом у сучасну дійсність інноваційних і дорогих методів принцип «усім безкоштовно» не виконується і виконуватися неспроможна за жодних обставин. Ігнорування цього державою в результаті перетворюється із турботи про громадян, яка насправді виявляється лише декларацією, у проблему, що створює:

- нерівність у доступі до медичної допомоги, включаючи дискримінацію літніх людей та хронічних хворих;
- дефіцит тарифу з більшості видів медичної допомоги, що тягне за собою зниження якості наданої допомоги;
- непрозорим умовам участі у реалізації ПДГ для її учасників (ускладнює планування та відштовхує приватний сектор від участі у реалізації програми ЗМС). Очевидно, що все це призводить до зниження ефективності витрачання коштів на охорону здоров'я.

Якість медичної допомоги в Україні обговорюється, оскільки країна залишається в епіцентрі війни з росією. Громадяни також оплачують величезні витрати зі своєї кишені. Нещодавнє опитування показало, що лише 10% пацієнтів змогли дозволити собі лікування. Люди по всій Україні уникають звернення до лікарні через відсутність належних коштів.

Універсальної системи охорони здоров'я не існує. Після здобуття незалежності у 1991 р. Україна не створила належну систему охорони здоров'я, яка б гарантувала своїм громадянам вільний доступ до лікування. Медичні працівники отримують неймовірно низьку оплату. Хоча середня місячна заробітна плата в країні становить приблизно 389,14 доларів США, середній

лікар в Україні отримує від 140 до 280 доларів США на місяць. Це призвело до того, що багато українських лікарів шукали роботу за межами країни після отримання диплому.

Державне керівництво у сфері охорони здоров'я в Україні змінюється настільки часто, що громадяни не вірять у зростання. За 30 років незалежності Україна бачила 23 міністра охорони здоров'я. Лікарі визнали систему неофіційних виплат.

Без стабільної або доступної система охорони здоров'я громадян України знаходиться під серйозною загрозою. Тривалість життя в країні в 71,6 рік є значно нижчою, ніж в середньому по Європі і Центральній Азії, де вона становить 78 років. Крім того, станом на 2016 рік ймовірність померти від 15 до 60 років для чоловіків становила 26,4%, але лише 9,8% для жінок.

Не вдаючись до подробиць історичного виникнення загального терміну економіка нагадаємо лише, що формування економіки як науки має витoki із загальної філософії (економіки). З натуральної філософії (наука про природу і людину як частину природи) і моральної філософії (наука про суспільство і людину як частину суспільства) Гесіод – давньогрецький поет (VIII – VII ст. до н.е.) поєднав два грецькі слова: *Оїκος* - будинок, господарство, господарювання; *Нóμος* - правило, закон. Буквально термін «економіка» перекладається як «правила господарювання будинку». З історії економіки відомо, що першим в історії твором з економіки є трактат «Домобуд». Представником економіки є Ксенофонт – давньогрецький письменник, історик, полководець (444 – 356 р. до н.е.) Економіка визначається як цілеспрямована діяльність зі створення благ людини. Роль економіки – у задоволенні нагальних потреб та у створенні коштів, необхідні підтримки господарства. Аристотель також обґрунтував ідеї про справедливую ціну товару. Аристотель – давньогрецький філософ (384 – 322 р. е.)

Історія економіки охорони здоров'я України.

Україна у складі дореволюційної росії прийняла участь у 1910, 1914, 1916 рр. у Всеросійських з'їздах земських діячів з суспільного та приватного

підкування в Петербурзі. У практичній діяльності медичні установи використовували багато економічних категорій, зокрема, такі як облік, нормування. Наприклад, лікарня має бути забезпечена прислугою у кількості не менше однієї на 5 ліжок. У дореволюційній Україні у штаті лікарень із середини ХІХ ст. почали з'являтися посади: керуючий, скарбник, економоглядач (доглядач, економ), завідувач господарської частини, бухгалтер, рахівник. Економ відповідав «за недоліки та псування речей своєю платнею. Для дріб'язкових витрат економу видається одночасно від 10 до 15 крб. сріблом. Щоденну витрату цих грошей він записує в книжку дріб'язкових витрат і потім вносить в особливу книгу, з поясненням, для якої потреби і скільки саме витрачено».

Відбулося виокремлення економіки охорони здоров'я у нову науку допомоги. Її результатом стала освіта навчальних та науково-дослідних центрів з економіки охорони здоров'я. 1966 р. відбулася перша теоретична конференція з економіки охорони здоров'я в СРСР, після якої почали розроблятися питання практичного застосування результатів навчання економіці охорони здоров'я.

У 1978 р. затверджено програму ВООЗ «Економіка охорони здоров'я», мета якої полягала у розробці зразкової програми підготовки економістів охорони здоров'я.

Після Першої світової війни СРСР зіткнувся з величезними епідеміями та іншими проблемами зі здоров'ям, оскільки значна частина інфраструктури охорони здоров'я зруйнована. У 1918 р. нарком охорони здоров'я О. Семашко запровадив радянську охорону здоров'я. Ця концепція декларувала відповідальність держави за охорону здоров'я, населення підлягає загальному охопленню медичною допомогою і послугами, належну якість меддопомоги та профілактику захворювань. Галузь здоровоохорони Україні перебувала під суворим контролем центральної влади в Москві. Планування ресурсів та персоналу було дуже централізованим з невеликою автономією для регіональних та владних органів на місцях. Під час Другої світової війни Україна зазнала згубних наслідків: багато медичних закладів знову зруйновано,

а багато медичних працівників було вбито або депортовано. Період після війни був зосереджений на відновленні сфери охорони здоров'я та боротьбі з одночасними епідеміями. Відбулося швидке розширення цієї системи охорони здоров'я, що забезпечило загальний доступ до медицини та значно покращило здоров'я населення. До початку 1970-х років тривалість життя збільшилася до 70 років. У 1970-х і 1980-х роках було збільшено спеціалізовані лікувальні заклади, консультаційні кабінети в поліклініках, переведення підрозділів загальної медицини на спеціалізовану допомогу [3].

Suggested citation:

Україна здобула незалежність від СРСР у 1991 р. і пережила шкідливий процес перебудови економіки та соціальної нестабільності. Існувала гостра потреба в охороні здоров'я, але країна мала обмежені ресурси. Україна зберегла фундаментальну систему охорони здоров'я за часів СРСР. Через брак ресурсів уряду довелося встановлювати обмеження на користь для здоров'я, що створювало невдоволення серед громадян. У 2002 р. Конституційний суд дослідив, чи є стягнення з пацієнтів плати за послуги неконституційним, і визначив, що допомога, яка надається бюджетними установами, повинна бути доступною для всіх громадян незалежно від обсягу або тривалості перебування без плати до, під час або після лікування. Український уряд доклав багато зусиль для медичної реформи, але досі не запровадив дійову систему боротьби з її неефективністю [4].

Система охорони здоров'я в нашій країні і дотепер зберегла основи моделі Семашка від СРСР. Відбулося кілька змін, але великої реформи охорони здоров'я не було досягнуто з моменту здобуття країною незалежності. Згідно з конституцією, громадянам України гарантується пакет медичних послуг, що надаються безкоштовно в пункті видачі як право. Це право поширюється також на іноземних громадян, біженців та осіб без громадянства, які постійно проживають в Україні. Основною зміною системи охорони здоров'я є децентралізація фінансових та управлінських повноважень від національного уряду до регіональних та місцевих органів влади. При Радянському Союзі в

системі охорони здоров'я існувала високоцентралізована модель прийняття рішень. Заклади охорони здоров'я адміністративно підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я, але тепер відповідають обласним та місцевим органам влади з інших питань. МОЗ виробляє та вводить в дію державні стандарти якості та клінічні протоколи. Вони також організують та впроваджують обов'язкову акредитацію закладів та ліцензування юридичних та фізичних осіб, які беруть участь у наданні медичної допомоги. Основними офіційними потоками фінансового утримання охорони здоров'я в Україні є надходження від загальнодержавних та місцевих податків. Існують також доходи від майна та підприємств, адміністративні збори та збори, фінансові санкції та інші збори, які вносять до бюджету охорони здоров'я [5].

Україна зобов'язується забезпечити універсальне покриття для своїх громадян, але не має фінансової підтримки для його забезпечення. Країна зіткнулася з економічним спадом у 1990-х роках, але зберегла модель охорони здоров'я, що призвело до багатьох розбіжностей у системі, особливо фінансування. Перед урядом стоїть завдання збалансувати послуги, які він охоплює, та конституційні права пацієнтів на отримання медичних послуг. Крім чергування рішень про оплату, існує незначне державне регулювання платежів за медичні послуги. Лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я можуть автономно вирішувати, скільки стягувати за послуги, і немає офіційного методу визначення медичних витрат. Також не існує офіційної системи доплати, щоб пацієнти знали, скільки з них буде стягнуто. Така слабка політика призвела до відсутності прозорості в системі охорони здоров'я та невідповідності в отриманні медичної допомоги. Це сприяло збільшенню неформальних платежів, де, наприклад, можна скорегувати, скільки платять за стаціонарну допомогу, якщо вони привозять з собою на прийом ліки, перев'язувальні матеріали та інші одноразові речі.

Є ще два типи систем, в яких громадяни України можуть отримувати допомогу: приватний сектор і паралельні системи охорони здоров'я. Роль добровільного медичного страхування через приватну систему зростає, але

становить приблизно 0,9% від загальних витрат на охорону здоров'я. Приватний сектор здебільшого фінансується за рахунок безпосередніх платежів від громадян. Лише близько 3% населення було охоплено ДМС у 2013 р. Більшість витрат - це платежі з власної кишені за приватний догляд і за високу вартість фармацевтичних засобів. Роботодавці можуть отримати добровільне медичне страхування для своїх працівників для зміцнення свого здоров'я. Люди, які мають існуючі проблеми зі здоров'ям, також купують цю страховку, щоб зменшити свої витрати, отримати більш високий рівень комфорту та уникнути списків очікування на догляд. Паралельними системами охорони здоров'я керує безліч різних міністерств і державних органів, які забезпечують догляд за своїми працівниками. Деякі з основних паралельних систем є в Міністерстві освіти і науки, Державному управлінні та Міністерстві праці та соціальної політики. Вони управляються самостійно через свої відповідні міністерства. Ці системи фінансуються з державного бюджету, де на них витрачається близько 42% витрат на охорону здоров'я з державного бюджету [4, 5].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Унітарні підприємства створюються місцевими органами самоврядування для здійснення завдань соціального спрямування наданих урядом функцій соціально-економічного або природоохоронного значення. Для такого підприємства ключовою позицією є безприбутковий характер функціонування. Цільове фінансування таких підприємств з боку держави стосується їх розширення, реконструкції та технічного переоснащення, що сприяє дотриманню потужностей виробничих можливостей комунального унітарної установи та забезпечує збереження їх власного капіталу.

РОЗДІЛ 2.

ВИЗНАЧЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ДЕТЕРМІНАНТ РЕФОРМИ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ

Економічні та організаційні стосунки поміж людьми при реалізації медичної діяльності, передбачають усвідомлення лікарями значимості розуміння економіки галузі, яка розглядає вибір напрямків доцільного застосування нечисленних ресурсів серед альтернативних варіантів та порівняння очікуваного результату із витратами у процесі обміну одних благ на інші.

Економічні процеси розподілу обмежених ресурсів, обмін благами, порівняння витрат та результату охорони здоров'я визначаються специфічними особливостями. Це проявляється насамперед у відсутності повної інформації про товар між споживачами та постачальниками медичних послуг. Як правило, продавець знає більше про товар, ніж покупець. Для раціонального споживчого вибору адекватного варіанта лікування, виникнення побічних дій та доступної ціни необхідні знання та досвід лікаря. Пацієнт не має досвіду споживання таких благ. Оцінити результативність лікування він може лише після певного часу. Отже, лікар, висловлюючи інтереси споживача, формує індивідуальний, а згодом і ринковий попит.

Економічні відносини споживача та постачальника послуг можуть у цій ситуації мати конфлікт інтересів. Якщо лікар безпосередньо зацікавлений у зростанні заробітної плати, яка залежить від обсягу чи ціни послуг, то можливе збільшення пропозиції діагностичних процедур, лікарських препаратів, завантаження лікувальних закладів. Для усунення таких ситуацій повинні вивчатись та використовувати принципи, закони та моделі економічної теорії для аналізу ринку, а також зовнішнього та внутрішнього середовища медичних організацій у охороні здоров'я. Набуваючи знань і здатності застосовувати базові поняття, категорії, закономірності в галузі економіки галузі, лікар

вчиться адекватно оцінювати та ефективно реалізовувати організаційні, економічні та соціальні взаємини, які формуються під час медичної практики.

Вивчаючи особливості розподілу обмежених ресурсів та обміну в охороні здоров'я, процеси наявності монополізму виробника медичних послуг та товарів, складності входження в галузь нових виробників, вплив зовнішніх ефектів від надання медичних послуг слід приділити увагу формуванню у студентів культури економічного мислення, що сприяє пошуку вирішення даних проблем у галузі.

Однією з ключових особливостей економічних відносин перерозподілу та обміну є ризики витрат на лікування. На сьогоднішній момент охороні здоров'я властива наявність інститутів медичного страхування. Страховий фонд здійснює оплату лікування за кошти, які вносять споживачі послуг. Страхові внески суттєво менші, ніж витрати, які можуть знадобитися на певні види лікування, тому ризик дорогого лікування може поширитися на більшу кількість пацієнтів. Внаслідок цього витрати на отримання страхового поліса нижчі за витрати на необхідні дорогі медичні послуги, що робить страхування привабливим для тих, хто змушений витратити досить великі суми на лікування. Студенти, вивчаючи ринок страхових послуг у охороні здоров'я, пізнають засади становлення інститутів медичного страхування.

Не менш важливою особливістю страхової медицини, що впливає на зниження невизначеності попиту, усунення монополізму, невідповідності інтересів споживачеві та постачальників при розподілі та обміні виступає принцип соціальної справедливості. Як правило, у малозабезпечених прошарків народонаселення показники здоров'я нижчі, ніж у заможних людей. Тому рівноцінна оплата медичних та страхових послуг населенням із різним рівнем доходу з позиції соціальної справедливості не виправдана. Незалежно від соціального стану сучасне суспільство має забезпечити мінімум отримання медичних послуг кожній людині. Культивування у студентів-медиків ідеалів соціальної справедливості дозволить їм у процесі професійної діяльності обмежувати поширення ринкових механізмів на економічні відносини у

охороні здоров'я. Помітну позицію при цьому відіграє вивчення форм, методів і способів участі держави в організації та фінансуванні галузі.

Економічною особливістю охорони здоров'я є шляхи фінансового постачання з якими в процесі вивчення дисципліни знайомляться студенти: пряма оплата за послуги, внески громадян та роботодавців (добровільне медичне страхування), державне асигнування (обов'язкове медичне страхування), система бюджетного фінансування (за рахунок оподаткування). Вивчення характеру та механізмів розподілу ресурсів у галузі, купівлі [6].

Україна отримала звання «найбільш корумпованої країни в Європі» [7].

У секторі охорони здоров'я розгул корупції призвів до поганого обслуговування, фінансування, кадрового забезпечення, а також високого рівня кишенькових і неофіційних платежів на всіх щаблях медичної допомоги. Не дивно, що українці були записані як такі, що мають другу найнижчу тривалість життя порівняно з усіма іншими країнами Європи після Молдови [8].

Заклади охорони здоров'я отримували одноразову допомогу для покриття витрат входів, незалежно від рівня потоку пацієнтів або умов лікування, і пацієнти були призначені до лікаря за місцем проживання. Це поєднувалося з дуже низьким рівнем заробітної плати медичного персоналу. Так, у 2014 р. середньомісячний зарібок медичних працівників в Україні становив приблизно 2500 українських гривень (грн.) або 100,47 дол. США. Такі низькі зарплати стимулювали медперсонал очікувати неофіційних платежів або подарунків у натуральній формі для кращої якості послуг [9, 10].

Дані 2015 р. свідчать про те, що 53% українців здійснювали неофіційні готівкові платежі і 42% надали персоналу подарунки в натуральній формі в закладах охорони здоров'я [11].

Окрім корупції в закладах охорони здоров'я, система медичної освіти також була сумно відома корупційними схемами, в тому числі хабарями студентів деканам і професорам для вступу на навчання, за результати іспитів, та кваліфікації [12]. Ця проблема вийшла за межі країни, тому як Україна

навчала багатьох студентів-медиків з інших країн, включаючи Індію, Нігерію та Туреччину [13].

Після революції Євромайдану 2014 р., коли через місяці безперервних протестів усунули президента і велику частину політичного істеблїшменту, нова адміністрація вирішила спробувати секторальний підхід до зменшення корупції в системі охорони здоров'я. Закон про запобігання корупції посилив подальшу підтримку антикорупційних реформ в країні, в тому числі для МОЗ, У Національній стратегії реформування охорони здоров'я на 2015-2020 рр. розробленою групою з 12 українських та міжнародних експертів за фінансової та технічної підтримки від Міжнародного фонду «Відродження», Світового банку і ВООЗ розроблено план реформування системи охорони здоров'я України, підкреслюючи важливість боротьби з неефективністю та корупцією як наріжнимий каменями для надання послуг, які задовольнили б потреби населення [14].

Процес реалізації амбїтних реформ, включених до стратегії, спрямовано перш за все на покращення надання послуг і контролю витрат, які також сприяли зменшенню корупції. Ці реформи включали створення Національної служби охорони здоров'я і план відшкодування, покращення компенсації для медичного персоналу, запроваджуючи прозорі процеси для вступу до медичного університету та просування по службі, і розробка системи e-Health для цифрового здоров'я. У травні 2017 р. міністерство також провело оцінку корупційних ризиків і незабаром після цього було створено антикорупційну програму для покращення загальної прозорості і підзвітності всередині самого міністерства.

Міністерство охорони здоров'я заснувало Національне управління охорони здоров'я служби України (НСЗУ) у березні 2018 р. як національного страховика і відповідальну головна установа просування та впровадження переглянутого механізму фінансування системи охорони здоров'я, відомого як «гроші йдуть за пацієнтом», використовуваного на основі подушної оплати з урахуванням віку. Використання такого підходу НСЗУ фінансувала

обслуговування пацієнтів, а не надавала одноразові суми для фінансування установ, лікарів чи іншого персоналу. За цією схемою розширено до охоплення спеціалізованою амбулаторною допомогою та лікарнями у 2020 р., усі громадські та будь-які приватні об'єкти, які потребують або бажають державної фінансової підтримки.

Пацієнти підписали «декларацію» зі своїм сімейним лікарем та на цій основі розраховано фінансове відшкодування кількості пацієнтів, які перебувають на обліку в закладі. Декларації були підтверджені за допомогою підключених до них мобільних телефонів пацієнтів [15, 16].

Підписані декларації пройшли централізовану перевірку в НСЗУ та на основі системи даних, які використовують цифрові алгоритми запобігли шахрайським або багаторазовим поданням. Далі регулярно проводилося очищення даних для видалення з реєстру дублікатів, а також тих, хто емігрували або померли. Ключовий компонент цієї реформи полягає в тому, що пацієнти могли змінити постачальника, якщо вони були незадоволені наданими послугами. На початку 2020 р. підписали 97% усіх закладів первинної медичної допомоги на НСЗУ, а до березня 2020 р. майже дві третини населення України підписали декларації (29,3 млн). Уряд залишався прозорим, онлайн-облік усіх закладів первинної медичної допомоги та кількість підписаних декларацій про відкриті дані платформи НСЗУ [17, 18].

До створення НСЗУ Мінохорони здоров'я розробило управління лікарськими засобами програму в 2017 р. під назвою «Доступні ліки», яка потім була інтегрована в схему відшкодування НСЗУ. Програма склала список основних ліків від трьох хронічних захворювань, які були покриті НСЗУ на амбулаторне відшкодування програми, а саме гіпертонія, цукровий діабет 2 типу та астма. Пацієнтам була надана інформація, які ліки покривалися, а які ні. Це збільшило загальний доступ до ліків і призвело до величезного зменшення співоплати пацієнтів.

Ця система була доповнена щотижневим онлайн-ресурсом «Ліки є», де пацієнти могли знайти інформацію про всі доступні ліки, державні запаси в

даному закладі охорони здоров'я. Цей ресурс теж подано посилання на інформацію про вартість ліків і їх відшкодування вартості. Завдяки реформам фінансування первинної медичної допомоги НСЗУ, зарплати постачальників зросли.

У рамках моделі «гроші ходять за пацієнтом», первинна медична допомога у закладах-постачальників, яких приєдналися до схеми НСЗУ відбулося підвищення заробітної плати в залежності від кількості пацієнтів, з якими підписують декларації. Деяким провайдером втричі зросла зарплата. Опитування 2018 р. показало, що 7% опитаних пацієнтів платили хабара порівняно з 15% чотирма місяцями раніше в червні 2018 р. та 20% у серпні 2017 р. [19].

Раніше тих, хто націлений був вивчати медицину міг подати документи до будь-якого з медичних університетів в країні, використовуючи їхні підсумкові результати середньої школи без будь-якого зовнішнього вступного тестування. Проте, починаючи в 2018 р., студенти на спеціальності стоматологія, лікувальна справа і педіатрія вимагалося досягнення вищого мінімальний бал за критеріями вступу з відповідних предметів перевірених зовнішніми незалежними оцінювачами. Далі упроваджено ініціативи щодо покращення іспитів у медичних школах, такі як стандартизовані проміжні та випускні іспити. Наприклад, у 2019 р. Мінохорони здоров'я встановлено Єдиний державний кваліфікаційний іспит, який розширив існуючий графік іспитів «Крок» на включення стандартизованих іспитів «Міжнародних фондів медицини» [20].

Крім надання більшої забезпечення якості знань і вмінь учнів і випускників, ця реформа мала на меті відсіяти тих які купили свої місця в університеті [21].

Процедура призначення старшого медичного персоналу також була адаптована, щоб бути відносно прозорою та базуватися на заслугах, починаючи з 2018 р. [22].

Використовуючи нову процедуру, була призначена комісія найму у складі представників від адміністративного органу, обраних членів в громадські та штатні делегати – будь-яка зацікавлена особа може подати заявку на участь у співбесіді. В одному прикладі ця процедура була застосована для призначення директора департаменту охорони здоров'я для Полтавської області у січні 2020 р. Три кандидати, які увійшли до короткого списку, повинні були виконати письмовий тест, фаховий іспит та співбесіду з незалежною відбірковою комісією. Процедура вербування та наслідки результатів були опубліковано в місцевих новинах [23].

Нарешті, у 2018 р. міністерство запустило ще одну ініціативу що об'єднує багато реформ, e-Health, яка була електронною системою охорони здоров'я, доступною для пацієнтів, провайдерів і адміністраторів, які прагнули оцифрувати всі призначення та медичну документацію, в т.ч. рецепти, що робить паперовий документ застарілим [24].

Паперові записи представляють ризик для шахрайства та можуть перешкоджати точному медичному спостереженню, тоді як e-Health записи сприяють більш якісному та швидкому догляду, виключають втрату медичних даних пацієнтів, забезпечують більш ефективний ресурс управління, підвищують точність встановлення цін і забезпечують кращий загальний контроль якості. Ця система спочатку була розроблена та випробувана Transparency International Україна у 2017 р. щоб підтримати реструктуризацію фінансування охорони здоров'я та забезпечення кращого управління державними витратами. Система була пізніше переведена до міністерства у 2018 р., після чого вона стала державним підприємством [25].

Вже до кінця липня 2019 р. понад 29 млн. пацієнтів (в рамках підписання декларацій), понад 24,5 тис. лікарів, майже 11 тис. фармацевтів, понад 2000 медичних закладів та більше 1000 аптек приєдналося до системи.

При цьому 4 млн. електронних рецептів були заповнені за програмою відшкодування НСЗУ та понад 3 мільйони були відшкодовані аптеками [26].

За даними серії опитувань, ставки повідомлень про хабарництво під час отримання медичних послуг. Це надихає, оскільки хабарництво та кишенькові витрати були вказані серед основних причин за катастрофічні втрати в Україні [27]. Крім того, зріс доступ до основних ліків, що призвело до зменшення загальної кількості гострих явищ, таких як серцевий напад або інсульт [28].

Все це сталося, незважаючи на зниження загального відсотка ВВП витрат на охорону здоров'я з – 7,3% у 2013 р., 6,7% у 2016 р. [29]. Проте заявляти про все це було б передчасним успіхом, том, що процес реформ в українській системі охорони здоров'я продовжується, ризики та виклики значної корупція все ще залишаються. Наприклад, допоки існує скорочення кишенькових витрат у первинній медичній допомозі, збільшення вторинної та третинної медичної допомоги — ще було в системі відшкодування НСЗУ [30].

Це ілюструє критичну потребу у вдосконаленні системи охорони здоров'я та боротьби з корупцією, щоб забезпечити досягнення Україною своєї мети мати «екосистему охорони здоров'я», в якій саме причин корупції не буде» [31].

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

В Україні розпочалися реформи сфери охорони здоров'я у 2014 р. та за короткий період часу досягнуто значних здобутків. Прийнятий галузевий підхід показує, наскільки є різноманітними реформи системи охорони здоров'я, які визначають пріоритети здоров'я та підвищення ефективності системи, які можна поєднати з цілями боротьби з корупцією щоб досягти обох цілей. Є три чіткі наріжні камені реформи в Україні, а саме: допоміжні зміни законодавства; різноманітні впровадження реформ, спрямованих на боротьбу з корупцією заподіяння найбільшої шкоди; громадянську участь. Зокрема, для реформ, які проводяться в первинній ланці медицини разом ці ініціативи мали позитивний вплив.

РОЗДІЛ 3.

ОБҐРУНТУВАННЯ НАЙКРАЩИХ РЕСУРСІВ ПРО ВЛАДУ В ПОЛІТИЦІ ПРИЙНЯТНИХ ДЛЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне регулювання в охороні здоров'я спрямоване на формування сприятливих умов розвитку медичної галузі, що дозволять здійснити модернізацію медико-санітарної освіти, провести профілактичні заходи по попередженню захворюваності населення, забезпечити покращення якості медичних послуг для громадян, провести ряд актуальних наукових досліджень в медичній сфері. Удосконалити систему навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу, підтримати та модернізувати матеріально-технічне забезпечення медичних установ тощо.

Державне управління та адміністрування діяльності медичних установ будується на засадах: державної підтримки заходів щодо збереження та зміцнення громадського здоров'я; як основного чинника у реалізації напрямів трансформацій в національній безпеці. Що виражається в дотриманні демократичних принципів у реалізації права громадян на якісну медицину та права людини на отримання безкоштовного державного лікування; відповідальності органів державної влади за вчасні і якісні медичні послуги; пріоритетності фінансового забезпечення медичної галузі з державного та місцевих бюджетів. Важливе значення належить дотриманню стандартів у наданні медичних послуг, які повинні відповідати міжнародним нормам; забезпеченню медичних установ людськими, матеріальними та фінансовими ресурсами; розмежуванню повноважень органів публічної влади на усіх рівнях в питаннях збереження громадського здоров'я [31].

Місцеві органи влади мають дотримуватись єдності інтересів громадян та держави у галузі охорони здоров'я; доступності медичної допомоги для громадян на території всієї України; реорганізації державно-муніципального сектора шляхом передачі до державно-муніципального сектора. В галузі охорони здоров'я має сформуватись економічна та фінансова зацікавленість, як

медичних установ, так і громадян та юридичних осіб у збереженні громадського здоров'я, виникти потреба у пропаганді здорового способу життя; наступності дій медичних працівників усіх рівнях надання медичних послуг. Потрібно враховувати принцип рівності умов діяльності організацій охорони здоров'я, крім випадків, встановлених законодавством України; державної підтримки наукових досліджень у галузі розробки нових методів профілактики захворювань, діагностики та лікування; участі населення у вирішенні питань збереження та зміцнення здоров'я, а також управління охороною здоров'я; розвитку міжнародного співробітництва у галузі охорони здоров'я. Державна, муніципальна та приватна системи охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією України становлять єдину систему охорони здоров'я. Організацію управління системою охорони здоров'я здійснюють органи управління охороною здоров'я [32].

У системі охорони здоров'я України потрібно сформувати публічно-муніципальну систему медичного обслуговування, в якій домінує здорова конкуренція з приватним сектором охорони здоров'я. До публічно - муніципального сектору належать: органи управління охороною здоров'я, Національна академія медичних наук України, які в межах своєї компетенції планують та здійснюють заходи щодо реалізації державної політики, виконання програм в сфері медицини створювані органами виконавчої влади України і органами виконавчої влади області охорони здоров'я суб'єктів України.

Конкуренція та вільний ринок – це основні елементи, що формують основи ринкової економіки будь-якої держави. У зв'язку з цим розподіл ресурсів та виробництво товарів здійснюються на основі цін, що виникають внаслідок вільного обміну, що відбувається між виробниками, споживачами та власниками засобів виробництва.

Для того, щоб звільнити ринкові відносини від недоліків, вживаються суспільні економічні регуляторні методи, спрямовані на стимулювання економічної та соціальної стабільності, відвертання розросту кризових подій в економічній системі та розвитку монополії та олігополії.

Сьогодні державне регулювання ринкових відносин є невідривною часткою практики уряду будь-якої держави, економіка якої ґрунтується на ринкових відносинах, і вона державним регулюванням обіймає всі сфери економіки, у тому числі соціальну сферу.

Соціальне регулювання є складовою державного регулювання економіки. Воно пов'язане з політикою держави у медичній галузі, народній освіті, соціального забезпечення, охорони довкілля та ін. Здійснюючи вищеназвані напрями державної політики, соціальне регулювання забезпечує досягнення рівня життя громадян, визначених державою стандартів.

Активну участь держави у заходах, вкладених у соціальні блага громадян можна як процес формування державою соціально орієнтованої економіки. Цей процес спрямовується на підвищення ефективності використання внутрішніх ресурсів країни та забезпечення конкурентоспроможності товарів та послуг через розвиток особливостей ринкової економіки у соціальній сфері.

Соціальне регулювання в основному пов'язане з призначенням мінімального розміру пенсій, заробітної плати, забезпеченням відповідності якості харчових продуктів, розмірі та якості медпослуг, діапазону соціальних пільг, що надаються населенню певним стандартам [32].

Таким чином, суспільне нормування соціальної індустрії в умовах сучасності є однією з основних функцій уряду нашої держави. Як було зазначено, першим із пріоритетної політики публічного впорядкування сфери соціальної спрямованості є охорона здоров'я громадян країни. Контроль з боку держави за станом галузі охорони здоров'я, наприклад ринку медичних послуг, пояснюється такими аспектами:

1. Керівництво медичною сферою є неможливим лише за допомогою ринкових механізмів, оскільки рівень здоров'я громадян належить до основного суспільного блага, і сама система охорони здоров'я потребує рівня фінансування, який не може бути забезпечений лише ринковими відносинами у сфері.

2. Держава зацікавлена в нормуванні індустрії охорони здоров'я, для запобігання окремих заперечних результатів, властивих ринковим відносинам.

Оскільки більшість установ охорони здоров'я України є власністю державних та муніципальних органів, витрати медичних організацій покриваються за рахунок коштів республіканського та місцевих бюджетів. Це показує особливу функцію політики бюджетного спрямування у порядку суспільного управління галузі охорони здоров'я. Загалом, бюджетна політика галузі, виконуючи роль основного інструменту державного регулювання, спрямовується на здійснення державної політики у охороні здоров'я та вирішує такі завдання:

- Задоволення потреби народу в медичній допомозі;
- забезпечення відповідності масштабу та якості медпослуг, що подаються людям встановленим стандартам;
- Контроль за раціональним використанням ресурсів охорони здоров'я, виділених з бюджету держави;
- побудова придатного ландшафту піднесення пріоритетних напрямів сфери охорони здоров'я, освіти та науки з першочергових напрямів медицини;
- Вирівнювання обсягу медичної допомоги і послуг, що подаються громадянам в регіонах [31].

Головні шляхи суспільного управління охорони здоров'я пов'язані з вирішенням актуальних справ, поєднаних із правовими, організаційними, економічними та іншими питаннями. До них можна віднести такі напрямки:

По-перше, однією з основних умов ефективної діяльності медичних закладів є надання бюджетного фінансування галузі. Останніми роками планується зростання фінансових ресурсів, виділених із державного бюджету на сферу охорони здоров'я країни. Однак порівняно з нормативом фінансування сфери, рекомендованим ВООЗ (не менше 5 % від ВВП) рівень надання галузі охорони здоров'я нашої країни фінансових ресурсів дуже низький (2,5-2,7 % від ВВП). У зв'язку з цим особливу актуальність становлять питання збільшення

обсягу фінансування охорони здоров'я з держбюджету та формування додаткових джерел фінансів [32].

Оцінка політики охорони здоров'я є вкрай важливим аспектом діяльності держави через те, що вона дозволяє визначити ступінь впливу, який здійснюється проведенням тієї чи іншої політики, на населення країни. Оскільки матеріальні ресурси держави обмежені, а кількість проблем, які потребують уваги та вкладень, досить багато, уряд змушений обирати лише найефективніші проекти. Правильний вибір може бути зроблений тільки на основі проведення оцінки всіх альтернатив, що також наголошує на важливій ролі оцінювання.

Оцінка політики охорони здоров'я може проводитись за трьома основними напрямками:

1. оцінювання програм державного втручання, регулювання та досліджень у галузі охорони здоров'я за такими параметрами:

- 1.1 доречність,
- 1.2 релевантність,
- 1.3 адекватність,
- 1.4 ефективність,
- 1.5 відповідність поставленим цілям,
- 1.6 неупередженість,
- 1.7 здатність до реагування зміни ситуації.

2. оцінювання впливу політик у сфері охорони здоров'я за лише найбільш загальною схемою процесу:

- 2.1 створення спільного проекту проведення оцінки,
- 2.2 збір та фільтрація інформації (з використанням контрольних таблиць),
- 2.3 формування слабоструктурованої структури оцінювання політики,
- 2.4 визначення наслідків проведення політик,
- 2.5 виділення пріоритетних наслідків,
- 2.6 підведення підсумків.

Однією з проблем такого типу оцінювання є відсутність єдиної чіткої методології. Крім цього до недоліків можна віднести також труднощі збору необхідної інформації та недостатню повноту одержуваних результатів через фінансові обмеження та ліміт часу.

3. оцінювання технологій охорони здоров'я за формою політичного дослідження (зазвичай заснованій на синтезуванні існуючої літератури), яка розглядає короткострокові та довгострокові наслідки впровадження технологій охорони здоров'я. Вона передбачає проведення ex-ante та ex-post аналізу застосування технологій охорони здоров'я на практиці і включає дослідження:

- 3.1 розвитку та використання технологій охорони здоров'я,
- 3.2 етичних та соціальних наслідків застосування технологій,
- 3.3 факторів, що уповільнюють або прискорюють розвиток охорони здоров'я,
- 3.4 можливі варіанти впровадження нових технологій.

Однак найбільш значущою частиною оцінювання є фінансові витрати та прибуток від застосування технологій охорони здоров'я [33, 34, 35, 36].

Сила є критично важливою концепцією для розуміння та трансформації політики та систем охорони здоров'я. Влада явно чи неявно проявляється на кількох рівнях — місцевому, національному та глобальному — і присутня на інтерфейсі кожного актора, таким чином формуючи всі дії, процеси та результати. Аналіз та взаємодія з владою має важливий потенціал для покращення нашого розуміння глибинних причин несправедливості та нашої здатності сприяти прозорості, підзвітності та справедливості.

Проте дослідження та аналіз ролі влади в політиці та системах охорони здоров'я, особливо в контексті країн із низьким і середнім рівнем доходу, відсутні. Ми представляємо широкий огляд концепції влади в політиці охорони здоров'я та системах КНСД. Дослідники здійснили двоетапний процес визначення цих ресурсів. По-перше, провели спільне вправління за участю краудсорсингу та спільної перевірки. По-друге, структурно оглянули літературу в чотири етапи. Представляємо 10 вибраних ресурсів у наступних категоріях,

щоб висвітлити ключові аспекти літератури про політику та системи влади та охорони здоров'я:

1) ресурси, які забезпечують загальне концептуальне дослідження того, як влада формує політику та системи охорони здоров'я, і як це досліджувати;

2) приклади сильної емпіричної роботи з питань влади та політики охорони здоров'я та системних досліджень, що представляють різні рівні аналізу, географічні регіони та концептуальне розуміння влади.

Влада є центральною для розуміння та трансформації систем охорони здоров'я. Вони торкаються тих «закладів, працівників і заходів, ціль яких полягає у лікуванні, відновленні або підтримці здоров'я. Тому на системи охорони здоров'я впливає динаміка влади, яка лежить в основі суспільних взаємодій.

Влада проявляється неявно та явно різними способами у взаємодії суб'єктів системи охорони здоров'я на місцевому, національному та глобальному рівнях. Ці взаємодії охоплюють динаміку між пацієнтами та постачальниками в закладах первинної охорони здоров'я. Влада формує політику та практику охорони здоров'я, включаючи співробітництво, участь і відповідальність громади; доступність і якість медпослуг; визначення пріоритетів і розвиток політики охорони здоров'я [36].

Влада також створює соціальну нерівність, з якою стикаються окремі особи та спільноти, взаємодіючи з їхнім «соціальним розташуванням»: расою, етнічною приналежністю, статтю, сексуальністю, релігією, класом — щоб вплинути на потреби та досвід у сфері охорони здоров'я.

Інакше кажучи, влада присутня в інтерфейсі кожного суб'єкта в системі охорони здоров'я та впливає на те, коли і які особи потребують втручання у здоров'я. Тому вона формує всі дії, процеси та результати.

Дослідження політики та систем охорони здоров'я зосереджуються на «міжнародних, національних і місцевих системах охорони здоров'я та їх взаємозв'язках», «політиці, розробленій та впровадженій на всіх рівнях системи охорони здоров'я», макро-, мезо- та мікрорівнях аналізу та керуються

дослідженнями питання нормативного/оцінювального або дослідницького чи пояснювального характеру

Ефективність будь-якої моделі охорони здоров'я позначається взаємодією між «апаратним забезпеченням» (фінанси, медичні вироби та технології, інформаційні системи, кадри людських ресурсів, характер надання послуг, організаційні структури, законодавство) та «програмним забезпеченням» (ідеї, інтереси, цінності), норми, спорідненості та влада). Системи охорони здоров'я також є «витворами людського життя, вбудованими в соціальну та політичну реальність і сформованими певними, культурно обумовленими способами формулювання проблем і рішень». Тому розуміння та активація сили має вирішальне значення для укріплення моделей охорони здоров'я та покращення результатів здоров'я [37].

Пояснюючи причини високої несправедливості, що спостерігається серед населення та всередині нього, щодо результатів здоров'я, доступу до сервісів охорони здоров'я та ширших соціальних детермінант здоров'я, вчені та практики вказують на центральну роль дисбалансу влади.

Отже, щоб зрозуміти та усунути фундаментальні причини нерівності у здоров'ї, ми повинні безпосередньо взаємодіяти з владою на багатьох рівнях — від індивідуальних взаємодій до суспільних структур. Крім того, влада надає перевагу певним формам знань і дискурсу у галузі світової охорони здоров'я, впливаючи на типи втручань, які використовуються для вирішення проблем систем охорони здоров'я. Розуміння того, як і чому певні політики та втручання привертають більше уваги, ніж інші, а також неявних ціннісних суджень, що лежать в основі цих процесів і рішень, потребує дослідження динаміки влади.

Джерела влади.

Визнання того, як люди, організації та мережі отримують свою владу, важливо для кращого розуміння того, як і чому влада тече в певних напрямках або накопичується в певних групах. Таке розуміння також сприяє усвідомленню того, як ці джерела влади розподіляються нерівномірно, а також як їх можна використовувати для покращення справедливості в політиці та

системах охорони здоров'я. У соціологічній літературі було визначено кілька джерел влади, зокрема (але не обмежуючись ними):

Технічна експертиза – влада, отримана від знань, навичок та інформації, якими володіють індивіди і авторитетних претензій індивідів на ці знання сили і знань, що нероздільні і формують дискурсивні норми в суспільстві.

Політична влада – влада, що походить від політичної влади легітимної, традиційної чи харизматичної може потім бути спрямована на досягнення певних цілей. Політичну владу також можна розуміти в термінах державної влади та її впливу на соціальне життя.

Бюрократична влада – влада, що походить від знань і повноважень бюрократії та адміністративного механізму, за допомогою якого часто розробляється формальна політика, яка скоординовано впроваджується.

Фінансова влада – влада, що походить від доступу до фінансових ресурсів, таких як гроші, активи та власність, і використання цієї влади для впливу на прийняття рішень.

Мережі та доступ. Мережі у своїх численних структурах і формах, таких як проблемні мережі чи епістемічні спільноти часто служать ключовим джерелом влади, що походить із джерел, включаючи колективне знання, дії та гомофілію [38].

Особисті якості. Визначено харизматичний авторитет, як результат «виняткових сил або якостей»; такі атрибути тісно пов'язані з іншими індивідуальними факторами, такими як стать, раса, сексуальність і релігія.

Описуються джерела влади як такі, що мають коріння в різних типах «капіталу», таких як соціальний капітал (фактичні або потенційні ресурси, які людина отримує від членства в групі), культурний капітал (навички, освітні кваліфікації тощо, отримані через членство в групі), економічний капітал (гроші, власність та інші активи) і через «габітус» (соціалізація акторів до їх соціального розташування).

Рамки для практиків. Безпосереднє застосування концепцій влади для сприяння змінам у реальному світі є ключовою метою багатьох дослідників і практиків, які зосереджуються на політиці та системах охорони здоров'я [39].

У сфері міжнародного розвитку розроблено декілька ресурсів та наборів інструментів. Ключовою структурою, яка інформує деякі з цих ресурсів, є «куб влади», який операціоналізує концепції багатьох теоретиків і складається з трьох пересічних вимірів – рівнів, просторів і форм влади. Ця структура призначена для того, щоб надати низці зацікавлених сторін, низовим організаціям та організаціям громадянського суспільства, урядам, агенціям розвитку та дослідникам розмістити себе в багатовимірній та динамічній концептуалізації владних відносин, а потім розглянути точки входу для вирішення дисбалансів потужність. Подібним чином поділилися категорії влади – влада над, влада з, влада до, влада всередині і надали спільні вправи, щоб допомогти фасилітаторам пояснити ці концепції низовим організаціям і практикам. Однак, окрім ресурсів, згаданих тут, концептуальні та прикладні дослідження можуть підтримати ефективне використання теорії та структур влади.

Таблиця 3.1

10 найкращих ресурсів про владу в політиці та системах охорони здоров'я в країнах з низьким та середнім рівнем доходів

Стаття-звіт про дослідження	Категорія ресурсу	Рік	Місце дослідження	Рівень аналізу
1. Rushton and Williams: Рамки, парадигми та влада: формування глобальної політики охорони здоров'я в умовах неолібералізму	Концептуальний	2012	Глобальний	Глобальний/макро
2. Shiffman: Знання, моральні претензії та застосування влади в глобальній охороні здоров'я та глобальній охороні здоров'я як сфері владних відносин: відповідь на останні коментарі	Концептуальний	2014, 2015	Глобальний	Глобальний/макро
3. Erasmus and Gilson: Як почати думати про владу розслідування в організаційних налаштуваннях реалізації політики	Методичний	2008	Глобальний	Фронтальна лінія/мікро-мезо
4. Lehman and Gilson: Інтерфейс актора та практика влади в програмі охорони здоров'я громади: південноафриканське дослідження небажаних результатів політики	Емпіричний	2012	Південна Африка	Фронтальна лінія/мікро-мезо
5. Scott et al.: Переговори щодо відносин влади,	Емпіричний	2017	Індія	Фронтальна

гендерної рівності та колективного агентства: чи є сільські комітети охорони здоров'я трансформаційними соціальними просторами в північній Індії?	ий			лінія/мікро
6. Velloso et al.: Конфігурації владних відносин у бразильській системі невідкладної допомоги: аналіз контексту видимої практики	Емпіричний	2013	Бразилія	Фронтва лінія/мікро
7. Daghish et al.: Політика влади та бідних ICCM у Нігері	Емпіричний	2015	Нігер	Національний/макро
8. Parkhurst et al.: Сумнів, непоко́ра та ідентичність: розуміння опору чоловічому обрізанню для профілактики ВІЛ у Малаві	Емпіричний	2015	Малаві	Національний/макро
9. Kapilashrami and McPake: Трансформація управління або зміцнення ієрархій і конкуренції: вивчення публічних і прихованих розшифровок глобального фонду та ВІЛ в Індії	Емпіричний	2013	Індія	Національний/макро
10. McNeill et al.: Глобальна політика здоров'я: учасники та ініціативи щодо захисту дітей у світі	Емпіричний	2013	Глобальний	Глобальний/макро

Джерела [37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44]

Топ 10 ресурсів. Наші вибрані ресурси, узагальнені в табл. 1.3, поділені таким чином: (1) концептуальні частини, які досліджують те, як влада формує політику та системи охорони здоров'я, або надають методологічні вказівки щодо дослідження влади в політиці охорони здоров'я та дослідженнях систем; (2) сильні емпіричні приклади, які демонструють різні рівні аналізу (глобальний, національний, передовий/місцевий), методології, географічні регіони та концептуальне розуміння влади.

Концептуальні ресурси досліджують фактори, що впливають на глобальне управління охороною здоров'я. Автори припускають, що аналіз глобального управління охороною здоров'я часто ігнорує роль і вплив процесів формування політики. Застосовано міждисциплінарний підхід і запропоновано основу для включення такого аналізу в наше розуміння глобального управління охороною здоров'я, зосереджуючи увагу на чотирьох стовпах політичного процесу, а саме: структурі, парадигмах, владі та «глибинному ядрі» нео-лібералізм. Ця структура особливо корисна для тих, хто бере участь у дослідженнях і діалозі, що стосуються глобального управління охороною здоров'я та формування політики, оскільки вона заохочує читачів визнати глибоко вкорінені припущення щодо «ігрового поля» глобальної охорони

здоров'я та окреслює підхід до класифікації рушійних сил глобальної політики охорони здоров'я (теоретично і емпірично) і для вивчення посередницьких відносин. Цей ресурс було обрано тому, що структура може керувати розробкою та аналізом досліджень, а також може надати практикам концепції для поглиблення їхнього розуміння того, як одні питання стають пріоритетними над іншими в порядку денному глобальної політики, а також шляхи втручання різних впливових акторів здійснювати свій вплив.

Наступний ресурс, епістемічна та нормативна влада впливає з претензій акторів на досвід і моральний авторитет. Важливо, що, враховуючи їхню наукову базу та гуманітарні наміри, ці типи влади рідко проблематизуються в глобальній охороні здоров'я. Шиффман розгортає конкретні приклади; він описує владу, якою користуються глобальні філантропії, міжнародні наукові журнали та багатосторонні агентства, зазначаючи, що хоча глобальні процеси, які проводять ці групи, можуть здаватися раціональними, обдуманими та нейтральними, вони неминуче призводять до піднесення окремих осіб та/або планів. Шиффман пропонує нам визнати, що: 1) глобальне здоров'я не є і не може бути цілком раціональним; боротьба за владу та політичні процеси для вирішення нормативних питань, таких як ті, що стосуються справедливості, є невід'ємними для цих зусиль; 2) глобальну охорону здоров'я можна вважати «сферою» (концепція Бурдье), за допомогою якої суб'єкти використовують різні тактики та ресурси для просування своїх уподобань та інтересів, і 3) інклюзивні, прозорі та справедливі процеси, які залучають тих, чиє життя постраждало стратегії є важливим способом вирішення глобальної легітимності охорони здоров'я та «дефіциту» знань. Ці два ресурси використовують теорію, щоб описати, як глобальні суб'єкти охорони здоров'я здійснюють владу, поставити під сумнів публічну підзвітність тих, хто має владу, і відстоювати більш інклюзивний порядок денний. Акторами [41].

Еразмус і Гілсон роблять значний внесок у політику охорони здоров'я та дослідження систем, окреслюючи методологічні інструменти, які дослідники можуть використовувати для дослідження влади в організаційних умовах

реалізації політики. Автори надають огляд теорії імплементації з державної політики, наприклад прямого та зворотного відображення.

Емпіричний ресурс застосував аналіз потужностей, щоб дослідити розробку політики та впровадження інтегрованого громадського ведення випадків для дитячих хвороб. Автори у Нігері використовують ітераційний підхід, дозволяючи провести початковий аналіз даних і переглянути теорію, щоб інформувати їх структуру потужності, а потім повторно застосувати цю структуру назад до повного набору даних. Авторами визначається три основні джерела влади – політична влада, технічний досвід і фінансові ресурси і в своєму аналізі визначають як позитивне, так і негативне використання цих форм влади для просування КНСД у Нігері.

Світовий рівень

Автори, досліджуючи три джерела влади та повноважень — фінанси, досвід і повноваження і підкреслюючи, як ці джерела влади дозволяли гравцям глобального рівня, таким як уряди, міжнародні організації, фонди, транснаціональні приватні компанії та міжнародні НУО формувати результати [42].

Автори також вказують на наслідки асиметрії влади між «сильними» та «слабкими» акторами в глобальній сфері, відзначаючи особливі загрози для автономії урядів КНСД. Ефективно використовуються три ключові джерела інформації в аналізі потужності — первинні інтерв'ю, вторинні докази та спостереження. Вони представляють переконливий приклад аналізу потужності, спираючись на численні джерела доказів (а не лише на власні первинні дані) і тлумачачи ці докази з використанням сильної теоретичної бази. Ми вибрали цей ресурс через його успіх у поєднанні багатьох джерел доказів для інтерпретації та висунення емпірично обґрунтованого аналізу влади та аналізу влади на стику між глобальними та національними гравцями.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Аналіз влади вже давно є окремим напрямом роботи в соціальних науках, які досліджують як теоретичні основи, так і практичне застосування концепції. Влада діє через різні виміри, що призводить до різноманітних теорій щодо механізмів формування впливу та контролю за прийняттям рішень. Натомість влада невіддільна від розвитку систем знань («влада-знання») і проявляється у створенні та прийнятті «істин» у суспільстві, які формують і обмежують дискурс і поведінку. «Гегемоністська влада», часто є невизнаним домінування певних точок зору, які породжують згоду між групами, роблячи конкретні культурні та соціальні дискурси нормальними, невидимими і, отже, такими, що не підлягають сумніву. Одним із найбільш часто обговорюваних вимірів влади є її «реляційна природа нульової суми». Влада іноді щільно зосереджена серед конкретних акторів, таких як політичні еліти, або розподілена ширше серед певних осіб і груп, які потім змагаються за вплив.

Таксономія влади для сфери міжнародних відносин, все частіше застосовується до політики охорони здоров'я та системних досліджень, особливо в контексті глобальної політики охорони здоров'я

ВИСНОВКИ

Представлення цих матеріалів підкреслює зростаючу увагу до цієї теми в рамках досліджень політики охорони здоров'я та систем, а також вказує на потребу додаткових досліджень, створення теорії та роздумів. Нижче ми виділяємо три аспекти, які заслуговують на більшу турботу.

По-перше, необхідна додаткова робота, щоб зрозуміти, як джерела, виміри та прояви влади відрізняються на різноманітних щаблях моделі охорони здоров'я, як вони можуть бути пов'язані між рівнями системи охорони здоров'я та які теорії та рамки є найбільш придатними для розуміння влади на цих різних рівнях. рівнях.

По-друге, небагато досліджень явно займаються питаннями влади на передньому краї надання медичної допомоги в КНСД (наприклад, між постачальниками, між постачальниками та членами громади, а також через культуру управління та організаційну культуру), за помітними винятками в основному з південної Африки та Індії. Це серйозна прогалина, враховуючи, що працівники на першому місці та динаміка влади, яка впливає на їх продуктивність, перебувають на стику між пацієнтами/громадами та ширшою системою охорони здоров'я та мають великий вплив на справедливе надання медичної допомоги. Крім того, ми помітили кілька концептуальних рамок, характерних для медичних працівників влади та першої лінії. Концепції, які були використані, включають теорію вуличної бюрократії, адаптацію апаратно-програмної моделі для дослідження влади, довіри та підзвітності в медичних службах на передовій, а також концепцію соціального простору. Нове поле шанобливого догляду за материнством є одним із потенційно плідних напрямів досліджень і розробки теорії про працівників на передовій і владу.

По-третє, є помітним брак емпіричних досліджень щодо динаміки влади в політиці та системах охорони здоров'я. Можливо, це відображає ширший дисбаланс між аналізом влади, який прагне сприяти формуванню знань, і тим, хто прагне безпосередньо вирішити проблему асиметрії влади через діалог,

організацію та активізм. Також ймовірно, що практики повідомляють про свій досвід влади через канали, відмінні від академічних журналів.

Існує також потреба в додаткових методологічних інструментах для дослідження влади. Хоча історично кількісні дослідження політики та систем охорони здоров'я не повною мірою займалися питаннями влади (як у плануванні, так і в аналізі), соціальні епідеміологи, які проводять дослідження в Сполучених Штатах та інших регіонах з високим рівнем доходу, створюють обширну доказову базу соціального градієнту здоров'я і аналіз соціальних мереж все частіше використовується для візуалізації та кількісного визначення того, як влада розподіляється в політичних мережах. Ми також підтримуємо нещодавні заклики до більшої інтеграції теорії соціальних наук у політику охорони здоров'я та системні дослідження, що дозволить нам створити надійнішу доказову базу та теорії про те, як влада та інше впливають на створення обходин в охороні здоров'я. Крім того, як і в рецензованих дослідженнях загалом, дослідження влади, авторами яких є особи з високим рівнем доходу, надмірно представлені в опублікованій літературі, і слід докласти зусиль, щоб висвітлити голоси з КНСД. Нарешті, дослідники та практики зобов'язані поміркувати над власною позицією та роллю в поширенні статус-кво та спробувати використати свої позиції для спільного створення умов на кожному рівні системи, які можуть зробити можливим локальне перетворення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Англорусский глоссарий основных терминов по вакцинологии и иммунизации. Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. URL: https://technical_translator_dictionary.academic.ru/214940/%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%80%D1%81%D1%8B_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B82.
2. Десять проблем української медицини. URL: <https://uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/> (дата звернення: 05.11.2022).
3. Lekhan, V., Rudyi, V., Shevchenko, M., Kaluski, D. N., & Richardson, E. (2015). Health Systems in Transition - Ukraine. URL: https://www.researchgate.net/publication/301790259_Ukraine_health_system_review (дата звернення: 02.12.2022).
4. Огляд історія система охорони здоров'я та здоров'я показники здоров'я & демографія. Last Updated 12:14pm Jun 7, 2022. URL: <https://www.publichealth.columbia.edu/research/comparative-health-policy-library/ukraine-summary> (дата звернення: 02.12.2022).
5. Reforms in the Health Sector in Ukraine. URL: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/796791611679539176-0090022021/original/ReformsintheHealthSectorinUkraine.pdf> (дата звернення: 23.11.2022).
6. Шильцова Т.А., Пильщикова В.В., Гурбич Г.И. Особенности изучения экономики здравоохранения студентами медицинских вузов // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 10. – С. 378-380. URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=6133> (дата звернення: 06.01.2023).
7. Bullough O, 2015, Welcome to Ukraine, the most corrupt nation in Europe, in: The Guardian, 06 February 2015 URL: <https://>

[www.theguardian.com/news/2015/feb /04 / welcome-to-the-most-corrupt-nation-in-europe-ukraine](http://www.theguardian.com/news/2015/feb/04/welcome-to-the-most-corrupt-nation-in-europe-ukraine). (дата звернення: 23.11.2022).

8. World Health Organization, 2018, Life expectancy at birth (years), WHO European Region, European Health Information Gateway. URL: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_43-1010-life-expectancy-at-birth-years/ (дата звернення: 23.11.2022).

9. Lekhan VN, Rudyi VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E., 2015, Ukraine: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2015; 17(2): 1–153.

10. Yabchanka O, 2016, A Ukrainian doctor's choice: be a beggar or a racketeer, in: Euromaidan Press. URL: <http://euromaidanpress.com/2016/03/04/a-ukrainian-doctors-choice-be-a-beggar-ora-racketeer/> (дата звернення: 23.11.2022).

11. Stepurko TG, Pavlova M, Gryga I, Murauskiene L & W Groot, 2015, Informal payments for health care services: The case of Lithuania, Poland and Ukraine, *Journal of Eurasian Studies*, 6(1): 46-58.

12. OECD, 2017, OECD Reviews of Integrity in Education: Ukraine 2017: Chapter 7 -Corrupt access to higher education in Ukraine, OECD Publishing, Paris.

13. Osipian A, 2018, Corruption in Ukraine's Medical Universities, 30 July 2018, URL: [https://www.insidehighered.com/blogs/worldview/corruption-ukraine %E2%80%99s-medical-universities](https://www.insidehighered.com/blogs/worldview/corruption-ukraine%E2%80%99s-medical-universities) (дата звернення: 23.11.2022).

14. See Ministry of Health of Ukraine, 2015, National Health Reform Strategy for Ukraine 2015-2020, Kiev. URL: https://en.moz.gov.ua/uploads/0/16-strategy_eng.pdf / (дата звернення: 23.11.2022).

15. Resolution No. 1013-r; National legislation “On Approval of the Concept of Reform of Financing of Health Care System”.

16. Order No. 503; National legislation “On Approval of the Procedure for Selection of Primary Care Doctor and Forms of Declaration for Selection of Primary Care Doctor”. URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18?lang=en](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18?lang=en) (дата звернення: 23.11.2022).

17. Government Portal-Ukraine, 2019, Health Care System Reform. URL: <https://www.kmu.gov.ua/en/reformi/rozvitok-lyudskogokapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 23.11.2022).

18. National Health Service of Ukraine, 2020, Declarations on the selection of a PMD physician submitted to the WHO. URL: <https://data.gov.ua/dataset/a8228262-5576-4a14-beb8-789573573546> (дата звернення: 23.11.2022).

19. Ministry of Health of Ukraine, 2018b, Fighting corruption is key to improving healthcare: Ukraine implements transparent and merit-based selection of senior healthcare managers, 15 November 2018. URL: <https://en.moz.gov.ua/article/news/fighting-corruption-is-key-to-improving-healthcare-ukraineimplements-transparent-and-merit-based-selection-ofsenior-healthcare-managers> (дата звернення: 23.11.2022).

20. Vox Ukraine, 2019a, How the Ministry of Healthcare is Trying to Make Ukrainian Medical Students Take American Exams. URL: <https://voxukraine.org/en/how-the-ministry-of-healthcare-istrying-to-make-ukrainian-medical-students-take-americanexams/> (дата звернення: 23.11.2022).

21. Vox Ukraine, 2019b, How a Former Rector of the Kharkiv University of Radioelectronics Became a Scourge for Students. URL: <https://voxukraine.org/en/how-a-former-rector-of-thekharkiv-university-of-radioelectronics-became-a-scourge-forstudents/> (дата звернення: 23.11.2022).

22. Resolution No. 1094 “On Approval of the Procedure for selecting heads of state and municipal healthcare institutions through an open competition”

23. Lisogor M, 2020, Victoria Loza Won The Competition For The Position Of Director Of The Department Of Health, in: Poltavshchyna, 28 January 2020, URL: <https://poltava.to/news/54162/> (дата звернення: 23.11.2022).

24. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ehealth.gov.ua/> (дата звернення: 23.11.2022).

25. Transparency International Ukraine, 2018, The Project Office Provided The MoH with the eHealth System URL: <https://ti-ukraine.org/news/proektnyi-ofis-peredav-moz-systemu-ehealth/> (дата звернення: 23.11.2022).

26. Ukrinform, 2019, Leading IT companies will join the development of eZdorovya. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubricsociety/2750237-providni-itkompanii-dolucatsa-do-rozrobkiezdorovya.html> (дата звернення: 23.11.2022).

27. Catastrophic loss or catastrophic health expenditure refers to health expenses that are in such disproportion to an individual or household income that it results in a financial catastrophe for the individual or household URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867110/> (дата: 23.11.2022).

28. Government Portal-Ukraine, 2018, The Ministry of Healthcare of Ukraine implements seven strategic programs to eliminate corruption in the health sector, 01 October 2018. URL: <https://www.kmu.gov.ua/en/news/7-napryamiv-roboti-moz-shchodolayut-korupciyu> (дата звернення: 23.11.2022).

29. World Bank, 2020, Current health expenditure (% of GDP) – Ukraine. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=UA>. (дата звернення: 23.11.2022).

30. Stepurko TG, Semygina TV, Barska YG, Zahozha V & N Kharchenko, 2019, Health Index Ukraine 2018: Results of the National Survey, Kyiv.

31. Ministry of Health of Ukraine, 2019, How the healthcare system has changed, 15 April 2019. URL: <https://en.moz.gov.ua/article/news/how-the-healthcare-system-has-changed> (дата звернення: 23.11.2022).

32. Державне регулювання системи охорони здоров'я. URL: http://www.rusnauka.com/24_NTP_2009/Medecine/50371.doc.htm (дата звернення: 09.01.2023).

33. Оценка политики здравоохранения. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/668061> (дата звернення: 09.01.2023).

34. Ruth Nduati, Wambui Kiai. Communicating with adolescents about AIDS: Experience from Eastern and Southern Africa. URL: http://www.idrc.ca/fr/ev-9358-201-1-DO_TOPIC.html (дата звернення: 19.01.2023).

35. Dr Myint Htwe. Formulation, Implementation and Evaluation of Health Research

Policy.

URL:

http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1354_5294.htm (дата звернення: 19.01.2023).

36. Karen Lock. Health impact assessment. URL: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/320/7246/1395> (дата звернення: 19.01.2023).

37. Rushton S, Williams OD. 2012. Frames, paradigms and power: global health policy-making under neoliberalism. *Global Society* 26: 147–67. URL: Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

38. Shiffman J. 2015. Global health as a field of power relations: a response to recent commentaries. *International Journal of Health Policy and Management* 4: 497–9. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

39. Scott K, George AS, Harvey SA et al. 2017. Negotiating power relations, gender equality, and collective agency: are village health committees transformative social spaces in northern India? *International Journal for Equity in Health* 16: 84. Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

40. Erasmus E. 2014. The use of street-level bureaucracy theory in health policy analysis in low- and middle-income countries: a meta-ethnographic synthesis. *Health Policy Plan* 29 Suppl 3: iii70–8. Scott K, George AS, Harvey SA et al. 2017. Negotiating power relations, gender equality, and collective agency: are village health committees transformative social spaces in northern India? *International Journal for Equity in Health* 16: 84. URL: Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

41. Erasmus E, Gilson L. 2008. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy Plan* 23: 361–8.

URL: Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

42. Parkhurst JO, Chilongozi D, Hutchinson E. 2015. Doubt, defiance, and identity: understanding resistance to male circumcision for HIV prevention in Malawi. *Social Science and Medicine* 135: 15–22. URL: Google ScholarCrossrefWorldCat (дата звернення: 19.01.2023).

43. Kapilashrami A, McPake B. 2013. Transforming governance or reinforcing hierarchies and competition: examining the public and hidden transcripts of the Global Fund and HIV in India. *Health Policy and Planning* 28: 626–35. URL: [Google ScholarCrossrefWorldCat](#) (дата звернення: 19.01.2023).

44. 10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, Volume 33, Issue 4, May 2018, Pages 611–621. URL: <https://doi.org/10.1093/heapol/czy008> (дата звернення: 17.01.2023).