

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІОЛОГІЇ ТА УПРАВЛІННЯ

**КАФЕДРА ФІЛОСОФІЇ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

**Кваліфікаційна робота
магістра**

**РЕФОРМА ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ
СФЕРИ США: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ**

Виконала: магістрантка 2-го курсу, групи 8.2812-1з спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування»
Ю.Г. Мирошниченко

Керівник: професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи,
доцент, д.філос.н. Масюк О.П.

Рецензент: доцент кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи,
доцент, к.філос.н. Цапліна І.С.

Запоріжжя – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціології та управління
Кафедра філософії, публічного управління та соціальної роботи
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри філософії,
публічного управління та
соціальної роботи

_____ Г.І. Бутченко
« _____ » _____ 2023 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРАНТЦІ

Мирошниченко Юлії Геннадіївні

(прізвище, ім'я, по-батькові)

1. Тема роботи Реформа публічного адміністрування медичної сфери США: досвід для України

керівник роботи Масюк Олег Петрович, д.філос.н., доцент,

(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом ЗНУ від «01» травня 2023 року № 647-с

2. Строк подання студентом роботи 6 грудня 2023 року

3. Вихідні дані до роботи Попов А. А. Реформа американської системи охорони здоров'я адміністрації Б. Обама: модель та технологія соціального реформаторства в ХХІ столітті : навч. посіб. Київ : Атіка, 2012. 287 с.; Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, 2017 600 с.; Palmer G., Short S. Health care and health policy. 4th edition. South Yarra : Palgrave Macmillan, 2014. 410 p.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Проаналізувати витoki та етапи становлення публічного адміністрування медичною сферою США: історія дослідження питання. 2. Уточнити основні поняття дослідження: «реформа», «публічне адміністрування», «охорона здоров'я», «Obamacare». 3. Визначити принципи та методи дослідження реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України. 4. Проаналізувати концептуальні засади медичної реформи Б. Обама та її інституціоналізацію на рівні суспільство – президент – конгрес США. 5. Визначити сутнісні аспекти Obamacare. 6. Проаналізувати наслідки медичної реформи Obamacare. 7. Проаналізувати можливості адаптації досвіду реформування публічного адміністрування

медичної сфери США для України (на прикладі Obamacare). 8. Проаналізувати інструменти та методи застосування досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США в Україні. 9. Надати рекомендації щодо реформування публічного адміністрування медичної сфери в Україні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	16.05.2023	16.05.2023
Розділ 2	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	28.08.2023	28.08.2023
Розділ 3	Масюк О.П., професор кафедри філософії, публічного управління та соціальної роботи	10.10.2023	10.10.2023

7. Дата видачі завдання 10 травня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми кваліфікаційної роботи	Березень – квітень 2023	виконано
2.	Бібліографічний пошук	Травень 2023	виконано
3.	Розробка основних положень роботи	Червень 2023	виконано
4.	I розділ	Червень – серпень 2023	виконано
5.	II розділ	Серпень – жовтень 2023	виконано
6.	III розділ	Жовтень – листопад 2023	виконано
7.	Систематизація висновків	Листопад – грудень 2023	виконано
8.	Нормоконтроль	Листопад – грудень 2023	виконано

Студент _____ Ю.Г. Мирошніченко

Керівник роботи _____ О.П. Масюк

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.В. Заїка

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота складається з 105 сторінок, 87 позицій у списку літератури, 2 додатків.

РЕФОРМА ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ США: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

Мета дослідження: визначенні переваг та недоліків реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України.

Об'єкт дослідження: є публічне адміністрування медичною сферою США.

Предмет дослідження: реформування публічного адміністрування медичною сферою США (на прикладі Obamacare): досвід для України.

Методи дослідження: узагальнення, абстрагування, аналіз, синтез, історико-правовий, системно-структурний аналіз, порівняльно-правовий метод, аналіз статистичних даних та проведення фокус-групи.

Новизна дослідження: реформа публічного адміністрування медичної сфери США покращила доступність до якісної медичної допомоги в країні і такий досвід можна впровадити при реформуванні охорони здоров'я в Україні.

Гіпотеза: Одержані результати допоможуть у розробці рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного адміністрування медичною сферою України з урахуванням практично виправданих підходів до зазначеної сфери з боку адміністрації США.

Висновки:

1. Підтверджена гіпотеза, що досвід реформи публічного адміністрування медичної сфери США можна застосувати в Україні та запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування з можливістю його розширення.

2. Рекомендації під час проведення фокус-групи: розробка програми вдосконалення профілактичної медицини на базі первинної ланки медицини, удосконалення електронної системи охорони здоров'я.

3. Розвиток навчальної та науково-дослідницької діяльності під час підготовки фахівців у сфері медичного обслуговування населення.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕФОРМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ США ЯК ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ.....	11
1.1. Витоки та етапи становлення публічного адміністрування медичною сферою США: історія дослідження питання.....	11
1.2. Уточнення основних понять: «реформа», «публічне адміністрування», «охорона здоров'я», «Obamacare».....	21
1.3. Принципи та методи дослідження реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України.....	28
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕФОРМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ США ЯК ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ.....	31
2.1. Концептуалізація медичної реформи Б. Обама та її інституціоналізація на рівні суспільство – президент – конгрес США.....	31
2.2. Сутнісні аспекти Obamacare.....	41
2.3. Наслідки медичної реформи Obamacare.....	48
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНИЙ ВИМІР ДЕРЖАВНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЮ СФЕРОЮ США: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ.....	53
3.1. Адаптація досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США для України (на прикладі Obamacare).....	53
3.2. Інструменти та методи застосування досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США в Україні.....	60
3.3. Рекомендації щодо реформування публічного адміністрування медичної сфери в Україні.....	66
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	89
ДОДАТКИ.....	98

ВСТУП

Актуальність дослідження. В останні роки сфера охорони здоров'я в Україні постійно змінюється, але загальне бачення та єдності стратегії реформування медичної сфери відсутні. Зміни керівників в охороні здоров'я, відсутність прозорості в прийнятті рішень на національному рівні, корупція на макrorівні не сприяють позитивним змінам в закладах охорони здоров'я. З однієї сторони, керівникам закладів охорони здоров'я, департаментам охорони здоров'я не вистачає таких компетенцій як стратегічне управління, аналіз економічної ситуації, управління фінансами, управління якістю, знаннями, комунікативні навички, лідерство; з другої сторони, перелічені компетенції не відповідають сучасному рівню сфери охорони здоров'я та надання медичної допомоги.

Впровадження державних проектів у сфері охорони здоров'я не може бути реалізовано без оптимізації управління та кадрів, перш за все це стосується вищого керівництва охорони здоров'я. В Україні постійно розробляються та впроваджуються нові напрямки реформування сфери охорони здоров'я, основними векторами якої є реформа медичного допомоги, покращення як доступності, так і якості медичних послуг для пацієнтів, підвищення ефективності фінансування охорони здоров'я з боку держави, створення підходящих умов праці та впровадження різних заохочень для здорового способу життя населення.

У цьому контексті можна провести аналіз процесу реформування організації та фінансування системи охорони здоров'я в Україні, враховуючи досвід інших країн, зокрема США. Наприклад, реформа *Obamacare* в США спрямована на модернізацію охорони здоров'я, збільшення присутності держави в цій сфері і забезпечення доступності якісних медичних послуг для більшості населення. Аналіз такої реформи може допомогти визначити ефективні підходи та інструменти для реформування охорони здоров'я в Україні [2, с. 15]. Система адміністрування медичною сферою США виявляє тенденцію до розвитку та пристосування до сучасних викликів. Цей досвід може бути корисним для країн,

які знаходяться на етапі трансформації своєї медичної сфери та потребують значних адміністративних та управлінських змін.

У кваліфікаційній роботі вирішується ряд проблем та дискусійних питань, пов'язаних із публічним управлінням у сфері медичного обслуговування населення. Це призвело до формулювання висновків, які включають такі положення:

- доведено, що надання медичних послуг є професійною діяльністю висококваліфікованих медичних працівників у державних та приватних закладах охорони здоров'я. Ця діяльність спрямована на лікування, профілактику, діагностику та трансплантацію для підтримання здоров'я населення;

- було проведено класифікацію медичних послуг, зокрема:

- 1) залежно від способу фінансування було виокремлено державні та приватні медичні послуги для населення обслуговування населення;

- 2) додатково, в залежності від характеру надання послуг були виділені інвазивні (хірургічні) та неінвазивні (педіатричні та терапевтичні) медичні послуги;

- 3) згідно з метою медичного обслуговування населення, було визначено:

- медичні послуги різного типу, зокрема сервісні та спеціалізовані, враховуючі класифікацію медичної допомоги згідно з чинним законодавством про охорону здоров'я, виокремлено такі види послуг: екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) медична допомога, третинна (високоспеціалізована) медична допомога та паліативна допомога населенню [1];

- в залежності від методу надання, вказані послуги було розділено на амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, комбіновані, санітарно-гігієнічні, епідеміологічні, телемедичні та санаторно-курортні;

- за видом реалізації включає різноманітні послуги, такі як профілактичні, лікувальні, діагностичні, консультаційні, реабілітаційні,

косметологічні, сурогатного материнства та трансплантологічні;

– згідно з рівнями надання медичної допомоги населенню, існують два види послуг парамедичні та лікарські послуги;

– медичні заклади з надання послуг населенню діляться на наступні види: надання неонатальної та педіатричної допомоги, терапевтичні та надання медичних послуг, пов'язаних з утриманням та доглядом за хворими людьми похилого віку (геріатричні);

– за способом надання, медичні послуги можна поділити на платні та безоплатні. Платні послуги надаються закладами охорони здоров'я відповідно до їх повноважень. Безоплатні послуги включають надання первинної, вторинної, третинної медичної допомоги, а також паліативну допомогу;

– наведено наступні рівні медичного обслуговування населення: життєзабезпечувальний рівень (послуги для збереження життя та здоров'я людей); рівень збереження громадського здоров'я (запобігання захворюванням та підтримка загального здоров'я населення); сервісний (враховують комфорт та задоволення пацієнтів); послуги з надання медико-соціального обслуговування;

– доведена потреба у впровадженні одного централізованого реєстру трансплантології;

– була розроблена концепція впровадження електронних медичних послуг для населення.

Об'єктом дослідження є публічне адміністрування медичною сферою США.

Предмет дослідження: реформування публічного адміністрування медичною сферою США (на прикладі Obamacare): досвід для України.

Мета дослідження: визначенні переваг та недоліків реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

– проаналізувати витоки та етапи становлення публічного адміністрування медичною сферою США: історія дослідження питання;

- уточнення основних понять: «реформа», «публічне адміністрування», «охорона здоров'я», «Obamacare»;
- визначити принципи та методи дослідження реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України;
- проаналізувати концептуальні засади медичної реформи Б. Обама та її інституціоналізацію на рівні суспільство – президент – конгрес США;
- визначити сутнісні аспекти Obamacare;
- проаналізувати наслідки медичної реформи Obamacare;
- проаналізувати можливості адаптації досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США для України (на прикладі Obamacare);
- проаналізувати інструменти та методи застосування досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США в Україні;
- надати рекомендації щодо реформування публічного адміністрування медичної сфери в Україні.

Методи дослідження. Під час дослідження використовувалися різноманітні загальнонаукові та специфічні методи, такі як узагальнення, абстрагування, аналіз, синтез, індукція, дедукція. Для досягнення поставлених цілей було використано комбінацію загальних та спеціальних методів наукового пізнання; була використана фокус-група у дослідженні. Для досягнення поставлених цілей було використано комбінацію загальних та спеціальних методів наукового пізнання. Всі ці методи були застосовані в системному та комплексному підході, що дозволило дослідити вказані проблеми не лише з точки зору вмісту, але й з урахуванням юридичної форми. У процесі дослідження були використані історико-правовий аналіз, системно-структурний аналіз, логіко-семантичний метод, порівняльно-правовий метод, метод системного аналізу та метод узагальнення.

Наукова новизна дослідження: реформа публічного адміністрування медичної сфери США покращила доступність до якісної медичної допомоги в

країні і такий досвід можна впровадити при реформуванні охорони здоров'я в Україні.

Гіпотеза. Одержані результати допоможуть у розробці рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного адміністрування медичною сферою України з урахуванням практично виправданих підходів до зазначеної сфери з боку адміністрації США.

Результати дослідження можуть бути використані державними органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування для розробки та здійснення державної політики охорони здоров'я, розробці регіональних і місцевих комплексних та цільових програм економічного і соціального розвитку. Практична й теоретична значущість одержаних результатів полягає в обґрунтуванні необхідності підготовки керівників органів управління охороною здоров'я в Україні з новим адміністративним, правовим та економічним мисленням.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку літератури, додатків.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕФОРМИ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ США ЯК ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ

1.1. Витоки та етапи становлення публічного адміністрування медичною сферою США: історія дослідження питання

Загальнотеоретичний матеріал під час розробки дослідження було залучено з теоретичних досліджень провідних українських експертів в галузі охорони здоров'я, досліджуються у працях вітчизняних науковців: В. Г. Варнавського, Є. В. Жилінського, А. І. Кузнєцова, Я. І. Кузьміна, В. І. Куценко, Е. М. Лібанової, О. В. Макарової, О. В. Мартякової, В. Ф. Москаленка, К. В. Павлюк, В. І. Покровського, Д. В. Полозенка Ж. Т. Тощенко, Т. В. Чубарової, В. І. Шевського, Ю. Л. Шевченко, І. М. Шевчука, І. М. Шеймана, Ю. В. Шиленко, С. В. Шишкіна, Т. В. Юр'єва, Л. І. Якобсона та ін.

Проблематику сфери медичного обслуговування населення вивчали у своїх роботах такі автори, як: Дрепер Р., Дьюрис Д., Кейв Д., Ленскі Г., О'Кіф Е., Ремер М., Салтман Р., Хем К., К. Дж. Ерроу, М. Олсона, Дж. Стігліца та інші.

Слід зазначити, що обрані наукові роботи та весь матеріал дали змогу не тільки виявити ступінь розробки обраної теми, а й визначити її базові категорії, що формують уявлення про напрямки досягнення мети і завдань дослідження. Серед кола таких категорій на особливу увагу заслуговують як поняття «публічне адміністрування» та «публічне адміністрування медичною сферою», так і загальне поняття «охорона здоров'я», що спрямовані на конкретизацію сфери можливої діяльності держави у визначеній сфері та її специфіку в різних країнах, зокрема, США.

Тема дослідження обрана через важливість євроінтеграційних процесів для забезпечення якісного, безпечного та ефективного медичного обслуговування

всього населення України. Оскільки здоров'я нації є ключовим аспектом національної безпеки, реформи в галузі медичного обслуговування спрямовані на покращення шляхом надання якісних медичних послуг.

Вирішальної значущості для успішного включення України до глобальної спільноти євроінтеграційних процесів набуває її приєднання до Світової організації торгівлі завдяки підписанню Угоди з Європейським Союзом. Цей крок вимагає від України забезпечення балансу між інтересами постачальників медичних послуг та їхніми споживачами в особі пацієнтів. Сьогодні головною проблемою в Україні в сфері медичного обслуговування населення є низька якість та висока ціна медичних послуг. Ця проблема має прямий вплив на здоров'я української нації та тривалість життя населення. Незважаючи на те, що Конституція України передбачає право громадян на безкоштовне медичне обслуговування, вартість послуг залишається високою, спричиняючи необумовлену доступність такого обслуговування. Причина актуальності проблеми публічного адміністрування в медичній сфері полягає в тому, що впровадження і виконання міжнародних стандартів у медичному обслуговуванні на основі європейських директив, настанов, інструкцій та інших норм може покращити якість та ефективність медичного обслуговування. Це також забезпечить доступність та безпеку для споживачів медичних послуг на відповідному високому рівні [4].

Громадяни України має право на охорону здоров'я, надання медичної допомоги та медичне страхування. [7, с. 49]. Здоров'я нації та рівень захворюваності населення в цей час є результатом різноманітних впливових факторів. Серед них можна виділити побутові умови проживання, екологічну ситуацію, умови праці, а також доступність, якість та ефективність медичних послуг. Наша держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [7, с. 49]. На жаль, такі фактори як висока вартість медичного обслуговування, обмежений доступ до фахівців та інші обставини, призводять до ситуацій, коли населення не може отримати потрібну

медичну допомогу. Україна, зокрема, стикається з проблемою, коли 480 осіб з 1000 не звертаються до медичних закладів, а самостійно лікуються, що негативно впливає на їхнє здоров'я. Брак фінансування також перешкоджає тому, що 25% вагітних не встають вчасно на облік в жіночих консультаціях та не отримують необхідну діагностику вчасно. Також 5% з них народжують дітей вдома, що може спричинити проблеми зі здоров'ям новонароджених. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких було виявлено ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 90% з 2018 р. та все ще залишається на недостатньому рівні [8]. Особам з інвалідністю украї складно забезпечити необхідні медичні препарати, які вони потребують згідно з постановою КМУ № 1303 від 17.08.1998р. та програми «Доступні ліки». Незважаючи на те, що в рамках цієї програми в Україні виписано 6,867 млн. рецептів, було відпущено лише 53,14% з них, оскільки зустрічалися перешкоди, такі як недоступність відповідних лікарських засобів або неналежне оформлення електронних рецептів [24].

Загалом, в Україні процес реформування публічного адміністрування охорони здоров'я почалось у 2017 році коли було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та було продовжено у 2018 році у зв'язку з ратифікацією належних медичних практик GCP (Good Clinical Practice), дотримання норм яких повинно проходити на всіх етапах медичного обслуговування. Саме ці акти контролюють увесь процес надання медичної допомоги населенню та створюють принципи медичного обслуговування населення.

Незважаючи на всі дані, ці акти не сприяють вирішенню нагальних проблем в Україні, пов'язаних з якістю, безпечністю та ефективністю медичного обслуговування. Це стається через відсутність системних нормативно-правових актів у галузі медичного обслуговування населення, що призводить до прийняття непослідовних або суперечливих нормативів. Також відсутня чітка розмежованість суб'єктів публічного адміністрування в цій галузі, і окрім того,

було припинено роботу суб'єкта публічного адміністрування, відповідального за санітарне та епідеміологічне благополуччя населення. Тому необхідно покращувати публічне адміністрування в галузі медичного обслуговування населення, навчаючись не лише на досвіді країн Європи, а й Сполучених штатів Америки.

Чому саме США? Що там такого є, чого немає в Європі? Американська система охорони здоров'я належить до найдорожчих у світі. У ній присутні незалежні служби на трьох головних рівнях: сімейна медицина, громадська охорона здоров'я та госпітальна допомога. Медичні послуги в США надаються як приватними особами, так і юридичними установами. Різні благодійні, комерційні та державні установи пропонують пацієнтам амбулаторні та стаціонарні послуги [87].

Практично 47% усіх витрат на медичну сферу в США витрачаються на стаціонарне лікування; біля 2% припадає на домашнє обслуговування, ще 10% на медикаментозне лікування та 10% на утримання вдома престарілих. Решта фінансування забезпечує послуги вузьких спеціалістів у медичній галузі.

Сімейна медицина в США є розвиненою структурою, де сімейні лікарі проводять огляд та спостереження за пацієнтами і, за необхідності, направляють їх до спеціалістів або лікарень. Оплата за такі послуги здійснюється безпосередньо за кожного пацієнта. Зазвичай, сімейні лікарі мають власні офіси або співпрацюють з іншими медичними фахівцями.

Медичні установи, включаючи лікарні та госпіталі, складають найбільшу частину медичних послуг США. Зараз спостерігається зростання ролі амбулаторій, пунктів надання невідкладної допомоги та будинків престарілих, які стають важливими доповненнями до стаціонарного лікування. Вони надають додаткові можливості отримання медичної допомоги, забезпечують швидкість та ефективність, та дозволяють зберігати цінні ресурси в системі охорони здоров'я. Що стосується розвитку медичного страхування в США, то в порівнянні з іншими розвиненими країнами світу це почало відбуватися значно пізніше, і в

цілому існує кілька відмінностей. У Німеччині та Великій Британії, наприклад, система медичного страхування була впроваджена на державному рівні і стала загальнодержавною, тоді як у США формально відсутня всеосяжна система медичного страхування й досі.

Після початку розвитку медичного страхування в США, приватні організації взяли на себе ініціативу у цій справі, тоді як федеральні програми з'явилися лише у 1960-х рр. Хоча медичне страхування в Німеччині з'явилося ще у 1883 році, а у Великій Британії було впроваджено кілька актів щодо медичного страхування у період з 1911 по 1913 роки, у США на початку середини XIX століття існували лише кілька приватних компаній тільки декілька приватних компаній, які пропонували своїм працівникам добровільне страхування від травм на виробництві. Однак, цей вид страхування не отримав широкого поширення навіть тоді.

Перші спроби впровадити загальне медичне страхування в США відбулися на початку XX ст. Так, засновницею організації системи фінансування охорони здоров'я стала політична діячка та лікар Еліс Гамільтон, яка започаткувала перші недержавні соціальні фонди, основними принципами яких стало корпоративне правління капіталом. Основою недержавного соціального страхування ставали особисті внески застрахованої особи, розмір яких залежав від рівня доходу, чинників, які можуть впливати на здоров'я людини, включаючи вік, професію та спосіб життя, а також на демографічні показники, такі як середня тривалість життя та період дожиття після виходу на пенсію. Зрозуміло, що коло осіб, зацікавлених до залучення започаткованої системи медичного страхування, міг бути вельми обмеженим [47].

В 1915 році Американська асоціація Трудового Законодавства представила законопроект, який пропонував введення обов'язкового медичного страхування і сприяла його популяризації в декількох штатах. Хоча кілька штатів виявили зацікавленість, вони не змогли прийняти цей закон, оскільки у 1917 році США приєдналися до Першої світової війни [5].

У 1930-х роках, за часів президенства Ф. Д. Рузвельта, відбулася спроба впровадження загальної системи медичного страхування. Через «Велику депресію» та зниження рівня життя, багато звичайних робітників не могли фінансово дозволити собі медичну допомогу в разі потреби [9]. В США на початку ХХ століття стало популярним добровільне медичне страхування, тоді і були створені дві провідні приватні страхові організації – Blue Cross («Блакитний Хрест») і Blue Shield («Блакитний Щит»). Ці організації надавали можливість отримати фінансову допомогу на випадок госпіталізації, амбулаторного лікування та інших медичних послуг тим, хто придбав страховий поліс від них. Однак, навіть з появою цих страхових компаній доступність медичного страхування не зросла, оскільки воно залишалось недосяжним багатьом людям. Це послужило причиною того, що президент Ф. Д. Рузвельт, провівши комплекс соціальних реформ, включених до «New Deal» («Новий Курс»), подав проект всезагального медичного страхування до конгресу. Але через опір конгресменів, реалізація проекту була відхилена президентом.

Під час Другої світової війни, для того щоб залучити більше працівників, великі компанії почали укладати колективні договори про медичне страхування. Після закінчення війни Ф. Д. Рузвельт намагався внести законопроект про всезагальне медичне страхування на розгляд конгресу, але, на жаль, його смерть завадила йому реалізувати ініціативу.

Гаррі Трумен, новообраний президент, не відмовився цієї ідеї. У 1946 році він виніс на розгляд конгресу законопроект про всезагальне медичне страхування, але і на цей раз його не схвалили. Провал спроб запровадити загальнообов'язкове медичне страхування в США пов'язують з кількома причинами [11, с. 57]. По-перше, американцям притаманна ідеологія індивідуалізму, основою якої є ідея особистої відповідальності за своє здоров'я. По-друге, однією з причин невдачі вважається швидкий розвиток приватного медичного страхування, яке надає більш якісне та повне медичне обслуговування, у порівнянні з державним [2]. Тому не дивно, що більшість

великих медичних страхових компаній була проти введення загального державного страхування.

В цілому, однак, зусилля демократичної адміністрації Ф. Д. Рузвельта ще протягом 1930-х рр. заклали певні ліберальні підходи в державному адмініструванні США медичною галуззю, що певною мірою – з характерними для американської системи тенденціями – почали знаходити відображення в діяльності як демократичної, так і республіканської адміністрацій [15, с. 117].

Так, хоча від часів «Нового курсу» Рузвельта, соціальна політика асоціювалась головним чином демократичною партією, тоді як Республіканці тривалий час виступали критиками соціальних програм (не тільки з економічних міркувань, а й виходячи з моральних й культурних аспектів програм допомоги нужденним), ситуація почала змінюватись в другій половині ХХ століття. Питання соціальної політики (у тому числі політики в сфері медичній галузі) починають знаходити відображення в програмних документах обох партій, хоча з характерним для демократів і республіканців баченням ролі держави в адміністративній діяльності [52].

В 1960-х роках справді настала справжня зміна в системі медичного страхування в США. Закон Керра-Міллса був прийнятий в конгресст під президенством Д. Ейзенхауера і почав діяти з 1965 року. Цей закон включав програму Медікейд (англ. Medicaid), державну програму медичної допомоги для осіб з низьким рівнем доходу. Ця програма здійснюється на рівні штатів з фінансовою підтримкою уряду [53].

Важливою стала й реформа Ліндона Джонсона, президента від демократів, який 1965 р. ввів «Медикер» (англ. Medicare), як систему страхування осіб старше 65 років і деяких груп інвалідів та хворих. У 1981 році відбулося розширення категорій осіб, яким можна користуватися програмою Medicaid. Зокрема, тепер цю допомогу могли отримати діти з обмеженими можливостями [53].

У 1986 році, завдяки ініціативі сенатора Едварда Кеннеді, був ухвалений важливий закон, який відомий як Акт про невідкладну медичну допомогу і

працю. Ця законодавча ініціатива гарантує право кожній особі на невідкладну медичну допомогу, навіть у випадках, коли вона не має страховки.

Показово, що Акт про невідкладну медичну допомогу був прийнятий за часи президентства Рональда Рейгана, який за умов обмеженості державних підходів до регулювання економічними і соціальними відносинами (реалізації курсу «рейганоміки») вимушений був, однак, сприймати і виклики та потреби соціального розвитку суспільства навіть за умов консервативних поглядів республіканців на роль держави в сфері медичного захисту населення.

Втім, якщо за Р. Рейгана республіканці тільки почали формувати свій порядок денний з питань соціальної політики, Джордж Буш-молодший не тільки сформулював, а й здійснив спроби реалізувати консервативну модель соціальної політики, що певним чином враховувала деякі ліберальні ідеї, викликані потребами часу. Більше того, консервативні підходи до соціальних проблем, озвучені наприкінці ХХ ст. в програмі «Контакт з Америкою» Р. Рейгана були використані не тільки Бушем в реалізації політики в соціальній сфері, а й адміністрацією Б. Клінтона. Вони також певним чином вплинули на політику в соціальній галузі Б. Обама [60].

Аналіз внутрішньополітичного курсу Б. Клінтона і Дж. Буша-молодшого, що передували діяльності Б. Обама, дозволяє виокремити наступні тенденції державної політики США у сфері охорони здоров'я, незалежно від діючої адміністрації:

- політика адміністрацій Б. Клінтона, Дж. Буша-молодшого в області охорони здоров'я була спрямована на рішення численних проблем, що накопичилися в цій сфері, а також адаптації системи медичного страхування до реалій кінця ХХ – початку ХХІ ст., що швидко змінювалися, як в американському, так і загальносвітовому контексті [53];

- у даний період в результаті прийнятих федеральною владою законодавчих заходів, а також розвитку і вдосконалення практики у сфері

надання населенню медичних послуг, система охорони здоров'я США зазнала істотних змін.

Реформа сфери медичного страхування була пріоритетним напрямом діяльності обох адміністрацій Клінтона [19]. Після провалу спроби введення загального медичного страхування, Клінтону вдалося добитися успіхів в проведенні окремих часткових реформ в цій сфері на основі досягнення компромісів з республіканською більшістю в Конгресі. В ході першого терміну його адміністрації були прийняті заходи по розширенню державної підтримки материнства і дитинства одночасно з посиленням контролю над федеральними програмами, що діють в цій області. Важливим кроком у вдосконаленні системи медичного страхування став закон про мобільність і гарантії, прийнятий в 1996 р. Цей закон давав американським громадянам відчуття більшої захищеності. Зокрема, одним з його центральних пунктів стала заборона страховим агентам відмовляти в медичній страховці людям з серйозними або хронічними медичними захворюваннями за умови, що з моменту припинення їх минулого страхування пройшло менш одного року [20, с. 55]. У 1997 р., в умовах республіканської більшості в обох палатах американського Конгресу, адміністрації Клінтона вдалося добитися створення нової медичної програми по страхуванню здоров'я дітей, в основному з незаможних сімей. Як відмічає А.А. Попов, ця програма «Іноді вважається урізаною формою реалізації спочатку запропонованого плану універсального медичного страхування», висуненого адміністрацією Клінтона [20, с. 39].

Упродовж другого терміну Клінтону вдалося внести зміни в програму «Medicare», створивши в її рамках третю альтернативну частину під назвою «Medicare плюс вибір», відомою також під назвою «Medicare – частина Сі». Розширення цієї державної програми збільшило вибір варіантів медичного страхування для літніх людей, що отримали можливість користуватися послугами посередницьких організацій, працюючих у сфері охорони здоров'я. Діяльність цих організацій була спрямована на досягнення економніших варіантів оплати

медичних послуг для пацієнтів і, таким чином, сприяла ефективнішому використанню державних коштів, що йдуть на потреби охорони здоров'я. В результаті, програма «Medicare» стала складатися не з двох, як це було раніше, а з трьох частин. Створення «частини Сі» було покликане забезпечити економію федеральних коштів за цією дорогою програмою, витрати на яку безперервно і швидко збільшувалися, як і їх доля в загальних бюджетних асигнуваннях на охорону здоров'я [20, с. 127].

Вказані заходи привели до розширення доступу американських громадян, передусім сімей з низькими доходами, до медичного забезпечення, а також раціоналізації державних витрат, що йдуть на цю сферу. Проте вони не дозволили приборкати зростання цін на послуги охорони здоров'я, а число людей, які не були покриті медичним страхуванням, не лише не скоротилося, але, навпаки, продовжувало зростати.

Головним результатом політики Джорджа Буша молодшого у сфері охорони здоров'я стало внесення нових змін до програми «Medicare». При Буші з 2006 р. була введена в дію четверта частина цієї програми («частина Д»), яка передбачала компенсацію витрат на придбання ліків [56].

Новий етап реформування системи американського медичного страхування пов'язаний з ім'ям Барака Обама. В ході роботи над проектом охорони здоров'я його адміністрація постаралася врахувати не лише позитивний, але і негативний досвід Б. Клінтона по розробці реформи в цій області. Узявши на озброєння багато ідей, що містилися в проекті реформи 1993 р., адміністрація Обама врахувала допущені Клінтоном прорахунки, які носили, головним чином, тактичний характер. Розроблений адміністрацією Обама кінцевий документ носив компромісний характер з урахуванням побажань і рекомендацій різних зацікавлених сил і груп інтересів, що сформувалися в американському суспільстві. У боротьбі за реформування системи медичного страхування президентові довелося відмовитися від ряду положень, що спочатку були в

проекті, викликали особливо різку критику з боку супротивників цієї ініціативи Обама.

Підписання Обамою у березні 2010 р. закону «Про захист пацієнтів і доступне медичне обслуговування», а також закону «Про фінансування охорони здоров'я і освіти», стало історичною подією. Воно вінчало багато десятиліть боротьби демократичних сил і зусиль президентів від Рузвельта до Клінтона за введення в Сполучених Штатах загального загальнонаціонального медичного страхування. За своїм значенням прийняття цього законодавства порівнянне з такими подіями, як створення державної системи соціального забезпечення в середині 30-х років, а також створення загальнонаціональних медичних програм «Medicare» і «Medicaid», призначених для пенсіонерів і людей з низькими доходами [56].

Основні положення пакету документів по цій реформі припускали її модернізацію і посилення державного регулювання в системі охорони здоров'я США. Вони не були орієнтовані на радикальні зміни, як очікувалося, а повинні були адаптувати систему охорони здоров'я до соціально-економічних умов, що змінилися, і нових потреб американського суспільства [53].

1.2. Уточнення основних понять: «реформа», «публічне адміністрування», «охорона здоров'я», «Obamacare»

В сучасних умовах велике значення набувають питання забезпечення медичною допомогою населення. З метою розгляду цієї проблематики, вважаємо доцільним дослідити такі категорії, як «публічне адміністрування», «реформа», «охорона здоров'я», «Obamacare» тощо.

Конституція України гарантує кожній особі право на медичну допомогу, що є неодмінною частиною системи медичного обслуговування населення. З цією метою, уряд України створює державні медичні заклади, і забороняє скорочення їхньої мережі, оскільки це може призвести до обмеження доступу до якісної

медичної допомоги для громадян [6].

У сучасній державі медичне обслуговування населення вважається однією з найважливіших галузей, яке має соціально-політичну значущість та економічну вартість. Це пояснюється тим, що кількісні та якісні показники тривалості життя та рівня здоров'я населення відрізняють багаті та розвинені держави від бідних і слаборозвинутих країн. Важливість здоров'я людини визначається у всьому світі настільки, що цей показник входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства в країнах світу. В сучасних умовах велике значення набуває розвиток та створення таких галузей медичного обслуговування, що задовольнятимуть зростаючі потреби населення в доступному та високоякісному медичному обслуговування, при цьому зберігаючи стрімкий ріст витрат на охорону здоров'я.

Сучасна держава, зокрема Україна, покладає великий акцент на забезпечення медичного обслуговування населення та політику охорони здоров'я. Це є фундаментальним пріоритетом розвитку, особливо у контексті процесів входження до Європейського Союзу. Адаптація та гармонізація стандартів на всіх етапах життєвого циклу населення є необхідною, а також наукове обґрунтування принципів та підвищення якості медичного обслуговування з урахуванням особливостей розвитку науки і практики [81].

Для забезпечення медичного обслуговування громадян України, держава гарантує доступність до важливих методів профілактики та лікування, захист громадян в разі шкоди їх здоров'я, а також встановлює пільги й гарантії окремим категоріям населення для якісного медичного обслуговування при захворюванні.

Поняття «реформа» визначається науковцями не тільки у сфері медицини, а також у таких галузях як філософія, правознавство та соціологія.

Реформа (лат. *reform*, фр. *réforme* — «перетворюю», «змінюю») — комплекс заходів, які призначені для внесення нових умов у суспільні відносини, не змінюючи основу економічної системи. Ці заходи спрямовані на усунення негативних явищ, що виникають у попередніх умовах. Реформа змінює

ситуацію, поліпшує суспільні умови та приносить користь населенню [13, с 39].

З 2017 року в Україні триває реформа у сфері охорони здоров'я. Ідея полягає в перетворенні системи фінансування медичних закладів таким чином, щоб кожен українець мав можливість безкоштовно отримати чіткий перелік медичних послуг і медичних засобів, а лікарі були мотивовані отримувати фінансову винагороду за надання якісних послуг. Ключовий документ, який регулює реформу в охороні здоров'я, — Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення.

Але що ж таке сфера охорони здоров'я?

Сфера охорони здоров'я – це структура суспільства, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я нації. Здоров'я нації формується індивідуальним здоров'ям людини, яке, за визначенням ВООЗ, є «станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороби або недуги» [84].

Одним з основних цілей трансформації системи охорони здоров'я є забезпечення всім громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг. Процес змін спрямований на орієнтацію системи навколо пацієнта, забезпечуючи його потреби та запити.

Після проведення реформи, візією системи охорони здоров'я є створення ефективної та доступної системи, яка відповідатиме потребам всього населення України. Передбачається підвищення якості життя населення, забезпечуючи більш широкий доступ до медичної допомоги в безпечних умовах. Також акцентується увага на покращенні умов праці медичного персоналу та забезпеченні їх соціального забезпечення. Розвиток та оптимізація системи соціальної підтримки також є важливою складовою цієї візії [7].

Чому потрібні зміни?

- Тривалість життя українців значно нижча, ніж у громадян США та ЄС – у середньому 72 роки проти 81 у країнах ЄС та США;
- Майже половина пацієнтів, що пережили інсульт, стикаються з

первинною інвалідністю, а близько 12% померлих від інсульту – це особи працездатного віку;

– Україна також очолює список серед країн Європи за поширеністю катастрофічних витрат, пов'язаних з охороною здоров'я, що призводять до збіднення сімей пацієнтів;

– 99% витрат на фармацевтичні товари та інші медичні товари покриваються пацієнтами;

– 37.6% госпіталізацій в Україні не є необхідними;

– Україна має один з найнижчих у світі показників вакцинації дітей, наприклад, у 2018 році тільки 69% дітей були вакциновані від поліомієліту [17, с. 112].

Сьогодні здоров'я вважається найціннішим активом людства. Наша особиста поведінка та вибір стилю життя визначають, наскільки ми зберігаємо цей актив та підтримуємо його [63].

Згідно з інформацією з енциклопедії державного управління, публічне адміністрування є формою управлінської діяльності, що здійснюється інституціями публічної влади. Це дозволяє державі та громадянському суспільству спрямовувати суспільну систему у визначеному напрямку, забезпечуючи її саморегуляцію та розвиток [14, с. 98].

Системна реалізація публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення передбачає використання засобів та заходів, які спрямовані на досягнення якісних результатів [51, с. 26]. Оскільки неможливо забезпечити та виявити саме по собі медичне обслуговування та його якість, необхідно управляти цим процесом (адмініструвати). У цей процес повинні бути залучені всі сторони, що беруть участь у забезпеченні медичного обслуговування. Механізм публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення відноситься до взаємодії між медичним персоналом та пацієнтами, яке забезпечує задоволення потреб останніх на всіх етапах надання медичної допомоги. Відсутність адекватного задоволення потреб

пацієнтів може призвести до знецінення якості медичного обслуговування та створення ризику втрати його ефективності, з погіршенням здоров'я населення і навіть загрозою життя окремих осіб або загальної популяції (наприклад, під час пандемій, епідемій) [82]. Отже, під механізмом публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення розуміється система регулювання і контролю, яка забезпечує безпечну і ефективну практику в медичній сфері.

Аналіз різних наукових робіт показує, що публічне адміністрування визначається як сектор управління, який існує в політичному контексті. Поняття адміністрування є схожим до того, що визначений в теорії управління для адміністративних методів, які використовуються керівним суб'єктом для впливу на об'єкт [65].

Згідно словника термінів і понять з державного управління В. Я. Малиновського «публічне адміністрування - це сукупність організаційних дій, діяльності та заходів, які виконуються різними суб'єктами та інституціями на основі закону та в межах, визначених законом для досягнення публічного інтересу; сукупність державних і недержавних суб'єктів публічної влади, ключовими структурними елементами якої є: а) органи виконавчої влади; б) виконавчі органи місцевого самоврядування». Це означає, що основною метою публічного адміністрування є досягнення публічного інтересу, тобто захист прав та свобод громадян, забезпечення справедливості, розвиток і підтримка економіки та соціально-економічного добробуту суспільства. Закон визначає рамки та правила для здійснення публічного адміністрування з метою забезпечення його ефективності та відповідності законності [15].

О.Ю. Амосов та Н.Л. Гавкалова трактують «публічне адміністрування» як сукупність безпосередньої взаємодії громадян і державного сектора; це планування, управління загальними справами міста чи регіону; це відносини, які охоплюють офіційні інституції, неформальні домовленості, пов'язані із синтезованим (людським, інтелектуальним, соціальним) капіталом громадян, а тому вони є невіддільними від архетипів демократії [23].

Під час наукових дебатів було встановлено, що наділені полісемантичним характером щодо категорії «публічна адміністрація, привели до висновку про те, що «публічне адміністрування» – це є законодавчо врегульована діяльність публічної адміністрації, метою якої є задоволення публічного інтересу [26, с. 106].

Відповідно, «публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення» – відноситься до законодавчо визначеної спрямованої та організаційної діяльності ліцензованих закладів охорони здоров'я та/або сертифікованих медичних працівників, що надають якісні, ефективні та безпечні медичні послуги для збереження громадського здоров'я та генофонду українського народу [24].

У 2014 році було прийнятий законопроект під назвою «Affordable Care Act» або «Обамасаре», який зобов'язує всіх роботодавців і страхові компанії надавати медичне страхування працівникам без права відмови чи штучного підвищення страхових платежів, за умови виконання визначених вимог у трудовому договорі. Зазначена угода повинна містити положення, що передбачає наявність певного захворювання у найманого працівника, таке як серцево-судинна патологія, онкологія, ВІЧ та інші [27].

Законопроект, що був ухвалений, заборонив страховим компаніям встановлювати річні або пожиттєві обмеження на покриття страховими полісами. Крім того, він дозволив дітям залишатись під батьківським страховим полісом до 26 років. Закон також обмежив варіацію цін на страхові поліси, хоча раніше ціни могли залежати від факторів, таких як медичні проблеми, насильство у сім'ї чи спадковість тощо. Крім того, були встановлені обмеження на додаткову оплату пацієнтами медичних послуг, якщо вони вже мають страховий поліс (не всі страхові поліси повністю покривають медичні послуги) [28]. Закон також зобов'язав страхові компанії виділяти 80-85% страхових внесків від пацієнтів на медичні послуги, що обмежило їх можливості отримання надприбутків.

Згідно з передбаченим законопроектом, планувалось створення медичних мереж, які об'єднають лікарні. У свою чергу, страхові компанії вимагатимуть, щоб пацієнти отримували медичну допомогу тільки у закладах, що належать до визначених.

У разі, якщо житель США не може оформити приватне страхування та не має державного страхування, він буде зобов'язаний самостійно оплачувати лікування (11,1% витрат на медицину). Для цього є два варіанти:

- роботодавець відраховує частину заробітної плати працівника, яку можна витратити тільки на медичне лікування. Гроші, які відраховуються, не зберігаються окремо на рахунку, і працівник може отримати їх у компенсацію залежно від умов укладеного контракту. Ця сума не оподатковується і на неї не нараховуються банківські відсотки, але наприкінці року вона «згорає» (називаються такі програми «Flexible spending accounts»);

- роботодавець також відкладає частину заробітної плати працівника на окремий банківський рахунок. На цю суму нараховуються відсотки, і її можна використати пізніше, навіть через рік. Зазвичай такі рахунки використовуються тими, у кого медична страховка не покриває повну вартість лікування, тому пацієнтам доводиться самостійно доплачувати. Основною метою таких програм є надання фінансової підтримки людям з хронічними захворюваннями, які не отримують достатнього страхового покриття. Ці програми мають назву «Health savings accounts» [56].

В США оплата медичного обслуговування з власних доходів, не є дуже вигідною, оскільки ціни на медичні послуги досить високі і не всі групи населення здатні їх оплатити.

Законопроект, що передбачає реформування системи забезпечення медичним обслуговуванням населення, спрямований на забезпечення більшої доступності медицини загалом. Зараз вона становить 18,5 % від загальних видатків країни.

У Сполучених Штатах значна частина валового внутрішнього продукту

приділяється на медичне обслуговування населення. Витрати на це сягають набагато вищих показників, порівняно з європейськими країнами, якщо перерахувати їх на кількість населення.

У 2019 році ці витрати становили 16% від загального валового внутрішнього продукту країни, що на 8,14% вище, ніж середній показник по інших розвинутих країнах [83].

Хоча в США витрати держави на медицину є найвищим серед країн, які ми аналізуємо, при цьому станом на 2019 рік 67,2% населення отримує базове лікування, яке фінансується державою, звичайно, приділяючи особливу увагу менш заможному населенню та більш вразливим групам. В цілому, система медичного фінансування в США є дуже складною та заплутаною.

Таким чином, від 2014 року в США страхування стало обов'язковим для більшості населення. Ті, хто не мають страхового полісу, зобов'язані платити штраф. Навіть роботодавці, які не страхують своїх працівників, також підлягають штрафу. Після проведених реформ у 2014 році громадяни усі застарілі страхові поліси громадяни мають можливість обміняти застарілі поліси на оновлені, які є економнішими та якіснішими.

1.3. Принципи та методи дослідження реформи публічного адміністрування медичної сфери США як досвід для України

Система дослідницьких принципів кожної науки формується через творче освоєння об'єктивної реальності людиною. Крім врахування цього аспекту, важливо, щоб система дослідницьких принципів відображала те, що є спільним у всіх формах наукового пізнання і особливостями пізнавального процесу.

Перший принцип об'єктивності дозволив дослідження соціальної допомоги у формуванні морально-психологічної готовності лікарів, науковців, медичних закладів продовжувати робити кроки в реформуванні сфери охорони здоров'я, уникаючи перебільшень, досягти відповідності наукових узагальнень

із реальними процесами, що відбувалися в дійсності.

Принцип історизму передбачає вивчення реальних подій у всіх деталях, виявлення історичних фактів та на основі цього аналізу створення уявлення про історичний процес, розкриваючи його логіку та закономірності розвитку. Цей принцип дозволив було використано для дослідження формування реформ публічного адміністрування в галузі охорони здоров'я у США.

Для досягнення цієї мети використовувалися загальнонаукові методи, такі як аналіз і синтез, узагальнення, системно-структурний підхід та функціональний аналіз.

В даному дослідженні значну роль відіграють методи аналізу і синтезу. Аналіз – це метод, який передбачає розкладання об'єкта на складові частини, вивчення кожної окремо та розуміння їх ролі в цілому. Однак аналіз сам по собі не є ціллю наукового дослідження, оскільки останнє має за мету відтворити об'єкт у цілому, розкрити його структуру та розуміння його функціонування. Ця мета досягається за допомогою подальшого теоретичного синтезу. Синтез – це метод, який сприяє поєднанню окремих частин у єдине ціле і розумінню об'єкта у його єдності.

Процес дослідження реформ публічного адміністрування медичної сфери США включав аналіз і синтез як методи наукового дослідження, що виступали в органічній єдності. Використовувався аналітичний підхід для детального розгляду складових частин системи та їх взаємодії, а також синтезували ці дані для формулювання загальних принципів та рекомендацій для реформування медичного адміністрування у США.

Системний аналіз є важливим методом загальних наук, який використовується для вивчення системи організації діяльності. Суть цього методу полягає в комплексному дослідженні великих і складних об'єктів, розгляді їх як цілісного механізму з узгодженим функціонуванням всіх елементів і частин. Застосування системно-структурного методу дозволяє проаналізувати зв'язки об'єкта дослідження і виявити структурні зміни. Розглянемо

застосування цього методу у розвитку та реформуванні публічного адміністрування медичної сфери США [31].

В роботі використовувався також метод порівняння. Порівнюючи процеси проведення реформ публічного адміністрування медичної сфери США, було визначено їх ефективність якщо провести подібні процеси в Україні.

У проведенні досліджень, крім загальновідомих методів, також використовуються спеціально-наукові підходи, які дозволяють детальніше розглянути кожне окреме питання дослідження.

Отже, згадані методи дослідження дають змогу вивчати реформу публічного адміністрування медичної сфери США та допоможуть виявити успішні підходи і недоліки, що можуть бути застосовані в Україні при впровадженні подібної реформи.

РОЗДІЛ 2

ДЕРЖАВНЕ АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЮ СФЕРОЮ ЗА ПРЕЗИДЕНТСТВА Б. ОБАМИ

2.1. Концептуалізація медичної реформи Б. Обами та її інституціоналізація на рівні суспільство – президент – конгрес США

Барак Обама став президентом у січні 2009 року, коли світова фінансово-економічна криза, що почалася в другій половині 2007 року, досягла свого піку. Велика рецесія, як називають період 2007-2009 рр., вимагала від адміністрації Буша в 2008 р., а потім і від адміністрації Обами безпрецедентних заходів по подоланню кризових явищ і відвертанню ще більш великих економічних потрясінь, вірогідність яких на той момент була досить високою. Криза оголила проблеми, що накопичилися в американській економіці структурні і фінансові, послабила позиції США у світовому господарстві і показала необхідність серйозних змін соціально-економічної політики [78].

В ході передвиборної кампанії, а також після перемоги на президентських виборах у своїх виступах, Обама неодноразово підкреслював, що перед США стоїть завдання навчитися жити відповідно до достатків і одночасно забезпечити стійкий розвиток за інноваційним сценарієм. Він виходив з того, що для збереження глобального лідерства в умовах конкуренції, що нестримно посилилася із сторони інших країн, Сполучені Штати потребують «інвестицій в майбутнє». Для цього було необхідно впровадити зміни в системі охорони здоров'я та соціального забезпечення, підтримати розвиток високотехнологічних галузей економіки, зробити її більш енергоефективною, інвестувати у альтернативну енергетику та збільшити виділення коштів на інфраструктурні проекти. Ставши президентом під гаслом змін, Обама висунув амбітний план модернізації США, що включає проведення реформ у галузі

охорони здоров'я, освіти, а також розвитку науки і новітніх технологій, які гарантують інноваційне майбутнє для американської економіки.

Економічна криза істотно змінила формат внутрішніх і зовнішніх умов функціонування країни, внесла корективи в порядок денний діяльності президента, але не привела до перегляду планів глави держави по оновленню країни. Завдання проведення обіцяних структурних реформ ускладнилася необхідністю одночасній реалізації антикризової програми для подолання наслідків важкої економічної рецесії і стабілізації фінансової ситуації в США.

Уряд США вжив безпрецедентні заходи і витратив величезні фінансові кошти для того, щоб Велика рецесія не переросла у Велику депресію. У основу антикризової політики Обама ліг план «Про відновлення американської економіки і реінвестицій» (American Recovery and Reinvestment Act), прийнятий в лютому 2009 р. [54]. Цей план передбачав емісійні вливання в економіку та розширення коло громадян, яким може бути доступна медична страховка. Тобто, це прямі та опосередковані інвестиції в трудовий потенціал країни, які не дають швидкого ефекту, але важливі для її існування.

Він став фундаментом соціальної політики новообраної демократичної адміністрації в період найглибшої рецесії, дозволивши істотно згладити її наслідки. Цей план загальним об'ємом в 787 млрд. дол., або 5,5% ВВП Сполучених Штатів в річному вираженні, став найбільшою програмою стимулювання економіки в мирний час за усю американську історію. У якості його головних цілей були проголошені створення нових робочих місць при збереженні вже існуючих, підтримка економічної активності і одночасно забезпечення довгострокового стійкого зростання шляхом інвестицій.

На додаток до цього плану були також вжиті інші заходи по стимулюванню економічного зростання і пом'якшенню тяжких наслідків кризи, в тому числі, в соціальній сфері. Проте здійснення заходів, передбачених масштабною антикризовою програмою по стимулюванню американської економіки і поліпшенню стану ринку праці, не повною мірою виправдало надій, що

покладалися на неї: економічне відновлення йшло повільніше, ніж очікувалося і не супроводжувалося достатнім зростанням робочих місць в економіці. Рівень безробіття, що складав на початку 2009 р. 8,5%, достиг на початку 2010 р. 10,6% та знизився до 9,1% в серпні-вересні 2011 р., а літом 2012 р. все ще перевищував 8% [55]. Отже, ми бачимо, що ці дані свідчать про коливання рівня безробіття в США впродовж декількох років. Значне зростання безробіття в 2009 та 2010 роках можна пов'язати зі світовою фінансовою кризою, яка почалася у 2008 році. Криза мала серйозний вплив на американську економіку і спричинила масове звільнення. Незважаючи на покращення рівня безробіття в 2011 році, все ще залишалась потреба в подальших заходах для зменшення безробіття і забезпечення стабільного економічного розвитку. Так само і Україна на собі відчула всі недоліки світової кризи. Зниження зовнішнього попиту на українські товари та послуги призвело до скорочення обсягів виробництва в багатьох галузях, що в свою чергу призвело до зниження числа робочих місць. Багато підприємств були змушені звільняти працівників або зменшувати їх робочий час, щоб знизити витрати.

Величезні вливання в американську економіку державних коштів, спрямованих на її підтримку, а також соціальні програми і боротьбу з безробіттям в умовах істотного зниження податкових надходжень, значно погіршили фінансовий стан США. Конфлікти, які вийшли на поверхню в ході дебатів про підвищення рівня державного боргу, підірвали довіру до усіх політичних інститутів, а також оголили гостроту фінансових і соціально-економічних проблем.

В умовах навислої загрози технічного дефолту необхідність підвищення рівня держборгу змусив адміністрацію Обама піти на компроміс з Конгресом і погодитися на жорсткий план скорочення бюджетних витрат [85, с. 128]. Ухваливши в терміновому порядку закон про підвищення порогу державного боргу, американська влада зробила перший крок на шляху узяття під контроль фінансів і вироблення плану заходів, які в подальшому дозволили б США жити

відповідно до достатків. Вказаний закон передбачав скорочення бюджетних витрат більш ніж на 2 трлн. дол. впродовж десяти років і створення міжпартійного комітету в Конгресі, якому належало вирішити, які саме статті витрат повинні були потрапити під скорочення [85, с. 135]. Заради досягнення компромісу з республіканцями адміністрації Обами довелося відмовитися від своєї головної вимоги на той момент – відміни податкових пільг для багатих американців, але вдалося відстояти збереження об'єму витрат на соціальну сферу і охорону здоров'я, принаймні, на той момент [32, с. 10].

Після президентських виборів 2012 р. і перемоги на них Б. Обами в США з новою силою розгорілися дебати відносно підвищення податків, зокрема для американців з високими доходами. У ситуації, що склалася, слід було чекати скорочення асигнувань на систему соціального страхування, ревізії програм соціальної медичної допомоги «MediCaid» і «MediCare». Можливо було й внесення змін до системи оподаткування, а у віддаленішій перспективі й питання про перегляд пенсійної реформи [52].

Втім, незважаючи на кризу, Обама енергійно взявся за реалізацію обіцяною в ході своєї передвиборної кампанії програми по перетворенню Америки. Першочерговим і пріоритетним напрямом своєї діяльності на посту президента він оголосив реформу охорони здоров'я. Необхідність її проведення диктувалася наростаючими негативними тенденціями в цій сфері.

Середньорічне зростання витрат на охорону здоров'я між 2000 і 2008 рр. в США становив 5,8%, перевищивши 16% ВВП. Для порівняння, частка загальних витрат на здоров'я в ВВП в 2008 р. склала 8,8% у Великобританії, 8,6% в Японії, 10,3% в Канаді, а в Німеччині і Франції – 10,7% і 11,0% відповідно. Поряд з швидким зростанням витрат на охорону здоров'я в Сполучених Штатах, кількість людей, які не змогли отримати своєчасну медичну допомогу або ліки через їхню занадто високу вартість, продовжували збільшуватися. Частка американців без доступу до охорони здоров'я серед дорослих США збільшилася з 9,2% в 2000 до 13,6% в 2008, а серед людей з доходами, нижчими за межу бідності, швидкість

збільшилася з 18,4% до 21,9% протягом цього періоду. Таким чином, способи раціоналізації державних витрат на охорону здоров'я, а також збільшення американців доступу до охорони здоров'я та медикаментів, постали на порядку денному як один з найважливіших питань в суспільному житті країни.

У загальному плані, основні ідеї для реформи охорони здоров'я були сформульовані Обамою ще під час виборчої кампанії. Зокрема, тема трансформації системи медичного страхування посіла важливе місце в дебатах усіх головних претендентів на право бути висунутим кандидатом від Демократичної партії у президенти. Всі троє демократів, які боролися за право стати кандидатом у президенти своєї партії в майбутніх виборах представили свій план по перетворенню американської системи охорони здоров'я. Джон Едвардс, один з трьох претендентів на президентську номінацію від демократів, займав найбільш ліві погляди, різко критикував систему охорони здоров'я країни. Під час праймеріз, його штаб розміщував на телебаченні передвиборні ролики, в яких обігрувалася трагічна доля дівчинки-підлітка, яку не вдалося врятувати через те, що компанія, де був застрахований її батько, відмовилася сплатити кошти на операцію. Він виступав на підтримку системи охорони здоров'я, засновану на концепції єдиного платника, приводячи приклад в якості моделі канадську систему охорони здоров'я. Едвардс вважав, що подібна система дозволить істотно поліпшити в США ситуацію з діагностикою і профілактикою захворювань, і навіть пропонував змусити усіх американських громадян в обов'язковому порядку проходити медичні обстеження [56].

Щодо інших двох кандидатів – Гіларі Клінтон і Барак Обама, то вони виступали за систему охорони здоров'я, ґрунтовану на концепції «керованої конкуренції» [57].

Відмінності в поглядах на американську охорону здоров'я і необхідні в цій області реформи між Клінтон і Обамою були незначні. Проте пропозиції Обама виглядали як більшою мірою орієнтовані на ринок.

Команда Обама початку підготовку реформи охорони здоров'я ще в розпал його передвиборній президентській кампанії. Літом 2008 р. в цілях розробки концепції і просування національної реформи охорони здоров'я було створено об'єднання «Охорона здоров'я для Америки зараз» (Health Care for America Now!). До нього увійшли профспілкові об'єднання, різні асоціації медичних працівників, а також багато інших груп, які були у контакті з експертами в області охорони здоров'я [85, с. 155].

Відкрите і широке обговорення плану реформи охорони здоров'я в американському суспільстві дозволило врахувати багато конструктивних пропозицій учасників дискусії з цього питання і забезпечило їй ширшу підтримку серед американців, але в той же час, виявило серйозні розбіжності відносно шляхів реформування цієї сфери [85]. В результаті проведеного аналізу, Обама зупинився на рекомендованій йому концепції «розділеній відповідальності» у сфері медичного страхування у рамках системи охорони здоров'я, базованій на принципах «керованої конкуренції». Дана концепція припускала, що оплата послуг, які надаються населенню в такому секторі економіки, як охорона здоров'я, повинна розподілятися між державою, працедавцями і співробітниками.

Багато положень, які лягли в основу майбутньої загальнонаціональної реформи медичного страхування, були запозичені з досвіду штату Массачусетс, де вже були здійснені перетворення в сфері охорони здоров'я. Закон про забезпечення доступної, якісної і підзвітної системи охорони здоров'я був прийнятий в цьому штаті в 2006 р. при губернаторові-республіканцеві М. Ромні за ініціативою сенатора-демократа Е. Кеннеді. Ця реформа передбачала вимогу, щоб усі жителі штату працездатного віку в обов'язковому порядку придбали страховку, що забезпечує, принаймні мінімальний набір медичних послуг. Вони мали можливість отримати страховку за місцем роботи або придбати її самостійно. Працедавець зобов'язаний забезпечувати своїх працівників медичним страхуванням або робити внески в спеціальний фонд, створений у

рамках цього штату. Уряд штату Массачусетс гарантував безкоштовну медичну страховку особам, доходи яких склали менш 150% від встановленого федеральним законом рівня бідності і які при цьому не підпадали під дію програми «MedicAid» [58]. Таким чином, ця реформа на рівні одного штату стала пілотним проектом для впровадження майбутньої глобальної реформи охорони здоров'я США.

Вказаний закон штату Массачусетс передбачав субсидії, що частково перекривали медичну страховку громадянам, чиї доходи були нижче 300% федерального рівня бідності. Особи, які відмовлялися від купівлі хоча б мінімального страхового пакету, зобов'язані були заплатити штраф разом із сплатою податків. Усі жителі штату при заповненні своєї податкової декларації повинні були зазначити в ній, чи мають вони страховку або звільнення від неї по фінансовим причинам. Громадяни з доходом менш 150% федерального рівня бідності звільнялись від виплати цього штрафу. Розмір штрафу визначався рівнем отриманого доходу і міг варіювати від 228 до 1212 доларів на рік.

Крім того, закон штату Массачусетс від 2006 р. передбачав створення спеціального незалежного державного органу (Commonwealth Health Insurance Connector Authority або Health Connector), який функціонував, в тому числі, як страхова біржа, пропонуючи населенню різні пакети медичного страхування, а також введення державного контролю над цінами на ринку медичних страховок. Це дало можливість американцям обирати найбільш підходящий страховий поліс як за ціною, так і за переліком медичних послуг, який покриє страховий поліс.

Реформа також розширила дію державної програми «Медикейд», включивши в неї, зокрема, дітей з сімей з низькими доходами. Влада Массачусетсу вважала цю реформу успішною. На думку експертів, населення штату прийняло її і оцінювало як справедливу [85, с. 191]. Соціологічні опитування підтверджують підтримку закону 2006 р. жителями цього штату. Згідно з опитуваннями, проведеними в 2011 р. Інститутом громадського здоров'я

при Гарварді (Harvard School of Public Health) спільно з газетою Бостон Глоб (Boston Globe), 63% жителів штату схвалювали цей закон. Іншим підтвердженням того, що реформа виявилася успішною, являється зниження числа осіб, які відмовилися купувати страховку і були вимушені платити штраф: число таких людей скоротилося з 67 000 в 2007 р. до 48 000 в 2009 р. Таким чином, реформа штату Массачусетс показала, що вона спроможна, і має позитивні відгуки серед населення штату та зменшила кількість незастрахованих жителів штату.

Закон штату Массачусетс, таким чином, значною мірою став прообразом президентського законопроекту про охорону здоров'я, підготовленого і внесеного на розгляд обох палат конгресу Б. Обамою усього через півроку після його інавгурації. Показовим було те, що робота над документом велася в максимально відкритому режимі і з урахуванням побажань і зауважень усіх зацікавлених сторін. У лютому 2009 р. почалися слухання по реформі охорона здоров'я в п'яти комітетах Конгресу, в ході яких учасникам цього процесу була надана можливість внести свої пропозиції по вдосконаленню американської системи охорони здоров'я. Влітку 2009 р. Обама зустрівся з конгресменами п'яти комітетів, в яких проходили слухання по реформі, що обговорювалась. Вони також мали можливість внести свої поправки в законопроект, після чого цей документ вийшов на завершальний етап узгодження в конгресі.

В ході його проходження через палати конгресу республіканці використали усі засоби, щоб не допустити або хоча би загальмувати прийняття даного законопроекту.

Складність процесу полягала й в тому, що серйозні розбіжності по реформі існували не лише між демократами і республіканцями, а й серед представників Демократичної партії.

Спочатку політична обстановка, незважаючи на усі дискусії, в цілому, була сприятлива для проходження проекту з причини чисельного переважання в Конгресі його прибічників. В умовах більшості демократів в обох палатах

Конгресу узгодження законопроекту представлялося чисто технічною процедурою. Проте в другій половині 2009 – початку 2010 років ситуація змінилася. Поразка демократів на виборах губернаторів в штатах Вірджинія і Нью-Джерсі, а також перемога на виборах мера Нью-Йорка незалежного кандидата М. Блумберга і обрання на місце сенатора від штату Массачусетс республіканця С. Брауна привело до зміни співвідношення сил, поставивши під загрозу подальше проходження законопроекту в Конгресі.

Прибічники реформи, втративши кваліфікована більшість в Сенаті, не могли погоджувати його остаточний варіант з Палатою представників, а республіканці отримали можливість затягувати цей процес. У нових умовах, що склалися, вони запропонували відмовитися від наявного законопроекту і знову почати обговорення реформи охорони здоров'я з чистого аркуша, проте на це не погоджувалися демократи. Для подолання цієї тупикової ситуації Обама в лютому 2010 р. скликав спеціальну конференцію (Health Care Summit), в якій взяли участь провідні конгресмени від обох партій з метою вироблення остаточного плану по реформі охорони здоров'я. Вона відбулася 25 лютого і транслювалася в прямому ефірі по телебаченню. У основу спільного плану повинні були увійти законопроекти, що вже були в Конгресі, а також передбачалося включити пропозиції республіканців. Незважаючи на деякі поступки з боку демократів, спроба виробити остаточний план реформи провалилася.

Після провалу спроби врегулювання наявних розбіжностей з ситуації, що склалася, залишалися тільки два виходи: перший полягав в тому, щоб відмовитися від ухвалення розробленого законопроекту і почати проводити через Конгрес його окремі частини, другий – прийняти більш помірковану версію Сенату, а не Палати представників. Адміністрація Обама вибрала другий варіант, який не вимагав кваліфікованої більшості при затвердженні Сенатом спільно з Палатою представників цього законопроекту, провівши його через процедуру так званого «примирення», яка раніше не раз використовувалася в

ході затвердження державного бюджету. В результаті, з мінімальною перевагою в користь прибічників реформи охорони здоров'я, цей законопроект був ухвалений.

23 березня 2010 р. Обама підписав закон «Про захист пацієнтів і доступне медичне обслуговування» (Patient Protection and Affordable Care Act) [76]. У тому ж місяці Конгрес прийняв до нього поправки, що містяться в законі «О фінансуванні охорони здоров'я і освіти» (Health Care and Education Reconciliation Act), який був підписаний президентом 30 березня 2010 р. [59]. Республіканці і виборці, що стоять за ними, не прийняли реформу і не змирилися з поразкою. Представники Республіканської партії заявили, що прийняття реформи – смертний вирок демократам, які проштовхнули її через Конгрес, не рахуючись не лише з думкою опозиції, але і з волею більшості виборців. Вони також оголосили про свою готовність використати всі можливості, щоб зупинити реформу охорони здоров'я. Це зумовило перманентні нападки супротивників реформи проти змін в системі охорони здоров'я, які здійснювались демократичною адміністрацією Обама, утворюючи, своєю чергою, відчутні політичні і психологічні передумови для стримування або навіть спроб відміни реформи наступником Обама на посаді президента – Д. Трампом.

В підсумку, можна відмітити, що у загальному плані, основні ідеї реформи охорони здоров'я були сформульовані Б. Обамою з урахуванням досвіду попередніх адміністрацій та за участі високо фахових спеціалістів та представників різних груп інтересу. Це забезпечило не тільки її сутнісний зміст, але й певний рівень підтримки як на рівні суспільства, так і прихильників реформи в Конгресі США. Попри активну протидію законопроекту Обама щодо медичної реформи з боку конгресменів-республіканців, а також консервативної частини демократів, вона отримала підтримку з боку обох палат законодавців та набула силу закону в березні 2010р. Так, закон США «Про захист пацієнтів і доступне медичне обслуговування» (Patient Protection and Affordable Care Act) став прототипом у майбутньому закону України «Про державні фінансові

гарантії медичного обслуговування населення» в 2017 р., який змінив охорону здоров'я України і дав можливість розпочати медичну реформу в нашій країні [76].

2.2. Сутнісні аспекти Obamacare

Проблеми в системі охорони здоров'я США напередодні президентських виборів 2008 р. зайняли одно з центральних місць в громадських дискусіях в американських засобах масової інформації. Згідно з результатами численних опитувань, які проводилися серед американців в той період, по думці більшості опитаних, ця тема по своїй важливості поступалася тільки війні в Іраку. Як і Білл Клінтон в ході своєї першої президентської кампанії Барак Обама оголосив реформу охорони здоров'я одним з головних напрямів своєї діяльності на посту президента США [85, с. 188].

Його програма реформ в цій сфері переслідувала наступні цілі:

- 1) поліпшити умови медичного страхування для тих, у кого страховка вже є, обмеживши «свавілля» страхових компаній;
- 2) понизити ціни на страховки, стимулюючи ринкову конкуренцію і створивши біржу для страховиків;
- 3) ввести обов'язкове медичне страхування за прикладом страхування громадянській відповідальності власників автотранспортних засобів.

Для досягнення цих цілей передбачалися наступні заходи:

- добитися збільшення числа людей, захищених державними програмами медичного страхування «MediCaid» і «MediCare», одночасно зменшивши витрати на ці дві програми [74];
- забезпечити медичне страхування дітей з незаможних сімей, які не мають доступу до сучасних медичних послуг;
- ввести жорсткіше регулювання діяльності медичних страхових компаній. Зокрема, зобов'язати їх видавати страховки по єдиній шкалі, без

урахування наявних у клієнта хвороб. Необхідність цього заходу була викликана поширеною серед страхових компаній практики відмови в страховці людям, що мають серйозні захворювання та мають потребу дорогого лікування;

- створити страхову біржу, де приватні особи і невеликі підприємства зможуть купувати медичні страховки по конкурентних цінах;

- ввести адміністративну відповідальність відносно осіб, що відмовляються придбавати медичну страховку, а також по відношенню до компаній, що відмовляються її продавати;

- заснувати спеціальні центри, де громадяни зможуть придбати страхові поліси без сприяння працедавців;

- надати податкові пільги малому бізнесу з тим, щоб спонукати підприємців купувати страховки для своїх працівників. До того часу більшість зайнятих на малих підприємствах не мали медичних страховок;

- збільшити фінансування превентивної медицини [60].

Введення в силу закону «Про доступну охорону здоров'я в Америці» (The Affordable Health Care for America Act) передбачалось бути розтягнутим у часі. Основні положення, як передбачалось, мали набути чинності лише після 2014 р., а деякі – навіть з 2018 і 2020 рр. Так, закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» мав також багатоетапне введення основних напрямків медичної реформи, починаючи з первинної ланки в 2018 році та поступовим переходом до реформування спеціалізованої медичної допомоги в Україні [76].

Згідно з цим документом, починаючи з 2010 р., страхові компанії позбавлялись права відмовляти в страховці хворим людям, а також введені обмеження на збільшення вартості страховки для людей з важкими захворюваннями. Батьки отримали можливість вписувати у свої страхові плани дітей до досягнення ними 26-річного віку, якщо вони – учні. Для людей, що не мали медичної страховки, але страждають різними захворюваннями, створювалася спеціальна програма, що мала забезпечити страховку на пільгових

умовах. Встановлювалися ліміти на вартість страховки і візити до лікаря. З 2010 р. вводились податкові пільги на підприємства малого і середнього бізнесу, які надають своїм співробітникам страховку.

У 2011 р. в систему соціального страхування «Медикер» вносились зміни. Працюючі з незаможними групами населення терапевти і педіатри отримали надбавку до зарплати, а їх пацієнти – право на щорічне проходження безкоштовної диспансеризації. На них також поширювався ряд додаткових послуг, зокрема, незаможні, які потребували постійного догляду, отримали можливість жити в спеціалізованих медичних центрах. Вводився додатковий податок на фармацевтичні компанії, який розраховувався, виходячи з їх долі на ринку. Компанії, що мали річний дохід менше 5 млн. доларів, звільнялись від виплати цього податку [44].

У 2012 р. почали діяти програми по підвищенню ефективності і контролю роботи лікарень, дитячих поліклінік, будинків престарілих. У 2013 р. передбачалося збільшення податків, що йдуть на підтримку системи «Медикер», а також введення акцизного збору у розмірі 2,9% на продаж медичного устаткування [85, с. 22]. З 2014 р. багато американців отримали можливість обміняти свої плани на нові, які мали бути економічнішими і повнішими. Великі компанії, які не надавали своїм робітникам страховки, мали штрафуватися.

У тому ж 2014 р. наявність страховки мало стати обов'язковою умовою для більшості людей, що мешкають в США. Саме остання вимога викликала найбільший опір з боку супротивників реформи, які намагалися оспорити його законність в американських судах.

У подальші роки реформа мала бути продовжена. Передбачалося підвищення вимог до страховиків і працедавців. Під загрозою штрафу вони повинні були знайти можливості надавати своїм співробітникам і клієнтам найбільш економічні плани з максимальним покриттям.

У боротьбі за прийняття реформи охорони здоров'я президентові прийшлося відмовитися від пунктів, що викликали особливо запеклий опір зі

сторони його опонентів. Зокрема, темою гострих дебатів в американському суспільстві стала пропозиція президента створити державну страхову компанію. По суті йшлося про те, що у приватних страхових компаній в США повинен був з'явитися конкурент в особі держави, яка надавала б дешеву страховку тим, хто не може дозволити собі дорогі приватні поліси. Ідея Обама була зустрінута у багнети політиками-республіканцями, страховими компаніями і лобістами. Вони заявили, що нові державні форми страхування «ведуть до соціалізму». Цей найбільш спірний пункт не потрапив в остаточний варіант реформи охорони здоров'я [85].

Іншим дискурсивним пунктом реформи, що пропонувалася Обамою, було виділення федеральних засобів на проведення операцій по перериванню вагітності. З цього питання демократи розходилися в думках: їх консервативно налагоджена частина виступила категорично проти використання федеральних засобів на ці цілі. При Джорджі Буші держава відмовлялася фінансувати роботу клінік, що роблять аборти. Президент Обама пропонував переглянути таку практику, що викликало у край різку реакцію з боку республіканців і демократів-консерваторів. Американські журналісти назвали тему абортів вбивцею реформи. Врешті-решт, Обама погодився, що державні субсидії не виділятимуться на страхові програми, які фінансують аборти. Таким чином, залишилася в силі так звана поправка Хайда, яка забороняла виділення федеральним урядом засобів на фінансування абортів і передбачала використання на ці цілі тільки позабюджетних коштів, причому у виняткових випадках, а саме – для жінок, що перебувають поза межею бідності [85, с. 39].

В цілому, реформа Обама була націлена не на перегляд існуючої в США системи охорони здоров'я, а на її вдосконалення з максимальним використанням вже наявної структури і її складових, а також вмонтування в неї деяких нових механізмів. Оскільки приватний сектор мав переважаюче значення в американській охороні здоров'я, саме ринковим інструментам відводиться важлива роль в перетворенні цієї сфери. В зв'язку з цим, одним з ключових

пунктів реформи Обама було створення бірж медичного страхування (Health Insurance Exchanges), яке планувалось на 2014 р. Їх поява була покликана створити умови для зростання конкуренції страхових компаній на ринку медичних послуг і привести до зниження цін на них. Саме до цього пункту, тобто створенню бірж було прив'язано багато інших положень реформи, які повинні були набути чинності після 2014-го.

Так, до початку реформи страховий ринок США контролювався порівняно невеликим числом компаній, які диктували умови страхування, часто зловживаючи своїм положенням і завищуючи вартість що надавалася ними послуг.

Утворення бірж медичного страхування мало бути спрямованим на припинення зловживань страхових компаній і забезпечення доступного медичного страхування для усіх американських громадян. Вони повинні були стати ринковим інститутом, який дозволив би сформувати не лише конкурентний, але і більше організований ринок, стати центром регулювання усієї системи медичного страхування і збільшити його прозорість. Функціонування бірж передбачало надання споживачам широкого вибору страхових планів, забезпечення стандартизації їх змісту і вартості, інформування населення про наявні варіанти медичного страхування [12]. Таким чином, реформа охорони здоров'я передбачала посилення регулювання приватного сектора американської охорони здоров'я і введення певних обмежень на діяльність страхових компаній.

Так, передбачалося, що біржі будуть надавати страхові плани чотирьох видів. Вони розрізнялися між собою за вартістю і об'ємом гарантованих медичних послуг. Бронзовий план мав надавати мінімальний набір послуг і компенсувати 60% витрат на лікування. Срібний план мав покривати 70% витрат, а золотий і платиновий – на 80 і 90% витрат застрахованого клієнта на медичні послуги [12].

З метою боротьби з шахрайством і зловживаннями з боку страхових компаній у сфері охорони здоров'я було розроблено ряд нових заходів. Серед

них – посилення державного контролю над страховими внесками громадян і запобігання їх надмірного зростання, заборони практики позбавлення страхового полісу в односторонньому порядку, а також включення з 2018 р. регулярних профілактичних обстежень в страхові пакети без збільшення вартості страховки і без додаткових витрат з боку пацієнтів. Зазначене, зокрема, користувалося найбільшою підтримкою в американському суспільстві і не викликало суперечливих питань.

Крім того, з 2014 р. передбачалося створення спеціального федерального агентства по контролю над страхуванням здоров'я (Health Insurance Rate Authority), яке мало здійснювати моніторинг вартості медичних страховок і зростання тарифів на послуги, що надаються у сфері охорони здоров'я. До того часу контроль над цінами на надання медичної допомоги здійснювався владою штатів, проте, на думку багатьох американців, діяльність страхових компаній вимагала пильнішої уваги і регламентації [52].

У законі про охорону здоров'я також передбачалися заходи, спрямовані на боротьбу із зловживаннями, пов'язаними з програмами «Медикер» і «Медикейд», у тому числі, створення загальнонаціональної бази даних щодо всіх порушень, допущених в цій області організаціями або окремими особами.

Закон передбачав створення науково-дослідної програми, яка повинна була розробити нові механізми надання страхових і медичних послуг, що відносилися до «Медикер» з метою зменшення витрат при одночасному підвищенні якості обслуговування. Проте ці положення не набули остаточної конкретизації, що зменшило їх цінність в загальній системі передбачених змін. Спроби скоротити витрати на цю програму здійснювалися неодноразово, однак не давали суттєвих результатів.

Важливими пунктами закону передбачалось підвищення податків, які мали відраховуватися до фонду «MediCare», для заможних громадян з доходами понад 250 тис. дол. в рік і за рахунок цього розширення програми «MediCaid». З 2014 р. передбачалося введення єдиного федерального рівня доходу для сімей, які могли

претендувати на отримання медичної допомоги за програмою «MediCaid», який повинен скласти 133% від рівня бідності для сім'ї з чотирьох чоловік [22].

Вимога про введення загального обов'язкового страхування в США стало самим спірним серед основних положень закону про охорону здоров'я.

Саме положення «бери участь або плати» (play or pay requirement) мало забезпечити обов'язковість медичного страхування. Ті, хто міг, але відмовлявся придбавати медичну страховку, зобов'язувались платити штраф, річна сума якого мала збільшуватись з 495 дол. в 2014-2015 рр. до 750 дол. в 2016 р. з подальшим зростанням з урахуванням інфляції. Особи з низькими доходами водночас звільнялися від сплати штрафу [46].

Ті ж правила поширювалися і на компанії, власники яких, у разі відмови від медичного страхування своїх працівників, повинні були виплатити штраф. Компанії з числом зайнятих більше 50 чоловік у випадку відмови від купівлі страховки для своїх працівників повинні платити штраф, розмір якого складав 3 тис. на кожного працівника. Власники компаній з числом зайнятих менше 50 осіб звільнялися від сплати штрафу на перші 30 осіб, працюючих в цій компанії.

Таким чином, розширення доступу американців до медичного страхування мав досягатися шляхом зниження вартості страхування завдяки створенню біржі, а також надання пільг і субсидій представникам малого бізнесу і людям з низькими доходами. Громадяни, що могли самостійно купити страховку, включаючи представників дрібного бізнесу, з 2014 р. могли розраховувати на державну допомогу в тому випадку, якщо вони отримують низькі доходи і не можуть дозволити собі купівлю медичної страховки. Ця допомога мала здійснюватися шляхом надання субсидій у формі податкових кредитів, розмір яких мав залежати від доходів його одержувача.

2.3. Наслідки медичної реформи Obamacare.

Акт під назвою Реформа охорони здоров'я та захисту пацієнтів у США, прийнятий у 2010 році за ініціативи президента Барака Обами, визначає сучасне становище системи медичного страхування в США. Він також називається Affordable Care Act або ObamaCare. Основна мета цієї реформи полягає в забезпеченні доступності медичного страхування для всіх американців, оскільки значна кількість людей в країні не має страховки. З цією метою, страхові компанії тепер мають видавати страховку навіть людям з такими хронічними захворюваннями, як СНІД чи онкологія. Одним з основних аспектів цієї реформи є створення страхових бірж, де будуть пропонуватися різні типи медичного страхування з великою кількістю субсидій як для роботодавців, так і для низькодоходних працівників. Варто відмітити, що ця реформа впроваджується етапами - деякі положення набули чинності одразу після прийняття конгресом, а решта будуть впроваджені протягом наступних років, кінцеві положення, зокрема, наберуть чинності лише у 2020 році. Ця реформа є найбільш масштабною в медичному страхуванні та в сфері медицини в США, що відбувається з 1960-х років [76].

Американська система охорони здоров'я суттєво відрізняється від тієї, до якої звикли українці та більшість європейців. США посідають одне з перших місць у світі за обсягом витрачених коштів на медицину (1 млрд дол. у 2016 році) та мають високу якість медичних послуг для збереження здоров'я населення [43]. У США до 2010 року не існувало закону, який зобов'язував би кожного громадянина мати медичну страховку. Така нетипова для розвинених країн ситуація передбачала, що громадянин або платить значні суми за разові відвідування лікувальних закладів та отримані медичні послуги, або купує медичну страховку, якщо її не надає роботодавець з власної ініціативи. Ще за часів президенства Ліндона Джонсона у 1965 році набули чинності дві програми, спрямовані на надання медичної допомоги малозабезпеченим верствам населення й особам похилого віку — Medicaid і Medicare, які все одно не

покривали їх витрат на медичні послуги, оскільки більше половини лікувальних закладів у США приватні. Частка державних клінік та лікарень — трохи більше 20% [74].

Аби полегшити громадянам доступ до страхування, було створено цілий ряд нових дешевших полісів. Також полегшився процес вибору та придбання страховки на державному сайті [41].

З'явилися нові вимоги до роботодавців: тепер вони мають покривати більший відсоток витрат на страхування своїх працівників.

Аби зменшити витрати на медицину, змінюється сама філософія оплати за послуги. Тепер більше уваги приділятиметься не самому лікуванню, а його результатам. Створюється система обліку шляхом обов'язкового використання електронної історії хвороби та відстеження результатів лікування у відповідних базах даних. Певні ускладнення (наприклад, нагноєння операційної рани) не покриватимуться страховкою та стануть фінансовою відповідальністю лікарень. Чудовим прикладом способу оцінки результатів лікування є електронна система PROMIS, створена Національним Інститутом Здоров'я [49, с. 39].

Основними мотивами, які змусили Барака Обаму прийняти рішення про впровадження радикальних заходів, була велика кількість американців без медичного страхування. Станом на 2006 рік, близько 47 мільйонів людей, тобто понад 14% населення, не мали доступу до медичного страхування, з яких 38 мільйонів склали працездатні дорослі, а 37% незастрахованих осіб мали річний дохід більше 50 000 доларів. В порівнянні з ФРН, де у 2010 році лише близько 200 тисяч людей (0,2% населення) були без медичного страхування, в США цей показник становив 14,6%. При цьому програми Medicaid і Medicare, які спрямовані на надання медичної допомоги, вимагають все більшого фінансування і є однією з причин гострого бюджетного дефіциту [75]. За допомогою штрафів планується скоротити дефіцит та розширити програми. В США близько 85% населення має медичне страхування, з яких 64% отримали його від своїх роботодавців, 9% придбали його самостійно, а 27% отримують

медичне страхування через державні програми, такі як Medicaid і Medicare. У США існують приватні (з комерційною метою та неприбуткові) та державні лікарні. Однак, у ФРН приватні лікарні складають приблизно 20%, державні або муніципальні лікарні - 40%, а церковні - 40%. У США більшість лікарень належать неприбутковим приватним організаціям, які засновані різними релігійними чи етнічними спільнотами. Вони не надають безоплатні послуги, але всі прибутки, зароблені цими лікарнями, спрямовуються на їх розвиток, що покращує якість медичної допомоги [74].

У 2012 році США виділили 2,8 трлн доларів, або 17% від національного ВВП, на охорону здоров'я – це найбільша сума серед усіх країн світу. Проте близько 15% американців не мають фінансового захисту від великих медичних витрат через відсутність страхових медичних полісів. На кожного середнього американця витрачається 7,4 тисячі доларів на рік для отримання медичної допомоги (дані за 2007 рік), тоді як у ФРН ця сума складає близько 3,5 тисячі євро. На відміну від ФРН, в США не існує чіткої фіксованої суми, яку обов'язково сплачують всі працівники, і не сплачуються ці внески державі службовцями з їх зарплати. У ФРН зарплата службовців визначається на рівні 4 тисяч євро на місяць, і якщо зарплата вище, то сплачується все одно з розрахунку 4 тисяч євро. Система охорони здоров'я в США відрізняється від системи в ФРН і є більш гнучкою. Кожен працівник або роботодавець самостійно обирає страховку, яка може бути незалежною від зарплати і залежить від доступних послуг та локацій, де ці послуги можуть бути надані, а також від страхового покриття, що надається страховою компанією. Зазвичай, чим більші страхові внески, тим вищий буде відсоток компанії, що покривається. Однак, в США практично не існує таких страховок, які повністю покрили б всі витрати. Медичне страхування "все включено" доступне головним чином багатим особам. Загалом, в США існує багато різних варіантів медичного страхування, що дає можливість системі бути гнучкою.

Приватне медичне страхування є фундаментальною складовою системи медичного страхування у Сполучених Штатах. До 2014 року в США не існувало обов'язкового медичного страхування, і не було національних страхових кас. Хоча формально обов'язкового загального медичного страхування в США немає (це термін не використовується в законі про медичне страхування, прийнятому під час президентства Б. Обама в 2010 році), проте цей закон фактично встановив вимоги, які зобов'язують майже кожного американця мати медичне страхування. У відмінність від ФРН, де практично кожна людина обов'язково отримує медичне страхування при початку роботи, в США така обов'язковість не існує, і після запровадження реформи Б. Обама більше 40 мільйонів американців залишалися без медичного страхування. На сьогоднішній день, у США є можливість працювати без медичного страхування, але ті, хто не має страховки, зобов'язані платити штраф. Розмір цього штрафу складає \$2 тис. на рік за кожного працівника. Зауважимо, що середня вартість медичної страховки на одного працівника щорічно становить близько \$4 тис., а на сім'ю з чотирьох чоловік - \$11 тис. [79].

Система медичного страхування в США хоча має деякі недоліки, взагалі є дуже гнучкою, що є найбільш вагомою перевагою порівняно з більш фіксованими системами інших країн. Згідно зі звітом ВООЗ 2012 року, США посідають перше місце в світовому рейтингу найбільш стабільних систем охорони здоров'я, здатних швидко реагувати на умови, що змінюються [61].

Медична реформа, запроваджена президентом Обамою у 2010 році, мала головною метою зробити медичне страхування обов'язковим для всіх громадян Сполучених Штатів. Незважаючи на те, що саме ця вимога не була прямо прописана в тексті Акту, були вжиті заходи, щоб досягти цієї мети. Внаслідок цієї реформи, дефіцит у бюджеті державних медичних програм суттєво зменшився. Додатково, сім'ям із низьким достатком надається фінансова підтримка для оплати медичного страхування. Згідно з Актом Обама, починаючи

з 1 січня 2014 року, ті, хто не має медичного страхування, зобов'язані сплачувати штраф, розмір якого з кожним роком збільшується пропорційно.

Таким чином, закон США «Про захист пацієнтів і доступність медичної допомоги», відомий як Obamacare, по суті докорінно переформатував систему надання медичних послуг у країні, і зокрема за рахунок поширення системи страхових послуг та посилення державного регулювання у цій сфері. За декілька років завдяки реформі вдалося домогтися суттєвих змін: кількість незастрахованих зменшилася майже наполовину – із 16 до 8,9% (станом на перше півріччя 2016 року). Так, Українська реформа ОЗ має подібний напрямок реформування, також кількість пацієнтів які підписали декларації з лікарем за 5 років досяг 85%. ОЗ України потрібно введення більшої кількості індикаторів якості, контроль профілактичних скринінгових оглядів та стимулювання лікарів до проведення таких скринінгів.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ДОСВІДУ РЕФОРМУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ США ДЛЯ УКРАЇНИ

3.1. Адаптація досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США для України

Основною метою адаптації чинного законодавства в сфері медичного обслуговування населення в Україні є поліпшення регуляції суспільних відносин. Це означає, що необхідно вдосконалити систему, щоб забезпечити якісне та ефективне медичне обслуговування громадян.

Медичне обслуговування населення є відкритою системою публічного адміністрування, що є під впливом різноманітних факторів зовнішнього середовища. Однак, військове медичне обслуговування має обмежений інформаційний досвід.

У контексті глобалізації та економічної інтеграції в медичній сфері, спостерігається формування міжнародних економічних союзів між країнами, які включають у свою діяльність шляхи співробітництва з урахуванням державної влади.

З іншого – дієвість застосування публічного адміністрування економіки України та її галузей, включаючи охорону здоров'я та медичне обслуговування населення, на пряму залежить від рівня розвитку цієї сфери. Це означає, що успішне управління медичним обслуговуванням населення потребує комбінації традиційних підходів та нових тенденцій [53]. Як приклад, медичний туризм у країні з більш розвинутою системою медичного обслуговування як відбувається за домовленістю (поранені військові під час війни у США), чи самостійно – народження дитини у США.

При розробці публічного адміністрування в медичній сфері необхідно враховувати передовий досвід країн Європи та США щодо загального публічного адміністрування. Одночасно, при реалізації публічного адміністрування у цій області важливо врахувати рівень соціально-економічного розвитку країни, національні традиції та відповідний досвід, який був застосований у сфері адміністрування медичних послуг відповідно до контексту досліджуваної держави.

Важливо підкреслити, що в сфері медичного обслуговування населення ефективність може бути досягнута, якщо використовувати передовий зарубіжний досвід та міжнародні методи. Зосередження на суспільно відповідальному керівництві та використанні всіх наявних ресурсів грають важливу роль у забезпеченні якісного, своєчасного та ефективного медичного обслуговування населення. Ця спільна діяльність базуватиметься на принципах справедливості, активної участі громадськості та співдружності. Вона також допоможе забезпечити захист населення від глобальних наслідків різних захворювань та забезпечити прозору відповідальність за невиконання професійних обов'язків. Крім того, цей підхід дозволить краще відповідати на нагальні потреби і запити населення.

Адаптація досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США для України може бути важливим кроком у поліпшенні системи охорони здоров'я країни. Як мінімум, можна перейти від медичного туризму в США, до медичного туризму в Україну.

Ось деякі ключові елементи, які можна взяти до уваги при адаптації:

– Законодавчі зміни. Україна може вивчити законодавчий засіб США, такий як Закон про доступну охорону здоров'я (Affordable Care Act), для розробки відповідного законодавства. Це включатиме запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, забезпечення регулюється ринком страхування з конкурентними цінами, і покращення доступності медичних послуг для населення. Необхідно зазначити, що дана ініціатива

припинила можливість страхових компаній встановлювати максимальні обмеження на покриття страховкою на рік або пожиттєво. Крім того, тепер діти можуть залишатись на батьківських полісах страхування до 26 років, і варіація цін на страховки була обмежена. Раніше, ціни на страховки могли залежати від попередніх проблем зі здоров'ям, наявності насильства в сім'ї або спадковості, проте цей законопроект це змінив. Крім того, були встановлені обмеження на додаткову оплату пацієнтами медичних послуг, якщо вони мають страховку. Це означає, що не всі страховки повністю покривають вартість медичних процедур. Законопроект також наклав обов'язок на страхові компанії витратити 80-85% страхових внесків від пацієнтів на медичні послуги, що фактично обмежує їх зможу отримувати занадто великі прибутки. Проект закону передбачає, що лікарні будуть об'єднуватися в мережі, а страхові компанії будуть вимагати від пацієнтів обслуговуватися тільки у цих мережах медичних закладів. У випадку, якщо житель США не може оформити приватну страховку і не має державного страхування, він зобов'язаний оплачувати лікування за власний рахунок (11,1% витрат на медицину). Існує два варіанти для цього: 1) роботодавець виділяє частину зарплати працівника, яку можна витратити лише на медичні послуги. Ці кошти не зберігаються на окремому рахунку, але працівник може звернутися до роботодавця для отримання компенсації відповідно до контракту. Сума не підлягає оподаткуванню і не отримує банківських відсотків, але вона згорає наприкінці року (такі програми називаються "Flexible spending accounts"); 2) на окремий банківський рахунок роботодавець також перераховує частину зарплати працівника. Однак, загальна сума заробітку зараховується на цей рахунок разом з відсотками, і цю суму можна використовувати протягом певного періоду. Ця можливість надається зазвичай тим, у кого особисте медичне страхування не покриває всіх витрат на лікування, і пацієнт змушений самостійно сплачувати частину вартості. Найчастіше такі рахунки використовують люди зі складними хронічними захворюваннями, які не підлягають страхуванню. Такі програми називаються "рахунки для збереження здоров'я" (Health savings accounts).

– Інвестиції в інфраструктуру. Прийнятий підхід США щодо реформування медичної системи передбачає значні інвестиції в медичну інфраструктуру. Україна може взяти на озброєння цей підхід і залучити фінансування для покращення обладнання, будівництва нових лікарень та клінік та підвищення кваліфікації медичних працівників.

– Цифрові інновації. У США широко використовується електронна медична документація та інші цифрові інструменти для поліпшення ефективності і точності надання послуг. Україна може впровадити подібні технології, щоб полегшити доступ до медичної інформації, спростити адміністративні процедури та підвищити якість надання медичних послуг.

– Оцінка результатів. Важливим аспектом адаптації досвіду США є систематична оцінка результатів. Україна може сприяти розвитку і впровадженню ефективних механізмів моніторингу та оцінки, щоб відзначити, що реформи медичної сфери приносять очікувані результати.

– Забезпечення захисту прав пацієнтів. Медична реформа повинна гарантувати захист прав пацієнтів і забезпечувати дотримання медичних стандартів. Україні слід взяти на увагу правові та інституційні заходи, які в США створено за часів президентства Барака Обами.

Досвід реформування медичної сфери США для України може бути корисним, але потребує врахування специфіки української системи охорони здоров'я та особливостей нашої країни. Ось кілька можливих кроків, які можуть бути вжиті для адаптації досвіду США:

1. Встановлення системи обов'язкового медичного страхування: реформування медичної сфери України може початися з впровадження системи обов'язкового медичного страхування, яка багато років працює в США. Це дозволить збільшити доступність медичних послуг і забезпечити фінансування системи. Можна провести пілотний проект в одній із областей України з метою оцінки спроможності реформи, як це було зроблено в штаті Массачусетс перед прийняттям реформи Obamacare [25].

2. Розвиток приватного сектору: у США приватні клініки та лікарні грають важливу роль у наданні медичних послуг. Україні слід сприяти розвитку приватного сектору, залученню інвестицій та партнерства з приватними компаніями для поліпшення доступності та якості медичної допомоги. Сьогодні в Україні також залучені приватні медичні заклади до співпраці з Національною служби здоров'я України (які отримують кошти за лікування пацієнта від держави), але кількість їх на жаль менше 5% від усіх надавачів медичних послуг.

3. Регулювання цін на ліки і медичні послуги: у США ціни на ліки та медичні послуги часто є високими. Україні слід встановити ефективну систему регулювання цін, щоб забезпечити доступність медичної допомоги для всіх громадян.

4. Розвиток інформаційних технологій: США активно використовують інформаційні технології в медичній сфері, наприклад, електронні медичні записи та телемедицина. Україні слід сприяти впровадженню цих технологій для поліпшення доступності та якості медичної допомоги.

5. Покращення навчання та розвитку медичного персоналу: США мають одну з найрозвинутіших систем післядипломної освіти для медичного персоналу. Україні слід розвивати систему післядипломної освіти та підвищувати кваліфікацію медичних працівників.

Ці кроки можуть сприяти адаптації досвіду реформування медичної сфери США для України. Проте, важливо враховувати контекст української системи охорони здоров'я та знайти рішення. Основні проблеми, з якими зіштовхнулася українська система охорони здоров'я, включають недостатнє фінансування, знецінення професії лікаря, недостатню кількість медичних працівників, корупцію та непрозорість у процесі надання медичних послуг. Ті рішення, які були виведенні при більш детальному дослідженні за допомогою фокус-групи, показали, що все це потребує системної співпраці всіх зацікавлених сторін, включаючи уряд, медичні заклади, медичних працівників, пацієнтів та

громадські організації. Тільки шляхом спільних зусиль можна отримати певні результати (Додаток Б).

Фокус-група в медичній реформі часто використовується як інструмент для збору даних та отримання відгуків від різних груп людей (пацієнтів, лікарів, медичних працівників тощо) щодо питань, пов'язаних з організацією та функціонуванням медичної системи. Це може включати оцінку якості медичних послуг, аналіз проблем та викликів, з якими стикаються в даній галузі, і пошук шляхів покращення. Цей метод дозволяє отримати більш детальну інформацію, яка може бути використана при плануванні та впровадженні політик та реформ у медичній сфері. Проте, потрібно мати на увазі, що медична реформа є широкою темою, і в рамках фокус-групи можуть бути розглянуті різні аспекти цієї реформи, такі як політичні, економічні, соціокультурні та інші.

Таким чином за допомогою фокус-групи були зібрані дані, які показують перспективність введення досвіду США в медичній реформі для України. На зустрічі фокус-групи виносились такі питання:

- Які позитивні зрушення в медичній сфері в США були досягнуті завдяки реформі публічного адміністрування?
- Які негативні наслідки виникли в результаті реформи?
- Які конкретні елементи американської моделі адміністрування можуть бути корисними для України?
- Які можливості існують для адаптації досвіду США в умовах України?
- Які потенційні переваги та недоліки можуть виникнути внаслідок реформи?
- Які рекомендації мають учасники фокус групи для впровадження подібної реформи в Україні?

Серед присутніх учасників були лікарі, які були в США та мали змогу ознайомитись більш детально з реформою Obamacare в дії. Також був запрошений експерт, який працює директором медичних клінік в США і може

об'єктивно оцінити реформу Obamacare. В фокус-групі були розглянуті етапи впровадження медичної реформи Obamacare в клініках США; результати реформи, які показали що медична допомога стала більш доступною для менш захищених верств населення; про спрощену систему співпраці зі страховими компаніями як з надавачами медичних послуг, так і з отримувачами медичних послуг; про захищеність електронної медичної системи та єдину базу даних всіх пацієнтів США. Також акцентували увагу на те, що одним із недоліків були високі витрати на охорону здоров'я: система медичного страхування в США є однією з найдорожчих у світі. Велика частина витрат пов'язана з адміністративною діяльністю, рекламою та прибутками страхових компаній. Також іноді зустрічаються в США недобросовісні провайдери, які можуть надавати надмірні послуги, збільшуючи витрати.

Виходячи з вище зазначених питань, обговорили і можливості адаптації досвіду США в умовах України. В США існує широке впровадження електронних медичних записів, що сприяє поліпшенню доступу до медичної інформації, координації догляду і збереженню медичних даних, захищеність пацієнтів в електронній системі. В Україні також можна вдосконалити існуючу систему електронного здоров'я, що допоможе зручно вести облік пацієнтів та поліпшити координацію догляду. Для цього необхідно впровадити єдину базу електронної системи охорони здоров'я, об'єднавши всі існуючі медичні інформаційні системи в одну, контроль за якою буде покладено на Національну службу здоров'я України.

3.2. Інструменти та методи застосування досвіду реформування публічного адміністрування медичної сфери США в Україні.

Досвід реформування публічного адміністрування медичної сфери США може бути корисним для України в контексті поліпшення організації та

ефективності медичного обслуговування. Основні методи та інструменти, які можуть бути застосовані в Україні, включають:

1. Розроблення стратегічних планів та програм. У США широко використовуються стратегічні плани та програми для керування медичною сферою. Україна також може розробити свої плани, спрямовані на поліпшення доступності та якості медичних послуг, а також на забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я.

Розроблення стратегічних планів та програм є важливим етапом у керуванні медичною сферою. Ці документи визначають основні цілі, завдання та напрямки розвитку системи охорони здоров'я, а також конкретні заходи, які необхідно вжити для досягнення цих цілей. США є прикладом країни, де стратегічні плани та програми широко використовуються у медичній сфері.

Наприклад, уряд США розробив стратегічний план на 2020-2025 роки для покращення якості та доступності медичних послуг для всіх громадян країни. Цей план включає в себе такі заходи, як підвищення доступності до медичного страхування, поліпшення якості медичних послуг та зменшення витрат на охорону здоров'я. Україна також може розробити свої стратегічні плани і програми для медичної сфери. Одна з головних проблем української системи охорони здоров'я - це недоступність та низька якість медичних послуг; відсутність контролю за дотриманням протоколів лікування деякими лікарями; корупція в медичній сфері України (особливо в закладах спеціалізованої медичної допомоги) тощо.

Розроблення стратегічного плану може допомогти вирішити ці проблеми шляхом визначення конкретних завдань та заходів для поліпшення доступності та якості медичних послуг. Окрім цього, стратегічні плани можуть спрямовуватися на забезпечення фінансової стабільності системи охорони здоров'я. Україна потребує стабільного фінансування медичної сфери, щоб забезпечити якісні послуги для своїх громадян. Розробка стратегічного плану може включати в себе такі заходи, як збільшення бюджетного фінансування,

впровадження системи соціального медичного страхування та ефективне використання ресурсів [30].

Розроблення стратегічних планів та програм є важливим кроком у поліпшенні медичної сфери. Вони допомагають визначити пріоритети, цілі та шляхи розвитку системи охорони здоров'я, що дозволяє ефективно керувати його розвитком у відповідності до потреб суспільства. Україна має потенціал для розробки власних стратегічних планів та програм, які визначають перспективні напрямки розвитку медичної сфери.

2. Впровадження електронних систем управління медичними даними. В США широко використовуються електронні системи управління медичними даними, що дозволяють ефективно збирати, обробляти та аналізувати інформацію про пацієнтів та медичні послуги. Україна також може удосконалити існуючі системи, що допоможе поліпшити координацію та моніторинг медичного обслуговування. Удосконалення електронних систем управління медичними даними в Україні може мати кілька важливих переваг. По-перше, це сприятиме покращенню ефективності роботи медичних закладів шляхом автоматизації багатьох процесів, що дозволить зменшити час, витрачений на рутинні завдання та покращити якість надання медичних послуг.

Крім того, електронні системи управління медичними даними можуть сприяти поліпшенню координації медичного обслуговування. Завдяки цим системам, лікарі зможуть швидко та легко отримувати доступ до даних пацієнтів, в тому числі до їх медичної історії та результатів обстежень. Це допоможе уникнути дублювання діагностики і лікування, а також забезпечити поточний моніторинг стану пацієнтів. Окрім того, електронні системи управління медичними даними можуть поліпшити доступ до медичної інформації для пацієнтів. Сьогодні в Україні існує більше 100 медичних інформаційних систем, які іноді ускладнюють доступ до медичної інформації при переході під час лікування пацієнта з однієї лікарні в іншу. Тому, за досвідом США, краще об'єднати всі існуючі медичні інформаційні системи в Україні в єдину і

управління покласти на Національну службу здоров'я України. Це зробить легшим отримання результатів аналізів, отримання консультації віддалено, що особливо важливо в умовах війни для пацієнтів, які проживають віддалено від свого сімейного лікаря. Проте, впровадження електронних систем управління медичними даними також повинне враховувати деякі виклики та обмеження. Наприклад, необхідно забезпечити конфіденційність та безпеку зберігання та обробки медичних даних, а також забезпечити навчання медичних працівників щодо використання цих систем.

Отже, удосконалення електронних систем управління медичними даними може стати важливим кроком у покращенні медичного обслуговування в Україні. Важливо розробити належні стратегії та забезпечити необхідну підтримку для реалізації цих систем, зокрема навчання медичних працівників та забезпечення конфіденційності медичних даних.

3. Розвиток системи контролю якості медичних послуг. У США національний комітет з контролю якості забезпечує моніторинг та оцінку якості медичних послуг. Україна може створити подібну систему, яка буде відповідальна за оцінку та контроль якості медичних послуг у країні. Створення системи контролю якості медичних послуг в Україні може мати декілька важливих переваг:

- Покращення якості медичних послуг: шляхом систематичного моніторингу та оцінки якості, подібна система може допомогти у виявленні слабких місць та недоліків у наданні медичної допомоги та дозволити розробити та впровадити відповідні заходи для покращення якості медичних послуг.

- Забезпечення безпеки пацієнтів: система контролю якості допоможе виявляти та запобігати випадкам медичних помилок та недосконалостей, що може забезпечити більш безпечне оточення для пацієнтів.

- Підвищення довіри до медичної системи: наявність системи контролю якості дозволить пацієнтам бути впевненими у наданні якісних та безпечних медичних послуг, що підвищить довіру до системи.

- Стимулювання розвитку медичної сфери: введення системи контролю якості може спонукати медичні установи до здійснення покращень у своїх процедурах та стандартах надання послуг, що нарешті призведе до підвищення конкурентоспроможності системи в цілому.

Проте, перед створенням подібної системи, важливо врахувати кілька факторів:

- Фінансові ресурси: система контролю якості вимагає значних фінансових зусиль, щоб забезпечити необхідні ресурси для моніторингу, оцінки і розробки заходів з покращення якості. Важливо знайти ефективний спосіб фінансування такої системи.

- Інфраструктура: для успішного функціонування системи контролю якості потрібна витримана інфраструктура, зокрема наявність надійних баз даних, кваліфікованих фахівців та інформаційних технологій.

- Регуляторний каркас: чітка регуляторна база і нормативно-правовий механізм дозволить ефективно впроваджувати систему контролю якості та забезпечити відповідність сектору охорони здоров'я усіма необхідними вимогами.

4. Реформа системи фінансування медичної сфери. У США фінансування медичної сфери здійснюється за допомогою комбінації публічних та приватних ресурсів. Україна може розглянути можливість розширення ролі приватного сектору в сфері медичного обслуговування. Розширення ролі приватного сектору в медичній сфері може мати декілька переваг для України.

По-перше, це може сприяти збільшенню доступності та якості медичних послуг. Приватні лікарні та клініки часто мають більш сучасне обладнання та технології, що дозволяє їм надавати більш ефективну та швидку допомогу пацієнтам.

По-друге, розвиток приватного медичного сектору може залучити більше інвестицій у цю галузь. Це може сприяти модернізації медичної інфраструктури,

спорядження лікарень та клінік новим технологічним обладнанням та підвищенню кваліфікації медичного персоналу [75].

По-третє, розширення ролі приватного сектору може допомогти зменшити навантаження на державний бюджет у сфері медичного фінансування. Держава може перерозподілити частину фінансування на приватний сектор та зосередитися на забезпеченні соціального захисту для тих, хто не має можливості користуватися приватними медичними послугами.

Однак, при реформі системи фінансування медичної сфери необхідно враховувати деякі ризики. Наприклад, може збільшитися відставання рівня медичного обслуговування між різними соціальними групами. Також, існує ймовірність підвищення вартості медичних послуг, що може ускладнити доступність для певних груп населення.

Отже, розширення ролі приватного сектору в сфері медичного обслуговування потребує ретельного планування та контролю з боку держави, щоб забезпечити збалансований розвиток системи з урахуванням потреб усього населення. Також, залучення більшої частини приватного сектору до надання медичної допомоги населенню (особливо по програмі медичних гарантій в Україні, за які може сплачувати держава або страхові компанії) приведе до підвищення конкурентоспроможності державних медичних закладів, які також будуть покращувати свою матеріально-технічну базу, ефективність роботи та стануть більш пацієнтоорієнтовними.

5. Законодавчі зміни: Україна може прийняти нові закони та політики, які сприяють реформуванню медичної системи. Наприклад, створення законів, що регулюють провайдерську конкуренцію, розширення можливостей для приватних медичних закладів та впровадження страхових систем. Створення законів, що регулюють провайдерську конкуренцію, дозволить збільшити кількість медичних закладів і послуг, доступних для населення. За рахунок конкуренції між провайдерами, які надають якісні послуги за конкурентними цінами, пацієнти матимуть більше вибору і можуть отримувати якіснішу

медичну допомогу. Розширення можливостей для приватних медичних закладів також може покращити доступ до найсучаснішого медичного обладнання та технологій, а також збільшити кількість медичних спеціалістів, що пропонують свої послуги в Україні. Впровадження страхових систем також може сприяти реформуванню медичної системи.

Таким чином, вище перелічені інструменти та методи дозволять пацієнтам мати доступ до широкого спектру послуг і забезпечувати фінансову стабільність медичним закладам. Це може вплинути на покращення якості медичної допомоги та стимулювати лікарів до професійного розвитку та надання якісних послуг, стати більш пацієнторієнтовними. Загалом, прийняття законодавчих змін, спрямованих на реформу медичної системи, може покращити якість медичних послуг, забезпечити більше можливостей для пацієнтів та допомогти вирішити проблеми, з якими стикається медична система України.

3.3. Рекомендації щодо реформування публічного адміністрування медичної сфери в Україні.

Україна продовжує проводити реформи в галузі медичного обслуговування населення та охорони здоров'я. Ці реформи базуються на Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я у період з 2015 по 2025 роки. Ця стратегія є частиною Національного плану дій з реформування, який був оголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 р. №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку» та урядом України на основі програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої постановою Верховної Ради України від 11 грудня 2014 р. № 26-VIII.

Пандемічна ситуація, пов'язана з COVID-19, та війна в Україні стали перешкодою для успішного впровадження реформ. Багато медичних закладів виявилися недостатньо підготовленими для ефективної роботи в таких складних умовах. Недостатнє фінансування, нестача кадрових ресурсів та необхідної

технічної бази стали проблемами, що вплинули на якість та ефективність медичної діяльності під час пандемії та воєнного конфлікту [76].

Публічне адміністрування у сфері медичного обслуговування населення України повинне проводити дієві заходи, які відповідають «Стратегії сталого розвитку «Україна – 2025» і спрямовані на реформування системи медичного обслуговування з фокусом на потреби пацієнтів. Ця реформа має ставити за мету забезпечення всіх громадян України якісними медичними послугами на рівні, що відповідає європейським стандартам.

Сучасне вдосконалення системи медичного обслуговування населення в Україні відповідає положенням програми Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2025». Основними напрямками цієї стратегії є збільшення особистої відповідальності громадян за своє здоров'я, забезпечення вільного вибору якісних постачальників медичних послуг, надання цільової допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення та створення сприятливого бізнес-середовища на ринку охорони здоров'я. Одночасно, цей процес повинен взаємодіяти з децентралізацією, розширенням повноважень та відповідальності місцевих громад у вирішенні питань медичного обслуговування населення, реформуванням публічного адміністрування в цій сфері, а також змінами в місцевому самоврядуванні та організації влади в Україні.

Для досягнення встановлених цілей та стратегічних напрямків щодо підвищення ефективності публічного адміністрування у галузі медичного обслуговування населення необхідно вдосконалювати його на всіх рівнях надання допомоги, починаючи з невідкладної, первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Здоров'я українського населення погано впливає на велику кількість хронічних та соціально небезпечних захворювань. В країні відзначається невисока середня тривалість життя, висока смертність та інвалідизація. Це пов'язано з проблемами забрудненого навколишнього середовища,

небезпечними умовами праці, поширенням інфекційних та паразитарних захворювань, кризою у медичній сфері, недостатнім контролем якості та вживанням лікарських препаратів та біологічно активних домішок, тютюнопалінням і неповний календар щеплень від вакцинокерованих хвороб.

Відсутність належного моніторингу за станом генофонду, рівнем популяційного імунітету населення та циркуляцією збудників інфекційних хвороб ускладнює розв'язання проблем у сфері медичного обслуговування населення. Сучасна система медичного обслуговування населення в Україні більше зосереджена на лікуванні ніж на профілактиці захворювань та пропаганді здорового способу життя. Як наслідок, протягом останніх п'яти років захворюваність і смертність зросли.

Варто звернути увагу на те, що в Україні медичне обслуговування населення має один з найнижчих рівнів в Європейському регіоні, а також є другою за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення). За останні 20 років цей показник збільшився на 12,7%, тоді як в Європейському Союзі він знизився на 6,7% [82].

Один із основних факторів, що призводить до погіршення стану медичного обслуговування населення, полягає в недостатньому рівні економічного розвитку в країні.

Сьогодні Україні заважають різноманітні помилки в організаційній, правовій, фінансовій, управлінській, економічній, структурній, кадровій, інформаційній та інших сферах, через які не вдається повною мірою використовувати потенціал українського людського капіталу. Навіть при великому витраті українцями на медичне обслуговування, ефективність цієї сфери залишається невисокою. Крім того, є значна невідповідність між обіцянками держави та її реальною здатністю їх виконати.

У сучасних умовах зростає тривожна ситуація у медичній системі обслуговування населення. Це пояснюється двома факторами: швидким старінням населення та різким зменшенням кількості медичного персоналу.

Зменшення кількості медичних працівників є результатом різних причин, таких як смертність, недостатнє фінансове забезпечення та міграція за кордон.

Невдача системи охорони здоров'я України стоїть на архаїчному стані медичних закладів, які насправді не зосереджені на потребах пацієнтів та не завжди можуть надавати якісні та результативні послуги.

Основними причинами, які характеризують поточну модель медичного обслуговування населення і заважають отриманню якісних і доступних послуг в цій сфері, є неефективність і застарілість таких показників:

- системи управління в сфері медичного обслуговування населення є бюрократизованою та недостатньо адаптованою до швидко змінюючихся потреб людини і суспільства. Вона не враховує ризики і не використовує потенційні можливості;

- організаційно-правова база сфери медичного обслуговування населення в Україні потребує оновлення, оскільки вона не в повній мірі відповідає сучасним світовим тенденціям у функціонуванні та розвитку такої сфери;

- система фінансування в галузі медичного обслуговування населення та окремих медичних закладів, яка спрямована на підтримку недієвої структури замість досягнення позитивних результатів, не забезпечує захист громадян від фінансових ризиків, пов'язаних з хворобами;

- переструктурування сфери медичного обслуговування населення в Україні є необхідним, оскільки вона характеризується нерівномірним розвитком різних складових. На сьогоднішній день, затратні медичні втручання домінують у системі, в той час, як профілактика та зміцнення здоров'я є слабкими та недостатньо розвинутими елементами;

- системи кадрового забезпечення, які не відповідають потребам галузі щодо адекватного відновлення та підвищення кадрового потенціалу у сфері медичного обслуговування населення, у його кількісному і якісному аспектах є недостатніми;

- інформаційно-аналітичне забезпечення, яке досі ґрунтується на паперовому медико-статистичному обліку та звітності і перешкоджає впровадженню ефективного оперативного управління та стратегічного планування;
- розробка ефективних механізмів міжрегіональної координації та взаємодії між секторами здоров'я ініційована через недостатньо розвинуту інституціональну і функціональну структуру системи громадської охорони здоров'я;
- система науково-методичного забезпечення діяльності та розвитку системи медичного обслуговування населення, яка знаходяться далеко від нагальних і стратегічних потреб галузі;
- інформаційно-комунікаційне забезпечення, яке не відповідає сучасним вимогам і не прогнозує майбутніх потреб.

У результаті цього необхідно виявити конкретні проблеми, які потрібно вирішити, щоб забезпечити ефективність публічного адміністрування в галузі медичного обслуговування населення. До цих проблем можна віднести наступні:

- незадовільний стан здоров'я нації в цілому;
- неефективне управління в сфері медичного обслуговування населення;
- недостатнє фінансування сфери охорони здоров'я;
- недоступність сучасних медичних технологій та неповне управління ними;
- недостатнє інформування громадян про новітні медичні досягнення, засоби збереження здоров'я та активний відпочинок;
- недосконалість законодавчого регулювання в галузі медичного обслуговування населення.

Враховуючи сформульовані проблеми, ефективність управління в галузі медичного обслуговування населення повинна спрямовуватися на поліпшення

якості життя та здоров'я населення, що приведе до збереження генофонду нації.

Для досягнення цієї мети необхідно визначити напрями підвищення ефективності публічного адміністрування у сфері медичного обслуговування населення, якими на наш погляд, мають бути такі:

- діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення;
- розвиток навчальної та науково-дослідницької діяльності під час навчання фахівців у сфері медичного обслуговування населення;
- покращення адекватного фінансування сфери медичного обслуговування населення;
- запровадження якісної кадрової політики у закладах охорони здоров'я України;
- поліпшення санітарно-епідемічного благополуччя населення шляхом вдосконалення інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я;
- розвиток галузі трансплантології.

Ми плануємо ретельно проаналізувати пропозиції щодо можливих шляхів покращення ефективності управління державним апаратом у галузі медичного обслуговування населення із метою провести детальний огляд цих напрямків.

За останні роки в сфері медичного обслуговування населення активно впроваджується процес цифровізації. З 2017 року використовується електронна система медичного обслуговування населення, яка є інформаційно-телекомунікаційною системою. Ця система автоматизує облік медичних послуг та керування медичною інформацією, шляхом створення, збереження, оприлюднення та обміну інформацією, даними та документами у електронному форматі. Вона включає в себе центральну базу даних та електронні медичні інформаційні системи, які автоматично обмінюються інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс [51]. У централізованій електронній базі даних, що забезпечує медичне обслуговування населення, введено такі реєстри: 1) реєстр пацієнтів, і 2) реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу [82].

Можна відмітити, що діджиталізація сфери охорони здоров'я об'єднує в собі корисні для пацієнтів онлайн-сервіси, які допоможуть обрати собі сімейного лікаря, укласти декларацію на медичне обслуговування, мати можливість записатися в електронну чергу на прийом, отримати е-рецепт на ліки, а також інші засоби відповідно до програми реімбурсації, отримати при необхідності е-лікарняний, подавати звіти та документацію до Національної служби здоров'я України та Міністерства охорони здоров'я України.

Сьогодні, на жаль, ефективної діджиталізації у сфері охорони здоров'я ще не відбулося: вона повільними рухами впроваджується у практичну діяльність медичних закладів.

Є достатня кількість невирішених питань, які важливо було б додати до процесу діджиталізації сфери охорони здоров'я. До них можна віднести надання електронної згоди на медичне обстеження, надання також електронної згоди на передачу органів родичів для трансплантації, а також надання електронної відмови від стаціонарному лікуванні. Великим мінусом є й те, що електронні медичні картки населення є недостатньо функціональними та мають дуже обмежену інформацію про пацієнта. Електронні картки мають зберігати всю інформацію про перенесені захворювання, а також повинні містити протоколи лікування захворювань, щоб мати можливість спостерігати за впливом лікарських засобів, які були призначені пацієнту; також в них має бути збережений календар отриманих вакцинацій від народження.

В основному медична інформаційна система повинна обробляти велику кількість інформації у сфері медичного обслуговування населення. Розвиток телемедицини має вагомим значення під час карантинних заходів та війни в Україні. Високим попитом потребує розвиток онлайн-сервісів, за допомогою яких пацієнти можуть перебувати на зв'язку із лікарем, що є важливим для пацієнтів, особливо тих, хто має обмежені можливості. За допомогою телемедицини пацієнти можуть отримати консультацію лікаря, а також направлення до спеціаліста або е-рецепт на ліки.

Сучасна діджиталізація може значно покращити доступність та якість охорони здоров'я в Україні. Під час цифрової інформатизації обробляються та аналізуються необхідні дані про пацієнта за секунди в будь-якій частині країни, у результаті чого точніше лікар може виставити діагноз, призначити лікування.

Сьогодні все більш зростає значущість створення онлайн-ресурсів у галузі трансплантології. Такі ресурси сприяють створенню електронних баз даних про трансплантацію, включаючи перелік лікарів і медичного персоналу, що проводять трансплантацію, перелік закладів і медичних установ, де такі операції здійснюються. Вони також підтримують надання посад спеціалістам з трансплантології та координаторам по трансплантації, а також ведуть реєстр дозволів, що спрощує юридичну регламентацію отримання донорської згоди для трансплантації.

Таким чином, така особливість числиться серед основних аспектів, які супроводжують цифровізацію медичної сфери. Діджиталізація включає створення та розвиток онлайн-реєстрів та інших інтернет-сервісів, які є невід'ємною частиною електронного здоров'я (e-Health). Для забезпечення відповідного захисту персональних медичних даних пацієнтів, ці дані розміщуються в різних місцях для унеможливлення їх ідентифікації. Крім того, важливо забезпечити захист персональних даних лікарів та інших медичних працівників.

На нашу думку, з метою поліпшення е-здоров'я та реалізації Державного проекту "Цифрова держава" в рамках цифровізації медичної сфери обслуговування населення, варто запропонувати затвердити Концепцію впровадження електронного медичного обслуговування для населення.

В Україні існує біля 100 медичних інформаційних систем, які іноді не сумісні одна з одною і при переході пацієнта під час лікування з однієї лікарні до іншої іноді не доступні дані попереднього лікування та обстежень. Для вирішення цієї проблеми необхідно об'єднати всі медичні інформаційні системи в одну і контроль за функціонуванням покласти на Національну службу здоров'я України.

Удосконалення навчальної діяльності та науково-дослідницької роботи в сфері медичного обслуговування населення становить один з важливих шляхів покращення ефективності цієї галузі.

Важливо відзначити, що покращення якості навчального процесу в сфері медичного обслуговування населення для лікарів та середнього медичного персоналу на сьогоднішній день потребує якісного оновлення.

Уряд спробував впровадити систему безперервного професійного розвитку медичних працівників. Ця система передбачає навчання та удосконалення фахових навичок після отримання вищої та післядипломної освіти в медичній сфері. Мета цієї ініціативи полягає у підтримці та покращенні професійних стандартів медичних фахівців, що повинні відповідати сучасним вимогам. Безперервна система навчання повинна забезпечувати контроль рівня знань та навичок, сприяти удосконаленню протоколів медичної допомоги та підвищенню якості медичного обслуговування українського населення в цілому.

Залучення до безперервного професійного розвитку має включати різноманітні елементи для оцінки навчально-наукового рівня студента, які в подальшому сприятимуть формуванню оцінки його професійної компетентності. Також, слід враховувати інформальну освіту (самостійне навчання) та неформальні освітні програми у галузі медичного обслуговування населення.

Самоосвіта в сфері медичного обслуговування населення означає набуття фахівцями професійних навичок під час їх повсякденної діяльності, будь то професійна, громадська або інша справа, без формального навчання, а неформальна освіта в цій галузі - це підвищення власних знань та вмінь, яке проводиться за освітніми програмами, але не пов'язане з отриманням визнаних державою освітніх кваліфікацій за різними рівнями освіти, хоча може призводити до присвоєння професійних або часткових освітніх кваліфікацій.

Після завершення інтернатури всі медичні працівники мають право на неперервний професійний розвиток, що передбачає атестацію їх кваліфікації. Ця атестація визначає наявну або підтверджує передбачену кваліфікаційну

категорію фахівця. Крім того, результати атестації вимірюють доцільність продовження, припинення або відкликання ліцензії на надання медичних послуг населенню [62].

Система медичного навчання в Україні відрізняється від тих, що існують у США і країнах Європи. В Україні повний термін навчання для лікаря складає 6-9 років. З цього часу 5-6 років проводяться у вищому навчальному закладі, а 1-3 роки витрачаються на проходження інтернатури та магістратури. Важливо зазначити, що в Україні поки що не реалізується лікарська резидентура, яка також передбачена. У порівнянні, у США та деяких європейських країнах необхідно більше часу для здобуття медичної освіти. Наприклад, в США процес стається від 11 до 14 років. Майбутній лікар проводить 3-4 роки в медичному коледжі та 4 роки в медичній школі. Після цього він або вибирає 1-3 роки лікарської резидентури, включаючи рік інтернатури та 2-4 роки факультативного навчання. Тривалість навчання для студентів, що навчаються на лікарську професію, також варіюється у різних країнах. Наприклад, в Ізраїлі це займає 12 років, в Німеччині 11-12 років, а во Франції 8-11 років [49]. Можливо, що невдовзі і лікарі України вчитимуться також за такою схемою (Додаток А).

Проблеми, пов'язані з професійним безперервним навчанням медичних фахівців, мають свої негативні аспекти. Один з них полягає у наявності корупційної складової на кожному етапі атестації, що погано впливає на якість підготовки фахівців. Крім того, серйозною проблемою є той факт, що процес безперервного професійного розвитку медичних працівників нерідко здійснюється за їх власний кошт. Це може обмежувати доступність якісної освіти та навчальних можливостей для медичних фахівців. В Україні на жаль досить дозволені конференції, спонсорами яких є фармацевтичні компанії, для рекламування своїх іноді недоказових препаратів. І такі неякісні конференції також зараховуються лікарям при накопиченні балів безперервного професійного розвитку.

Тому, починаючи з 2025 року, пропонується провести модернізацію

української системи підготовки лікарів з метою наближення її до європейських стандартів. Це дозволить українським медикам успішно конкурувати на світовому ринку. За нашим переконанням, доцільним буде збільшити кількість практичних занять та скоротити непрофільні дисципліни у навчальних планах [32].

Україна в даний час має різні тривалості інтернатури для різних спеціальностей, які зазвичай тривають від 1 до 3 років. Згідно зі світовими стандартами і американським досвідом, є пропозиція збільшити тривалість інтернатури щонайменше до трьох років, з більшим акцентом на практичні навички майбутніх лікарів. Крім того, передбачається зміна процедури розподілу студентів для інтернатури відповідно до європейських і американських стандартів. Необхідно впровадити електронну систему розподілу студентів для проходження інтернатури, що буде усувати корупційний аспект даного процесу. Раніше фінансово здібні студенти, разом зі своїми впливовими батьками, мали можливість вибрати лікарні у центральних частинах міст, тоді як студенти, що навчалися за бюджетні кошти, були направлені на периферію, де знаходили вільні місця або отримували направлення вищим навчальним закладом. Електронна система розподілу має вирішувати питання розміщення на інтернатурі відповідно до результатів єдиного державного кваліфікаційного іспиту.

Плани включають зменшення кількості спеціальностей, за якими проводиться набір до інтернатури, з 34 до 13. Ці спеціальності включають акушерство і гінекологію, анестезіологію та інтенсивну терапію, внутрішні хвороби, загальну практику-сімейну медицину, загальну стоматологію, медицину невідкладних станів, педіатрію, психіатрію, отоларингологію, офтальмологію, радіологічну онкологію та ядерну медицину, радіологію та хірургію. Щоб отримати звання лікаря-спеціаліста, необхідно буде пройти обов'язкову атестацію, а саме тестування у формі ліцензійного інтегрованого іспиту Крок-3 з відповідною спеціальністю. Допуск до цього тесту буде

передбачати структурований клінічний іспит, або ж державний іспит.

Міністерство охорони здоров'я України пропонує впровадити додатковий етап підготовки медичних працівників, резидентуру, відповідно до європейських стандартів. Ця практична спеціалізація дозволить медикам отримати додатковий практичний досвід та підвищити їх кваліфікації.

Таке нововведення є недоцільним, оскільки може призвести до подовження терміну навчання медичних працівників і вплинути на кількість фахівців, доступних у суспільстві. Це може спричинити проблеми в оплаті навчання для багатьох сімей, а також обмежити доступність бюджетних місць.

Щодо наукових досліджень в галузі медичного обслуговування населення, слід зазначити, що їх проведення є необхідним для розвитку даної сфери. Науково-дослідницька діяльність є важливим компонентом інноваційної політики України в медичному обслуговуванні населення. Ця діяльність сприяє впровадженню передових наукових розробок, які включають сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та репродуктології. Крім того, наукові дослідження є необхідним етапом у розробці нових лікарських засобів, оскільки включають в себе розробку, виготовлення, доклінічні та клінічні дослідження, транспортування та зберігання. У США науково-дослідницькій діяльності приділяється велика увага та виділяються значні кошти з державного бюджету та приватного сектору.

У зв'язку зі швидким зростанням обсягу інформаційних потоків, важливо підвищити обізнаність медичних працівників практичної охорони здоров'я та науковців щодо сучасних високорівневих розробок, які базуються на достовірних доказах. Це стосується методів лікування, діагностики, профілактики, реабілітації, репродуктології та багатьох інших областей [82].

Проведення наукових заходів є ефективним способом знайомства фахівців в галузі медицини з останніми досягненнями науки та медичними технологіями. В Україні основним засобом організації таких заходів є щорічний Реєстр наукових подій. У 2020 році було проведено 565 медичних наукових заходів, які

присвячувалися найбільш важливим медичним напрямкам. На цих заходах обговорювалися інноваційні технології, нові стандарти лікування та діагностики, а також питання впровадження нових розробок в практику сімейного лікаря та систему первинної медико-санітарної допомоги. Загалом, відбулося 9 з'їздів, 19 конгресів та 23 симпозіуми, а також проведено 194 науково-практичні конференції, в яких взяли участь фахівці і спеціалісти з різних країн, зокрема з Латвії, Литви, Естонії, Грузії, Вірменії, Фінляндії, Німеччини, Польщі, Ізраїлю, Великобританії, США, Канади, Єгипту, Іспанії, Італії, Франції, Туреччини, Австрії, Японії, Данії, Швеції, Китаю, Швейцарії та інших країн. Наукові заходи, такі як конференції та семінари, організовувалися вищими медичними та фармакологічними навчальними закладами України, науково-дослідними установами Міністерства охорони здоров'я України та Національної академії медичних наук України, професійними асоціаціями, науковими товариствами України та іншими організаціями [34]. Дослідження звітів про наукові форуми показало, що вони стають все краще організованими та науковими. Питання, які обговорюють учасники цих заходів, відображають актуальні проблеми медичної науки та практики охорони здоров'я населення [82].

Основними ознаками розвитку медичної галузі є підготовка висококваліфікованих медичних працівників, впровадження сучасних наукових методів профілактики, діагностики та лікування захворювань [35].

Одним з найважливіших напрямків підвищення ефективності медичного обслуговування населення є удосконалення належного фінансування цієї сфери.

З 1 січня 2021 року в Україні запроваджено новий закон про державні гарантії медичного обслуговування населення. Цей закон передбачає, що усі види медичної допомоги, передбачені програмою медичних гарантій, надаються безоплатно через Національну службу здоров'я України.

Комунальні послуги в Україні оплачуються за рахунок місцевих бюджетів. Власники закладів охорони здоров'я, які є місцевими органами влади, зобов'язані забезпечити доступність цих закладів для всіх жителів своєї території. Капітальні

видатки на ремонт та закупівлю обладнання для закладів охорони здоров'я є інвестиціями громади в своє здоров'я.

Для вирішення проблеми якості медичного обслуговування населення необхідно:

- удосконалити систему фінансування медицини. Це означає, що необхідно забезпечити належне фінансування сфери медичного обслуговування, щоб забезпечити доступність і якість медичної допомоги для всіх громадян;

- забезпечити медичних працівників сучасним обладнанням і засобами захисту. Це важливо для підвищення ефективності надання медичної допомоги та безпеки пацієнтів і медичних працівників;

- запровадити прозорий і ефективний контроль за використанням коштів, які виділяються на медицину. Це допоможе запобігти корупції та забезпечити ефективне використання коштів;

- удосконалити електронну систему медичного обслуговування. Це допоможе спростити доступ до медичної допомоги та зробити її більш ефективною;

- запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування. Це забезпечить доступність медичної допомоги для всіх громадян, незалежно від їхнього фінансового стану.

Витрати на медичне обслуговування в Україні перевищують видатки, що виділяються на цю сферу. Це пов'язано з низьким рівнем здоров'я населення та частими звернень до медичних закладів. В Україні необхідно більше уваги приділяти профілактичній медицині на первинній ланці охорони здоров'я. Особливу увагу необхідно приділяти скринінгам для раннього виявлення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, онкології тощо. Необхідно змінити державний календар щеплень від вакцинокерованих захворювань та наблизити його до календаря щеплень США. Це допоможе знизити періоди тимчасової непрацездатності населення, рівня інвалідизації населення, смерті. Це покращить загальний рівень здоров'я населення в Україні та збільшить

середню тривалість життя.

Наступним напрямом ефективності медичного обслуговування населення є впровадження якісної кадрової політики у сфері медичного обслуговування населення.

Наявність кваліфікованих медичних працівників є ключовим фактором забезпечення якості медичного обслуговування населення.

Міжнародна спільнота вважає, що для забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку необхідно мати національні стратегії розвитку та зміцнення кадрових ресурсів сфери медичного обслуговування населення. Ці стратегії повинні передбачати забезпечення належної кількості кваліфікованих медичних працівників, справедливих умов праці та професійного розвитку медичних працівників, підвищення залученості медичних працівників до системи охорони здоров'я та посилення співпраці між різними стейкхолдерами в галузі охорони здоров'я. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я відповідно кадрового потенціалу в сфері охорони здоров'я до 2030 року визначає такі чотири основні цілі:

- а) забезпечення належної кількості кваліфікованих медичних працівників для підвищення якості та доступності медичних послуг;
- б) створення справедливих умов праці та забезпечення можливості для професійного розвитку медичних працівників;
- в) підвищення залученості медичних працівників до системи охорони здоров'я;
- г) посилення співпраці між різними стейкхолдерами для ефективного управління кадровими ресурсами.

Проблеми освіти, залучення, утримання та продуктивності роботи медичних працівників є загальними для всіх країн. В Україні ці проблеми ускладнюються необхідністю адаптації медичних працівників до змін, пов'язаних із реформою охорони здоров'я [60].

Дані національного обліку кількості лікарів та медичних сестер в Україні

значно завищують їхню реальну кількість. Так, за даними національного обліку, в Україні працює 156 865 лікарів та 314 413 медичних сестер. Однак за даними міжнародного стандарту розрахунку, реальна кількість лікарів становить 132 715, а медичних сестер - 276 172. Це означає, що кількість середнього медичного персоналу в Україні за даними національного обліку переважає над реальною кількістю на 14% [29].

Упродовж останніх 28 років співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні постійно знижується. Так, у 1993 році на одну лікаря припадало 2,7 медичних сестер, а в 2021 році - лише 2,0. Цей показник також нижчий за середньоєвропейський, який становить 2,4 [45].

Щоб забезпечити ефективність медичного обслуговування населення, необхідно покращити санітарне та епідемічне благополуччя населення, а також покращити інфекційний контроль у медичних закладах.

У 2014 році в Україні було проведено реформу державної санітарно-епідеміологічної служби. Її функції та повноваження були передані Державній службі України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів. Державна санітарно-епідеміологічна служба відповідає за: контроль за дотриманням санітарних норм та правил у різних сферах життєдіяльності населення; забезпечення безпеки харчових продуктів та води; профілактику та контроль інфекційних захворювань; державна санітарно-епідеміологічна служба України відповідає за контроль за факторами навколишнього середовища, які можуть негативно впливати на здоров'я людей, а також за контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення захворювань.

Державна служба України з питань безпеки харчових продуктів та захисту споживачів проводить комплекс заходів, спрямованих на профілактику та зниження рівня інфекційних хвороб. Ці заходи включають в себе контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних правил та норм у різних сферах життєдіяльності населення, а також надання допомоги органам місцевого самоврядування у розробці та реалізації профілактичних заходів [51]. На жаль,

Державна служба України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів не завжди проводить достатній моніторинг інфекційного контролю у медичних закладах.

Для забезпечення ефективного санітарно-епідеміологічного благополуччя населення України пропонуємо створити єдиний орган, який би відповідав за ці питання. Таким органом має бути Державна санітарно-епідеміологічна інспекція.

Також треба зазначити, що Розвиток трансплантології є одним із пріоритетних напрямків удосконалення медичного обслуговування населення України.

Українська трансплантологія переживає період бурхливого розвитку. Операції з пересадки органів стали більш успішними, а кількість пацієнтів, які отримали новий шанс на життя, зростає. Однак цей розвиток супроводжується проблемами, пов'язаними з недостатнім фінансуванням та бюрократією. На жаль, Україна має один із найнижчих показників посмертного донорства органів у світі. Цей показник складає лише 0,18 випадків на один мільйон населення.

Один із факторів, що впливає на низькі показники посмертного донорства в Україні, – це недостатня кількість медичних закладів та лікарів, які проводять трансплантацію органів. Нині в Україні є лише 6 центрів органної трансплантації, у тому числі 1 національний та 5 регіональних. [29].

Зазначимо, що трансплантологію в Україні потрібно розвивати та змінювати, оскільки статистичні звіти показують, що станом на 01 лютого 2021 р. в Україні чекають на пересадку органів біля 125000 пацієнтів, із пересадженими органами живуть біля 2345 пацієнтів, у 110 осіб органи, на жаль, не прижилися, також 58 прооперованих пацієнтів померли. В 2022 р. операцій по трансплантації зроблено більше, ніж в 2021 р. Трансплантологічні центри провели 361 пересадку органів. Також підвищився і відсоток посмертних пересадок органів: у 2021 р. цей показник склав 53,7%, у 2022 р. – вже понад 55% [23].

Важливо зазначити, що на протязі 2014 р. зроблено 134 органних трансплантацій, з них 116 нирок (потреба біля 2500), 17 – печінки (потреба 1000-1500 на рік). Загальна кількість органних трансплантацій, на жаль, не перевищує 130-140 на рік, з них тільки від 4-15% – трансплантація завдяки посмертному донорству [23].

За даними статистики та вищезазначеної інформації, Україна повинна терміново вжити радикальних заходів для розвитку та вдосконалення трансплантології. Суспільство має активно брати участь у цьому процесі, приймаючи нормативно-правові акти, які чітко регулюватимуть цю сферу. Держава розпочала розвиток трансплантології ще в 2008 році, але поки що не застосовувала радикальних заходів. У 2008 році було затверджено Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» [55]. У 2012 році Державна цільова соціальна програма «Трансплантація», яка була профінансована лише на 51,5%, була завершена. Програма передбачала придбання лікарських засобів імуносупресивної дії, але не передбачала жодних заходів щодо розвитку трансплантології. Таким чином, жодних кроків у напрямку до розвитку трансплантології в Україні не було зроблено. За рахунок державних коштів частково було закуплено медичні вироби для підготовки хворих до трансплантації. Відмітимо, що закупівлі медичного обладнання були виконані частково та було забезпечено матеріально-технічною базою закладів з трансплантології.

В Україні було заплановано створити Єдиний державний трансплантацій реєстр, але і зараз ця програма так і не профінансована державою та не впроваджена в дію. Але без єдиного реєстру трансплантації в Україні якісної реалізації програми не може бути через відсутність інформування як медичних закладів, так і пацієнтів.

Відмітимо, що в Україні розвитку сфери трансплантології на законодавчому рівні йде дуже повільним шляхом. Сьогодні в нашій країні відсутній єдиний суб'єкт, що міг би чітко врегулювати роботи зазначеної сфери, а саме -

Державна служба України з питань трансплантології.

Тому, проаналізувавши методи удосконалення публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, можна зробити деякі висновки. За зразком системи охорони здоров'я населення можна запропонувати класифікацію видів систем медичного обслуговування населення, як наприклад, страхова система медичного обслуговування населення (характерна для США). Це основні напрямки досягнення ефективності публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я:

- 1) діджиталізація охорони здоров'я в Україні ;
- 2) зміна науково-дослідницької та навчальної діяльності під час підготовки спеціалістів у сфері охорони здоров'я;
- 3) поліпшення фінансування медичної сфери в Україні;
- 4) введення якісної кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- 5) зміна санітарного та епідемічного нагляду з акцентом на інфекційний контроль в медичних закладах;
- 6) розвиток сфери трансплантології;
- 7) покращення в закладах первинної ланки профілактичної медицини з введенням індикаторів якості роботи;
- 8) затвердити на державному рівні новий календаря щеплень від вакцинокерованих захворювань.

Таким чином, відмітимо головні завдання, які медична сфера ставить перед науковцями та спеціалістами в частині забезпечення охорони здоров'я в Україні. Це є розробка, вдосконалення та введення у практичну діяльність сучасних стандартів щодо забезпечення якісним та доступним медичним обслуговуванням в процесі лікування згідно сучасних протоколів лікування; впровадження ефективних методик профілактичної медицини; запровадження новітніх методик для реабілітації; створення під час навчання тренінгових осередків, де студенти зможуть отримати практичні навички; впровадження новітніх видів забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Таким чином, під час написання кваліфікаційної роботи ми підтвердили нашу гіпотезу, що одержані результати допоможуть розробити рекомендації щодо вдосконалення системи публічного адміністрування медичною сферою України з урахуванням практично виправданих підходів до зазначеної сфери з боку адміністрації США.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дало змогу дійти наступних висновків:

1. Існуюча на сьогодні джерельна база щодо проблем публічного адміністрування медичною сферою США дає змогу сформуванню загальних уявлень про тенденції становлення політики американських адміністрацій у сфері охорони здоров'я, виявити характер еволюційних процесів у зазначеній сфері за часи президентства Б. Обама.

Дослідження дозволило сформуванню теоретичних підходів до розуміння проблеми публічного адміністрування медичною сферою, що базується на певному категоріальному апараті, зокрема понятті «охорона здоров'я» як базової платформи визначення моделі управлінської ролі американської держави в зазначеній сфері. Так, реформування системи охорони здоров'я за президентства Б. Обама через підписання в березні 2010 р. закону «Про захист пацієнтів і доступне медичне обслуговування», а також закону «Про фінансування охорони здоров'я і освіти», набуло значною мірою об'єктивного характеру і вінчало багато десятиліть боротьби щодо цього демократичних сил. Основні положення пакету документів по цій реформі припускали її модернізацію і посилення державного регулювання в системі охорони здоров'я США.

2. У загальному плані, основні ідеї реформи охорони здоров'я були сформульовані Б. Обамою з урахуванням досвіду попередніх адміністрацій та за участі високо фахових спеціалістів. Це забезпечило не тільки її сутнісний зміст, але й певний рівень підтримки як на рівні суспільства, так і прихильників реформи в конгресі США. Попри активну протидію законопроекту Обама щодо медичної реформи з боку конгресменів-республіканців, а також консервативної частини демократів, вона отримала підтримку з боку обох палат законодавців та набула силу закону в березні 2010 р.

3. Закон США «Про захист пацієнтів і доступність медичної допомоги», відомий як *Obamacare*, мав по суті докорінно переформатувати систему надання медичних послуг у країні, і зокрема за рахунок поширення

системи страхових послуг та посилення державного регулювання у цій сфері. За декілька років завдяки реформі вдалося домогтися суттєвих змін: кількість незастрахованих зменшилася майже наполовину – із 16 до 8,9% (станом на перше півріччя 2016 року).

4. Сполучені Штати не лише лідирують в економіці, науці і багатьох інших областях, а й пропонують новаторські рішення багатьох проблем. В області охорони здоров'я США випереджають інші країни по використанню передових медичних технологій. За останні 30 років 80% найважливіших винаходів в області медицини належали американцям.

5. Аналіз реформи Obamacare доводить, що будь-яка система охорони здоров'я, навіть із таким високим інноваційним потенціалом та високим рівнем ефективності лікування, як у США, потребує вкладення значних фінансових ресурсів, а також розробки різних варіантів плану та законодавчого забезпечення процесу реформування системи охорони здоров'я, потребує ретельного економічного обґрунтування і довгострокового прогнозування впливу її наслідків на платоспроможність населення і доступність первинної, вторинної та високоспеціалізованої медичної допомоги для різних верств населення, фінансової стійкості бюджетів різних рівнів та діяльності різних секторів економіки країни, а не лише викладення на папері переліку основних тез і напрямів реформи.

Серед кола проблем, зокрема, напрями розвитку страхової медицини в Україні, що – з урахуванням досвіду США – не може набути конкурентоздатного та якісного виміру виключно за рахунок держави, передбачає залучення до сфери охорони здоров'я приватного капіталу.

Впродовж періоду незалежності Україна здійснила певні кроки на шляху становлення страхової медицини в країні. Серед позитивних аспектів зазначеного напрямку: осмислення шляхів становлення і фінансування страхової медицини; креслення підходів до законодавчого забезпечення даної сфери; залучення до різних форм страхової медицини певної частини населення.

Втім, серед проблемних аспектів страхової медицини залишається: незавершеність процесу формування нормативно-правової бази функціонування страхової медицини; відсутність чіткого прогнозування наслідків (і, насамперед, з урахуванням досвіду Obamacare) обов'язкового медичного страхування населення; недостатній рівень популяризації страхової медицини, що (поряд з економічними факторами) зумовлює мінімальний рівень залучення громадян до даного характеру медичної послуги.

Дослідивши шлях медичної реформи в США, позитивні та негативні наслідки цієї реформи, можна підтвердити нашу гіпотезу, що одержані результати допоможуть у розробці рекомендацій щодо вдосконалення системи публічного адміністрування медичною сферою України з урахуванням практично виправданих підходів до зазначеної сфери з боку адміністрації США. Тому, ми можемо виділити основні висновки, які було зроблені під час дослідження та можуть вдосконалити реформування медичної сфери в Україні:

1. Підтверджена гіпотеза, що досвід реформи публічного адміністрування медичної сфери США буде корисним для України, а саме: можна запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування з можливістю його розширення (з проведенням пілотного проекту в одній із областей України, як це було зроблено в штаті Массачусетс перед впровадженням медичної реформи в США); удосконалити електронну систему медичного обслуговування населення та об'єднати існуючі медичні інформаційні системи в одну, як це впроваджено в США, та покласти контроль за її функціонування на Національну службу здоров'я України (діджиталізація у сфері медичного обслуговування населення).

2. Висновки та рекомендації під час проведення фокус-групи: розробка державної програми вдосконалення профілактичної медицини на базі первинної ланки медицини з введенням обов'язкових скринінгів для раннього виявлення серцево-судинних захворювань, цукрового діабету, онкопатології тощо;

розширити державний календар щеплень від вакцинокерованих захворювань як це впроваджено в США.

3. Удосконалення належного фінансування сфери медичного обслуговування населення на рівні держави.

4. Для більш ефективного результату реформування необхідно впровадити індикатори якості надання медичних послуг за результатами лікування та профілактики.

5. Запровадити дієвий контроль в закладах охорони здоров'я за надходженням та використанням коштів, які виділені на фінансування сфери охорони здоров'я, за допомогою систем «Prozorro» та е-каталог, які забезпечить доступ до інформації та контролю з боку населення.

6. Посилити інфекційний контроль в медичних закладах України (для цього повинна бути створена служба замість ліквідованої Держсанепідслужби, яка повинна мати повноваження проводити моніторинг інфекційного контролю в медичних закладах всіх рівнів як це проводять Centers for Disease Control and Prevention в США).

7. Розвиток сфери трансплантології в Україні.

8. Залучення більшої кількості приватних надавачів до надання якісної медичної допомоги населенню (в тому числі по програмі медичних гарантій), що покращить конкурентоспроможність державних закладів охорони здоров'я та приведе до пацієнторієнтовного надання медичної допомоги.

9. Розвиток навчальної та науково-дослідницької діяльності під час підготовки спеціалістів у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України №2801-ХІІ від 19 листопада 1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>. (дата звернення: 01.07.2023).
2. Рижкова Є. Ю. Правове регулювання приватного сектору медицини в США. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*. 2014. № 10. С. 27–31.
3. Короленко В. В. Реформування системи охорони здоров'я в США: аналіз передумов, сутності реформи та перспектив для дерматологічної допомоги. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 7. С. 5–8.
4. Білинська М. М. Державна політика у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ. НАДУ, 2016. 484 с.
5. Гладун З. С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення: матеріали І всеукр. наук.-практ. конф., м. Львів, 19–20 квітня 2007 р. Львів, 2007. URL: http://medicallaw.org.ua/uploads/media/01_073_11.pdf (дата звернення: 20.05.2023).
6. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с.
7. Звіт центру громадського здоров'я України. Київ. 2019 р. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Risk%20factors%20MTCT%20research_Report.pdf (дата звернення: 01.06.2023).
8. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: дис. ... д-ра наук : 25.00.02 / НАДУ. Київ, 2008. 220 с.
9. Попченко Т. П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. *Науково-виробничий журнал «Держава та регіони»*. 2011. № 1. С. 252–255.

10. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. Науковий вісник. Теорія та практика державного управління. 2015. № 2. С. 198–206.
11. Пащенко В. М. Підприємницька діяльність та управління фінансами в охороні здоров'я : монографія. Київ. НАДУ, 2002. 156 с.
12. Ігнат'єва Г. Ф. Стандартизація медичної допомоги як фактор соціалізації державних управлінських послуг. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/dutp/2007-2/txts/07igfsas.htm>. (дата звернення: 11.05.2023).
13. Оболенський О. Ю. Публічне управління: конспект лекцій. Київ : НАДУ, 2011. 56 с.
14. Енциклопедія державного управління / редкол.: Ю. В. Ковбасюк та ін. Київ : САМ, 2011. Т. 6. 759 с.
15. Малиновський В. Я. Державне управління: навч. посіб. 2-ге вид., доп. та перероб. Київ : Атіка, 2016. 576 с.
16. Татаренко Г. Моделі соціального страхування в контексті історії. *Журнал «Підприємництво, господарство і право»*. 2004. № 7. С. 69-72.
17. Білинська М. М. Державна політика у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ : НАДУ, 2013. 484 с.
18. Бакуменко В. Д., Кравченко С. О. Методологія системних досліджень в державному управлінні: навч. посіб. Київ : ВПЦ АМУ. 2011. 116 с.
19. Короленко В. В. Реформування системи охорони здоров'я в США: аналіз передумов, сутності реформи та перспектив для дерматологічної допомоги. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 4. С. 5– 8.
20. Попов А. А. Реформа американської системи охорони здоров'я адміністрації Б. Обама: модель та технологія соціального реформаторства в ХХІ столітті: навч. посіб. Київ : Атіка, 2012. 287 с.

21. Зевелева Г. Н. Державна політика в сфері охорони здоров'я США в 1992–2012 рр.: боротьба за реформи. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2013. № 5. С. 6–8.
22. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні. *Вісник Національної академії правових наук України*. Київ. 2014. № 1. С. 103–111.
23. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 17.06.2022).
24. Аксютіна А. В., Сердюкова Н. В. Медична реформа в Україні: особливості впровадження. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2017. № 6. С. 114–116. URL: http://www.lsej.org.ua/6_2017/32.pdf. (дата звернення: 01.02.2019).
25. Зінькова І. Впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. *Науковий блог НУ «Острозька академія»*. URL: <https://naub.oa.edu.ua> (дата звернення: 01.04.2023).
26. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ, 2017 600 с.
27. Говорушко Т. А. Страхіві послуги : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2015. 400 с.
28. Шевчук О. Нездорова ситуація: чи має обов'язкове медичне страхування шанси в Україні. URL: <https://voxukraine.org/uk/obovyazkovemedichne-strahuvannya-ua/> (дата звернення: 15.08.2023).
29. Сайт Національної служби здоров'я України URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/open-data> (дата звернення: 15.08.2023).
30. Устінов О. Медичне страхування. На шляху до компромісу. *Щотижневик Аптека*. 2010. № 3. С. 1–2. URL: <https://www.apteka.ua/article/25524> (дата звернення: 25.04.2023).

31. Галайда Т. Публічний аудит. URL: <http://publicaudit.com.ua/news/ukrayinskyhspozhyvachiv-pozbavlyayut-motyvatsiyi-ekonomiyikomposlug-galajda/>. (дата звернення: 11.04.2023).
32. Бездітко Н. В., Міщенко О. Я., Яковлева Л. В. Основи медичної стандартизації: метод. рек. Харків. НФаУ, 2014. 12 с.
33. Про захист прав споживачів : Закон України від 19.11.2022 № 1023–XII. Голос України. 2022. 12 декаб. (№153). С. 10–15.
34. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я, Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи «Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я» URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf. (дата звернення: 12.04.2023).
35. Про затвердження Положення про групи експертів МОЗ України : наказ МОЗ України від 21.03.2017 № 302 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0488-17> (дата звернення: 13.04.2023).
36. Методичний посібник «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах» URL: <https://www.medsprava.com.ua/news/2553-rozrobili-posbник-pro-strategchne-planuvannya-v-sektor-ohoroni-zdorovya-v-otg> (дата звернення: 21.10.2023).
37. Управління якістю медичної допомоги на локальному рівні. Департамент стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України» URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/posibds/2019/11/2017_08_28_1.pdf. (дата звернення: 23.10.2023).
38. Бакуменко В. Д. Державне управління: словник-довідник. Вид. офіц. Київ : УАДУ, 2012. 228 с.
39. Енциклопедія державного управління / редкол.: Ю. П. Сурмін та ін. Київ : САМ, 2017. Т. 2. 655 с.

40. Арабаджи Г. І., Бакуменко В. Д., Їжа М. М., Надолішній П. І. Державне управління : основи теорії, історія і практика : навчальний посібник. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2009. 394 с.
41. Ткач М. П. Проблеми визначення поняття державного управління. *Правовий вісник Української академії банківської справи*. Суми, 2012. № 1. С. 59–63.
42. Підгаєць С. В. Механізм державно-приватного партнерства в системі інституціоналізації розвитку національної економіки : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.03. Тернопіль, 2015. 240 с.
43. Думенко Т. М., Ліщишина О. М., Степаненко А. В. Інструменти управління якістю медичної допомоги: розвиток в Україні. *Український медичний часопис*. 2018. № 6. С. 58–60.
44. Горохов С. В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн. *Український медичний часопис*. 2016. № 5. С. 24–28.
45. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>. (дата звернення: 03.08.2023).
46. Стрельченко О. Г. Гармонізація національних лікарських політик відповідно з Європейськими стандартами *Journal World Sciencer. Multidisciplinary Scientific Edition*. 2018. № 3. С. 21–24.
47. Амосов О., Гавкалова Н. Публічне адміністрування в Україні: зв'язок з архетипами та пріоритети розвитку. Публічне управління: теорія та практика. Харків : «ДокНаукДержУпр», 2014. № 2. С. 713.
48. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України. URL: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/publicna-informaciya/gromadski-obgovorenniya/6220-kontsepsiya-pobudovi-novoji-natsionalnoji-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini>. (дата звернення: 11.06.2023).

49. Медична освіта в Україні та на Заході: основні відмінності. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2017/02/23/infografika/suspilstvo/medychna-osvita-v-ukrayini-ta-na-zaxodi-osnovni-vidminnosti>. (дата звернення: 12.10.2023).
50. Сайт з архівами экс-президента Барака Обами. URL: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-record/health-care> (дата звернення 21.09.2023).
51. Financing American health care. *The Economist*. 2015. № 2. P. 18 URL: <http://www.economist.com>. (дата звернення: 13.08.2023).
52. Charlesworth A., Marshall L., Roberts A. A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22: Research summary. *Journal of Epidemiology and Community Health*. New York, 2018. № 5. P. 16.
53. Bourne R. NHS Liberation. Socialist health association. 2013. URL: <http://www.sochealth.co.uk/2013/11/11/nhs-liberation/> (дата звернення: 01.07.2023).
54. Are personal budgets really the best way to personalise health care? URL: <http://www.kingsfund.org.uk/blog/2011/11/are-personal-budgets-really-bestway-personalise-health-care>. (дата звернення: 01.07.2023).
55. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/>. (дата звернення: 11.04.2023).
56. The Official U.S. Government Site for Medicare. URL: <https://www.medicare.gov/> (дата звернення 11.03.2023).
57. Medicaid – basic Health Program. URL: <https://www.medicaid.gov/> (дата звернення 11.03.2023).
58. H.R. 3590 (111th): Patient Protection and Affordable Care Act. URL: <https://www.govtrack.us/congress/votes/111-2010/h165>. (дата звернення: 10.06.2023).
59. Cooper, Michael. Conservatives Sowed Idea of Health Care Mandate, Only to Spurn It Later. *The New York Times*. 2012. № 7. P. 9.

60. Hamburger T., Mufson S. Labor union officials say Obama betrayed them in health-care rollout. *The Washington Post*. 2014. URL: https://www.washingtonpost.com/business/economy/labor-union-officials-say-obama-betrayed-them-in-health-care-rollout/2014/01/31/2cda6afc-8789-11e3-833c-33098f9e5267_story.html (дата звернення: 21.09.2023).
61. 13 Years of the Affordable Care Act, March 23, 2023. URL: <https://www.obama.org/stories/13-years-aca/>. (дата звернення: 20.09.2023).
62. Bossaler, Jenny S. Access to affordable care through public libraries. *Chicago Journal*. 2016. № 86. P. 7.
63. Jost Timothy. Health insurance exchanges and the Affordable Care Act: key policy issues. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/71351846.pdf>. (дата звернення: 12.06.2023).
64. Mettler Suzanne. *The Submerged State: How Invisible Government Policies Undermine American Democracy*. Chicago. University of Chicago Press, 2019. 71 p.
65. Mettler Suzanne. *The Submerged State: Office Hours*. Chicago. University of Chicago Press, 2016. 41 p.
66. Jacobs L., Mettler S. What Health Reform Tells Us about American Politics. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2020. № 5. P. 27-30.
67. Do I Have to Have Health Coverage? URL: <http://healthconsumer.org/wp/wp-content/uploads/2016/07/Revised-HCA-consumer-fact-sheet-2.pdf> (дата звернення: 10.05.2023).
68. Alice Hamilton and the Development of Occupational Medicine. URL: <https://www.acs.org/education/whatischemistry/landmarks/alicehamilton.html> (дата звернення: 02.06.2023).
69. Lane Jan-Erik *Public Administration and Public Management*. New York, 2005. 100 p.
70. Woolhandler S., Campbel T. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada *The new England journal of medicine*. 2003. № 5 P. 32-34

URL: http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf&usg=ALkJrhh-WbI6DVqzC4lcGtF-aK_OsomLXw. (дата звернення: 02.04.2023).

71. Timeline: History of Health Reform in the U.S. URL: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2011/03/5-02-13-history-of-health-reform.pdf>. (дата звернення: 03.04.2023).

72. American Recovery and Reinvestment Act URL: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr1enr/pdf/BILLS111hr1enr.pdf>] (дата звернення: 20.03.2023).

73. U. S. Bureau of labor statistics. URL: <https://www.bls.gov/ooh/> (дата звернення: 10.03.2023).

74. Lorentzen A. Mandatory Preventive Care. *USA Today*. 2007. № 22 P. 25–29. URL: <https://www.airliners.net/forum/viewtopic.php?f=11&t=1181437> (дата звернення: 10.03.2023).

75. Enthoven A. The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*. 2003. № 4 P. 12–14.

76. An Act Providing Access to Affordable, Quality, Accountable Health Care. *An Outline of the New Massachusetts Health Insurance Legislation and its Effects on Employers*. 2006. URL: <http://www2.gtlaw.com/pub/alerts/2006/0404.pdf>. (дата звернення: 20.03.2023).

77. The Affordable Care Act: Public Law. URL: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-111publ152/pdf/PLAW-111publ152.pdf> (дата звернення: 07.04.2023).

78. Gottlieb S. How ObamaCare Will Affect Your Doctor. Expect longer waits for appointments as physicians get pinched on reimbursements. *The Wall Street Journal*. 2009. №4. P. 17–18. URL: <http://online.wsj.com/news/articles/SB124208383695408513> (дата звернення: 07.04.2023).

79. Resneck J.S. Jr. An analysis of health system reform for dermatologists: elements and implications of the Patient Protection and Affordable Care Act. *J Am Acad Dermatol*. 2010. № 63. P. 70–71.

80. Johnson A. Recession Swells Number of Uninsured to 50.7 Million. *The Wall Street Journal*. 2017. № 77 P. 23–25. URL: <http://online.wsj.com/news/articles/>. (дата звернення: 06.04.2023).

81. Health: Key Tables from OECD. 2012. URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3 (дата звернення: 18.09.2023).

82. World Health Organization. The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. *World Health Organization. World Health Statistics* 2012. Part III. P. 29–40. URL: http://www.who.int/healthinfo/EN_WCHS2012_Part3.pdf (дата звернення: 18.09.2023).

83. Доповіді американської асоціації дослідників і виробників в області фармацевтики: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. URL: <http://www.phrma.org/> (дата звернення: 18.09.2023).

84. The World Health Report 2000. Geneva: WHO, 2000 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>. (дата звернення: 18.09.2023).

85. Avery M. Health Care and Public Policy: an American analysis. *American Pacific Journal of Health Management*. 2010. № 3. P. 68–69.

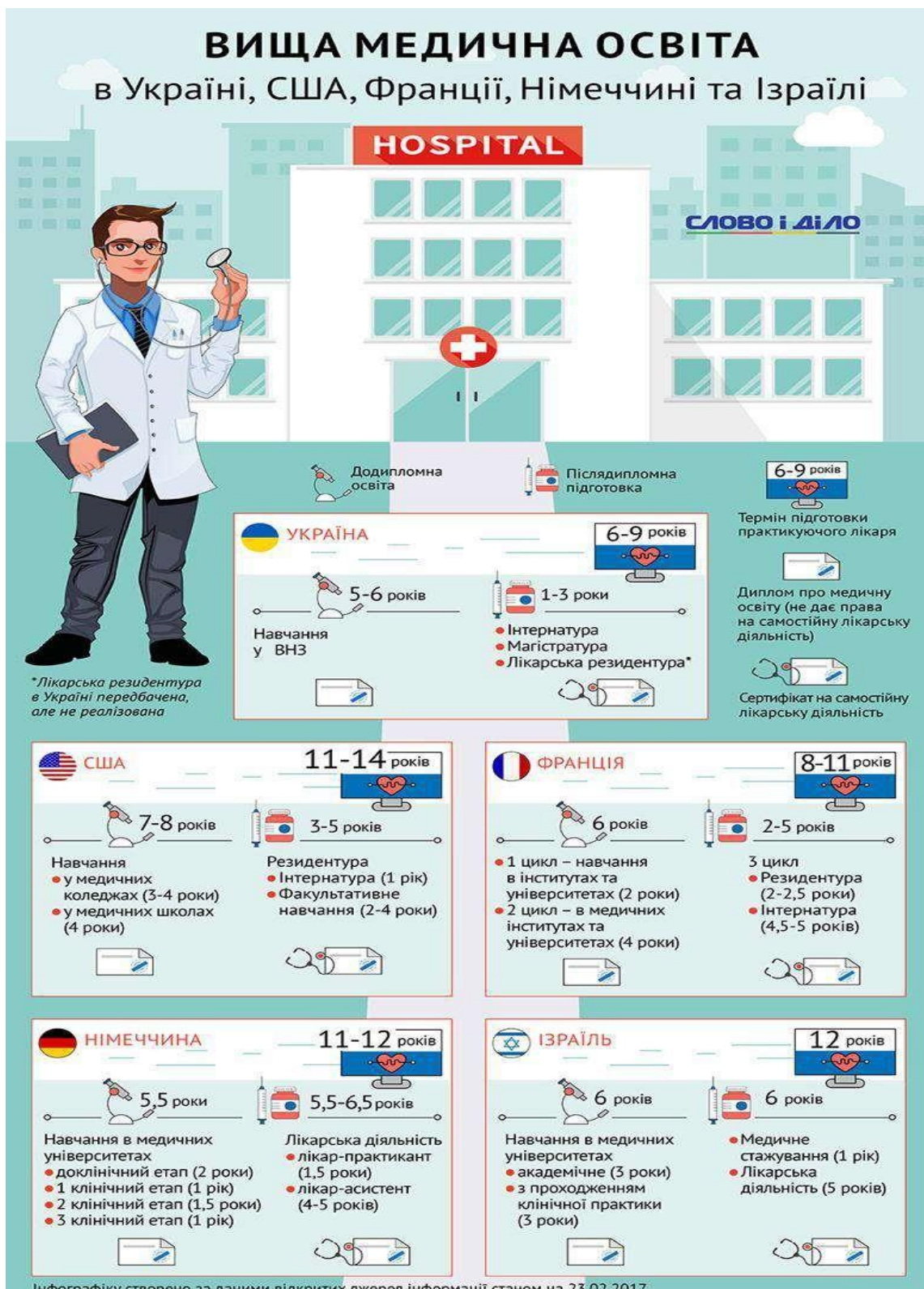
86. Palmer G., Short S. Health care and health policy. 4th edition. South Yarra : Palgrave Macmillan, 2014. 410 p. URL: http://sydney.edu.au/health-sciences/healthgov/conference_papers/HCPP_Book%. (дата звернення: 03.04.2023).

87. Leslie A. Pal Parameters of Power: US Political Institutions. *Canadian Journal of Political Science*. Toronto : Nelson, 2005. 234 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Медична освіта в Україні та на Заході: основні відмінності [49].



Протокол

Засідання фокус-групи щодо

16.11.2023

Реформи публічного адміністрування

Медичної сфери США: досвід для України

Місце проведення: КНП «Центр перинної

медико-санітарної допомоги 10» ЗМР,

м. Запоріжжя, бул. Шевченка 25.

Присутні: 7 осіб фокус-групи

Засідання проводила директор КНП «Новоуспенівська амбулаторія загальної практики-сімейної медицини» Мирошниченко Юлія Геннадіївна.

Тривалість: 2 години

Час проведення: 8.00- 10.00

Учасники фокус-групи:

1. Мирошниченко В'ячеслав Володимирович, директор КНП «Центр перинної медико-санітарної допомоги 10» ЗМР.
2. Чернігівцева Світлана Миколаївна, медичний директор КНП «Центр перинної медико-санітарної допомоги 10» ЗМР.
3. Колісник Ігор Олександрович, директор КНП «Веселівська лікарня інтенсивного лікування ім. О. М. Колісника» ВСР.
4. Кононихіна О. М. медичний директор КНП «Веселівська лікарня інтенсивного лікування ім. О. М. Колісника» ВСР.
5. Диріна Лілія Юріївна, директор КНП «Мелітопольський центр первинної медико-санітарної допомоги» ММР.
6. Тоцький Яків Сергійович, лікар фізична особа-підпріємець (сімейний лікар, анестезіолог).
7. Експерт: Kateryna Gaponova, *Senior Director, IPA Operations* at Optum medical company, Los Angeles, California, USA.(участь через ZOOM)

Мета фокус-групи: дослідити досвід реформи публічного адміністрування медичної сфери у США та визначити можливості його впровадження в Україні. Фокус-група спрямована на аналіз та обговорення досвіду США, його переваг та недоліків, а також на здобуття спільного розуміння щодо можливостей й викликів, які можуть виникнути при впровадженні подібних реформ в Україні.

Об'єкти дослідження:

- Реформа публічного адміністрування медичної сфери у США.
- Якість надання медичних послуг у США перед та після реформи.
- Доступність медичних послуг для населення у США перед та після реформи.
- Система публічного адміністрування медичної сфери в Україні перед реформою.
- Потенційні переваги та недоліки адаптації американського досвіду до української медичної системи.

Порядок денний:

1. Обговорення мети фокус-групи: дослідити досвід реформи публічного адміністрування медичної сфери у США та визначити можливості його впровадження в Україні. Проведення аналізу та обговорення досвіду США, його переваг та недоліків, а також здобуття спільного розуміння щодо можливостей й викликів, які можуть виникнути при впровадженні подібних реформ в Україні.
2. Обговорення позитивних та негативних наслідків в результаті проведення медичної реформи США.
3. Можливості адаптації досвіду США в умовах України.
4. Затвердження основних рекомендацій для впровадження позитивного досвіду впровадження реформи США в Україні.

Основні питання:

- Які позитивні зрушення в медичній сфері в США були досягнуті завдяки реформі публічного адміністрування?
- Які негативні наслідки виникли в результаті реформи?
- Які конкретні елементи американської моделі адміністрування можуть бути корисними для України?
- Які можливості існують для адаптації досвіду США в умовах України?
- Які потенційні переваги та недоліки можуть виникнути внаслідок реформи?
- Які рекомендації мають учасники фокус групи для впровадження подібної реформи в Україні?

I. Слухали:

- Мирошниченко Юлію Геннадіївну, директора КНП «Новоуспенівська АЗПСМ» НСР, про мету фокус-групи: дослідити досвід реформи публічного адміністрування медичної сфери у США та визначити можливості його впровадження в Україні. Проведення аналізу та обговорення досвіду США, його переваг та недоліків, а також здобуття спільного розуміння щодо можливостей й викликів, які можуть виникнути при впровадженні подібних реформ в Україні.
- **Виступили:**
- Мирошниченко В'ячеслав Володимирович, який поділився своїм досвідом користування медичними послугами в США після впровадження реформи «Obamacare».
- Kateryna Garonova, яка розповіла про впровадження медичної реформи в приватних клініках США та полегшення роботи зі страховими компаніями; про посилений інфекційний контроль в медичних закладах США, яку проводить Centers for Disease Control and Prevevtion (аналог Держсанепідслужби в Україні, яку ліквідували в Україні).

II. Слухали:

- Катерина Гаронова, яка розповіла про етапи впровадження медичної реформи Obamacare в приватних клініках США, які стали більш доступними для менш захищених верств населення; про спрощену систему співпраці зі страховими компаніями як надавачам медичних послуг, так і отримувачам медичних послуг; про захищеність електронної медичної системи та єдину базу даних всіх пацієнтів США. Акцентувала, що одним із недоліків були високі витрати на охорону здоров'я: система медичного страхування в США є однією з найдорожчих у світі. Велика частина витрат пов'язана з адміністративною діяльністю, рекламою та прибутками страхових компаній. Також іноді зустрічаються в США недобросовісні провайдери, які можуть надавати надмірні послуги, збільшуючи витрати.

Виступила: Мирошниченко Юлія Геннадіївна розповіла про статичні дані, які свідчать про зменшення кількості незастрахованих пацієнтів під час проведення реформи в США; про доступність для застрахованих осіб первинної та невідкладної допомоги, але менш доступну спеціалізовану допомогу через довготривалий час очікування планових консультацій спеціалістів.

III. Слухали: Тоцький Яків Сергійович розповів про розвиток системи електронного здоров'я: В США існує широке впровадження електронних медичних записів, що сприяє поліпшенню доступу до медичної інформації, координації догляду і збереженню медичних даних, захищеність пацієнтів в електронній системі. В Україні також можна вдосконалити існуючу систему електронного здоров'я, що допоможе зручно вести облік пацієнтів та поліпшити координацію догляду. Для цього необхідно впровадити єдину базу електронної системи охорони здоров'я, об'єднавши всі існуючі медичні інформаційні системи в одну, контроль за якою буде покладено на Національну службу здоров'я України.

Виступили:

- Мирошниченко В'ячеслав Володимирович розповів про прозорість цін на медичні послуги: у США медичний сектор великою мірою базується на приватному секторі, що іноді призводить до недостатньої прозорості цін на медичні послуги для пацієнтів. Україна може скористатися цим досвідом і розвинути прозору систему ціноутворення для медичних послуг в приватному секторі, що дозволить пацієнтам зрозуміти, скільки вони платять і за що.
- Kateryna Garonova розповіла про розширення джерел фінансування медичної сфери: США мають складну систему медичного страхування, яка базується на різних джерелах фінансування, таких як приватні страхові компанії, державні програми та світські організації. Україні можна навчитися розширювати джерела фінансування медичної сфери, щоб забезпечити більш ефективну і доступну медичну допомогу всім громадянам.
- Чернігівцева Світлану Миколаївна зробила наголос на профілактику та первинну медичну допомогу: у США все більше уваги приділяється профілактиці та первинній медичній допомозі. Це може бути важливим прикладом для України, яка також може зосередитися на запобіганні захворювань та покращенні доступу до первинної медичної допомоги, розширенні державних програм профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних хвороб, що зменшить потребу у дороговартісних та складних лікуваннях.

IV. Слухали: Kateryna Garonova надала пропозицію: спростити процедури оформлення медичних документів та зменшення бюрократичних перешкод в Україні. Наприклад, для оформлення інвалідності в США використовується система балів, яка надається по затвердженим протоколам і за кожне захворювання згідно стадії, порушення функцій організму, прогнозу щодо

одужання, наявним обстеженням нараховуються бали. Це дає можливість в прозорому отриманні статусу «особа з інвалідністю» та виключення корупційних та бюрократичних перешкод.

Виступили:

- Тоцький Яків Сергійович пропонує вдосконалити систему електронної черги для запобігання відмов у наданні медичної допомоги через неправильну організацію роботи. А також рекомендує залучення більшої частини приватного сектору до надання медичних послуг та партнерства з міжнародними організаціями з метою покращення управління та фінансування медичної сфери.
- Мирошніченко В'ячеслав Володимирович пропонує взяти досвід щодо підвищення кваліфікації та навчання медичних працівників з питань ефективного управління, використання сучасних технологій та стратегій у медицині.
- Кононихіна Олена Іванівна запропонувала впровадити ефективні механізми контролю та оцінки якості надання медичних послуг та переглянути систему проведення акредитацій медичних закладів в Україні, які використовуються на даний час.
- Мирошніченко Юлія Геннадіївна рекомендує розроблення та виконання стратегічних планів розвитку медичного сектору з метою упорядкування та поліпшення його функціонування; розширити календар щеплень в Україні та перевести рекомендовані щеплення в обов'язкові, як в США (ввести в обов'язковий календар щеплень вакцини від таких захворювань як гепатит А, ротавірусна інфекція, пневмокок, папілома вірус, менінгокок, вітряна віспа. Це покращить рівень захищеності населення від інфекційних хвороб та зменшить рівень госпіталізацій, часу непрацездатності та летальних випадків від вакцинокерованих хвороб).

Ухвалили:

- 1) Американський досвід в медичній сфері буде дуже корисним для України;
- 2) Для більш ефективного результату необхідно впровадити індикатор якості надання медичних послуг за результатами лікування та профілактики (налагодити взаємозв'язок між якістю медичного обслуговування та видатками на його фінансування);
- 3) Забезпечити медичний персонал сучасним медичним оснащенням, системами власного захисту тощо;
- 4) Запровадити тотальний контроль на місцях за надходженням, розподілом та використанням коштів, які передбачені на фінансування сфери медичного обслуговування населення, за допомогою систем «Prozorro» та е-каталог, котра забезпечить доступ до інформації та контролю з боку громадськості;
- 5) Удосконалити електронну систему медичного обслуговування населення та об'єднати існуючі медичні електронні системи в одну та покласти контроль за її функціонування на Національну службу здоров'я України;
- 6) Запровадити базове загальнообов'язкове медичне страхування з можливістю його розширення (можна зробити пілотний проект в одній із областей України, як це було зроблено в штаті Массачусетс перед впровадженням медичної реформи в США);
- 7) Розробити сучасний метод оцінювання якості надання медичних послуг в медичних закладах в Україні;
- 8) Посилити інфекційний контроль в медичних закладах України (для цього повинна бути створена служба замість ліквідованої Держсанепідслужби, яка повинна мати повноваження проводити моніторинг інфекційного контролю в медичних закладах всіх рівнів);
- 9) Змінити державний календар щеплень в Україні та приблизити його до календаря США (введення в державний календар щеплень вакцин, які будуть захищати від таких хвороб, як гепатит А, ротавірусна інфекція, пневмокок, папілома вірус, менінгокок, вітряна віспа).

SUMMARY

The qualification work consists of 105 pages, 87 positions in the reference list and 2 annexes.

REFORM OF PUBLIC ADMINISTRATION IN THE FIELD OF MEDICINE IN THE USA: THE EXPERIENCE FOR UKRAINE.

The aim of the study is to determine the advantages and disadvantages of the reform of public administration in the field of medicine in the USA as an experience for Ukraine.

The object of research is the public administration of the field of medicine in the USA.

The subject of the study is reforming of public administration in the field of medicine in the USA (on the example of Obamacare): the experience for Ukraine.

Research methods are generalisation, abstraction, analysis, synthesis, historical and legal, system-structural analysis, comparative legal method, statistical data analysis, and conducting a focus group.

The novelty of the research: the reform of public administration in the field of medicine in the USA improved the availability of quality medical help in the country, and such experience could be implemented while reforming the healthcare sphere in Ukraine.

Hypothesis: The obtained results will help in the development of recommendations on improvement of the system of public administration in the field of medicine in Ukraine taking into account the practical reasonable approaches to the indicated sphere from the side of the USA administration.

Conclusions:

1. The study has confirmed the hypothesis that the experience of the reform of public administration in the field of medicine in the USA can be applied in Ukraine and the basic compulsory health insurance with the possibility of its expansion can be implemented.
2. Recommendations during conducting of focus group: development of programme of improvement of preventive medicine on the basis of primary link of medicine, improvement of electronic system of health care.
3. Development of education and scientific research activity during the preparation of specialists in the field of medical care of the population.

ЦЕНТРА ПЕРЕКЛАДІВ "АЗБУКА"	
translation agency "AZBUKA"	
Україна, м. Запоріжжя, пр. Соборний 177, ТЦ Фортуна, офіс 3	
Ukraine, Zaporizhzhia, 177 Soborniy av., Fortuna TC, office 3	
tel.: +38 073 600-43-68; +38 095 472-89-09	
Переклад виконано перекладачем <u>Анна Шумова</u>	Переклад виконано перекладачем <u>Anna Shumova</u>
Translated by <u>Anna Shumova</u>	Translated by <u>Anna Shumova</u>
з <u>Української</u> мови на <u>англійську</u> мову	from <u>Ukrainian</u> into <u>English</u>
Підпис перекладача <u>Anna</u>	Translator's signature <u>Anna</u>
Дата/ Dated <u>12.12.23</u>	Date/ Dated <u>12.12.23</u>

**Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ**

Я, Мирошніченко Юлія Геннадівна, магістрантка 2 курсу магістратури, форма навчання заочна, факультет соціології та управління, спеціальність «публічне управління та адміністрування» освітньо-професійна програма «публічне управління та адміністрування», адреса електронної пошти jmiroshnichenko.fop@gmail.com,

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Реформа публічного адміністрування медичної сфери США: досвід для України» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлена;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата _____ Підпис _____ ПІБ (студент) Мирошніченко Ю.Г.

Дата _____ Підпис _____ ПІБ (науковий керівник) Масюк О.П.