

Міністерство освіти і науки України
 Національний технічний університет
 «Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
 Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента (ки) *Мірзоян Анушик Ашотівни*

академічної групи *281м-21з-2 ІДУ*

спеціальності *281 Публічне управління та адміністрування*

на тему: *«Державне забезпечення реалізації медичної реформи:
 перспективи розвитку в умовах системних змін»*

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кандзюба С.П.			
розділів:				

Рецензент				
-----------	--	--	--	--

Нормоконтролер				
----------------	--	--	--	--

Дніпро
2022

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ.....	7
1.1. Стан наукової розробки дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні.....	7
1.2. Особливості впровадження медичної реформи в Україні.....	15
РОЗДІЛ 2. СВІТОВИЙ ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЙОГО АДАПТАЦІЯ В УКРАЇНІ.....	22
2.1. Особливості проведення медичних реформ в пострадянських країнах.....	22
2.2. Міжнародний досвід державного фінансування реформ в сфері охорони здоров'я	33
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ КРАЩИХ СВІТОВИХ СТАНДАРТІВ.....	46
3.1. Оцінка зарубіжних та українських тенденції розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування.....	46
3.2. Розробка шляхів удосконалення державної політики кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19 в контексті реформування медичної системи.....	54
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні тенденції впровадження європейських норм в суспільне та політичне життя вимагають реформування усіх його сфер. Здоров'я населення, як і якість життя в цілому, є одним з головних показників, що характеризують рівень соціально-економічного розвитку держави. Проблема низького рівня здоров'я населення в Україні обумовлена як проблемами у сфері охорони здоров'я, так і демографічними, соціально-економічними процесами, низькою ефективністю витрат на охорону здоров'я. У даних умовах система охорони здоров'я, головним завданням якої є збереження і відновлення здоров'я людини шляхом зниження захворюваності, зростання продуктивності праці, продовження працездатного періоду трудящих, що в свою чергу сприяє зростанню національного доходу країни і підвищенню добробуту народу, виявилася в досить складній ситуації, коли зміна умов господарювання вимагає адекватного пристосування до них.

Проголошення медичної реформи висуває на порядок денний питання здійснення державної політики в медичній галузі, її спрямування на необхідні перетворення і створення нової системи охорони здоров'я, здатної забезпечити права громадян на медичну допомогу. Запровадження ґрунтовних змін в організації будь-якої сфери суспільного життя здійснюється шляхом реалізації відповідної державної політики. У зв'язку з цим актуалізуються питання вибору напрямів та шляхів її здійснення, з'ясування її форми та способу реалізації. Реформування медичної системи в Україні, старт якої почався у 2017 р., вважається реальним напрямком виходу української сфери охорони здоров'я з масштабної кризи, одним із основних аспектів якої є переорієнтування на переважно страховий принцип функціонування, в результаті чого основним джерелом фінансування охорони здоров'я стають кошти обов'язкового медичного страхування.

Здійснені заходи в процесі реалізації медичної реформи загалом демонструють позитивні зрушення в сфері охорони здоров'я, але криза, викликана пандемією Covid-19 довела, що невирішеними залишаються питання кадрового забезпечення, оскільки від їх чисельності, структури, рівня кваліфікації, компетентності, рівня оплати праці, людських і моральних якостей залежить якість наданих медичних послуг в країні.

Аналіз досліджень та публікацій. Проблеми державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні на сучасному етапі дослідження маловивчені, проте простежуються підвищення наукової уваги з боку теоретиків та практиків публічного управління Серед іноземних дослідників зазначеної теми варто виділити У. Брюса, П. Доубеля, К. Льюїса, Д. Планта та Р. Чандлера тощо.

Серед вітчизняних науковців варто виділити праці В. Лехана, І. Солоненко, Я. Радиша, Л. Жаліло, С. Стеценко, Н. Рингача, Т. Курило, В. Григоровича, Т. Курило, О. Перетяка, В. Шевцова, Т. Педченко, Н. Авраменко та інші.

Нормативним підґрунтям роботи є Конституція України, закони та підзаконні нормативно-правові акти, постанови КМУ, які є нормативно-правовими основами державної політики реалізації медичної реформи

Об'єктом дослідження є медична реформа в Україні.

Предметом дослідження є перспективи державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в умовах системних змін.

Метою магістерської роботи є дослідження основних наукових підходів щодо державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні, оцінка зарубіжних та українських тенденцій розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування, а також розробка шляхів удосконалення державної політики забезпечення реалізації медичної реформи, зокрема кадрового забезпечення.

Для реалізації даної мети поставлені такі **завдання**:

- систематизувати стан наукової розробки дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні;
- висвітлити особливості впровадження медичної реформи в Україні;
- проаналізувати світовий досвід реформування сфери охорони здоров'я та можливості його адаптації в Україні;
- оцінити зарубіжні та українські тенденції розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування;
- розробити рекомендації щодо удосконалення державної політики забезпечення реалізації медичної реформи, зокрема кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19.

Методи дослідження. Теоретико-методологічною основою даної роботи є комплексне застосування соціально-управлінського, правового та соціокультурного підходів до аналізу державної політики забезпечення реалізації медичної реформи, світового досвіду реформування сфери охорони здоров'я його адаптація в Україні. Поєднання даних підходів дозволяє здійснити багатосторонній аналіз щодо удосконалення державної політики забезпечення реалізації медичної реформи зокрема кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19.

Емпіричною основою роботи є:

- аналіз даних про стан наукової розробки дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні;
- сучасні розробки світових тенденцій реформування сфери охорони здоров'я;

Наукова новизна одержаних результатів полягає у дослідженні актуального наукового завдання щодо державної політики забезпечення реалізації медичної реформи, а також зарубіжних та українських тенденцій розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування.

Практичне значення. Основні ідеї та висновки дослідження доведено до конкретних положень, методик і рекомендацій. Вони можуть бути використані в практичній діяльності органами державної влади в процесі реалізації медичної реформи в Україні, зокрема проблемам кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, які містять шість підрозділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 82 найменувань та додатків (3). Загальний обсяг роботи складає 90 сторінок, із них 74 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

1.1. Стан наукової розробки дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні

Для повноцінного розвитку економіки та добробуту населення здоров'я є однозначно найважливішим чинником. Проголошення медичної реформи висуває на порядок денний питання здійснення державної політики в медичній галузі, її спрямування на необхідні перетворення і створення нової системи охорони здоров'я (далі – СОЗ), здатної забезпечити права громадян на медичну допомогу. Запровадження ґрунтовних змін в організації будь-якої сфери суспільного життя здійснюється шляхом реалізації відповідної державної політики. У зв'язку з цим актуалізуються питання вибору напрямів та шляхів її здійснення, з'ясування її форми та способу реалізації. Усвідомлення впливу згаданих змін на життєдіяльність як усього суспільства в цілому, так і на долю кожної окремої людини підвищує відповідальність державних інститутів за обрані форми та шляхи і робить надважливим завдання з визначення змісту й напрямів здійснення відповідних перетворень. Особливої уваги набувають проблеми, пов'язані із розумінням теоретичних та практичних аспектів здійснення цих перетворень.

Останнім часом в наукових колах України проводиться активна робота з дослідження державної політики в сфері охорони здоров'я (далі – ОЗ) загалом та в галузі державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні зокрема. Зауважимо, що існуючі наукові напрацювання, численні теоретичні положення логічно доведені до рівня конкретних пропозицій, котрі придатні для впровадження ВРУ та КМУ, однак не знаходять свого відображення на сьогодні.

Наголосимо, що державне управління діяльності щодо СЗ має певні особливості. Зокрема, у відповідності до норм вітчизняного законодавства, ОЗ – це один із пріоритетних напрямів діяльності держави.

Щодо формування політики ОЗ в Україні, то варто зазначити, що саме держава формує дану політику, а також визначає та гарантує право на ОЗ. Законодавство України в контексті ОЗ базується на положеннях Основного Закону України, наголошується право на ОЗ кожен громадянин нашої держави має з моменту народження. Зокрема, стаття 3 вказує, що найвищою соціальною цінністю в Україні визнаються людина, її життя та здоров'я, честь та гідність, недоторканність та безпека [28].

Головною метою системи ОЗ є поліпшення стану здоров'я населення. Для досягнення цієї мети існують різноманітні організації, інститути і ресурси, які повинні надавати послуги та вчасно реагувати на потреби. Для належного функціонування системи ОЗ існує необхідність в наявності відповідних кадрових ресурсів, фінансових коштів, інформації, устаткування та матеріалів, транспорту, комунікацій, а також ефективного загального керування та керівництва.

У Всесвітній організації охорони здоров'я існує концепція «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегії для XXI сторіччя», яка окреслює основні цілі функціонування СОЗ: доступ до якісної медицини, належний розподіл фінансових ресурсів, відповідність потребам населення, загальне поліпшення стану здоров'я людства [31].

Передумовою до вказаного є ефективне формування та успішність діяльності нормативної та правової бази, котра включатиме цілий комплекс усіх необхідних ресурсів (фінансових, кадрових, матеріально-технічних), управління та керівництва, інноваційних технологій, а до головних цінностей належатиме наявність справедливості, солідарності, участі населення, етичність у підходах до розвитку систем [46]. Ряд дослідників розглядають державне управління ОЗ у вигляді сукупності певного цілеспрямованого

впливу державних органів влади, котрі діють в рамках відповідної компетенції на певних осіб, певні соціальні системи, а також на соціальний організм в цілому, маючи на меті їхнє впорядкування, збереження чи перетворення.

Розглядаючи питання медичної реформи і належне забезпечення її реалізації з боку держави, варто зазначити, що у сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем політики в галузі ОЗ загалом і державної політики забезпечення реалізації медичної реформи зокрема таких учених, як В. Лехан [35, 36], І. Солоненко [82], Я. Радиш [70], С. Стеценко [84], Н. Рингач [74, 75] та інших.

У навчальному посібнику з аналізу політики ОЗ, автором якого є Т. Семигіна пропонується таке визначення: «політики ОЗ, це політика, котра ґрунтується на визнанні державою права кожного на ОЗ, забезпечення захисту та гарантуванні всім громадянам реалізації їх прав у галузі охорони здоров'я» [2, с. 72]. Основний напрям політики держави щодо сфери ОЗ, на думку авторки – це створення як ідеології стратегії збереження здоров'я, так і конкретних структур й інституцій задля її реалізації, в тому числі законодавчої бази правового регулювання [2, с. 73].

В монографії «Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального та локального», котра побачила світ у 2013 р., Т. Семигіна приходить до висновку, що сучасна політика ОЗ базується на тому, що уряди більшості країн є відповідальними за стан здоров'я власного населення, а не лише за стан та фінансування СОЗ [2].

Політика ОЗ слугує одним із способів легітимації влади та оперує нормативними (ціннісними) уявленнями щодо здоров'я як бажаного рівня соціально-демографічних показників [77, с. 26]. Дослідник С. Прутько провів комплексний політологічний аналіз структури та основних напрямів реалізації екологічної політики в нашій державі, де лише фрагментарно

висвітлив питання СОЗ [69]. Іншим дослідником М. Яковлєвим з'ясовано сутність проявів інституційного ізоморфізму на прикладах особливостей політичної культури та процесів формування й реалізації політики ОЗ в нашій державі [93].

Нажаль, аналіз існуючої літератури показує, що зважаючи на значну кількість публікацій щодо різних аспектів політики ОЗ, в українській політологічній науці вкрай мало праць, присвячених аналізу проблемам ОЗ. Проте що стосується науки публічного управління у сфері ОЗ, то варто зазначити позитивну динаміку роботи науковців цієї сфери. До них відносимо Т. Курило, В. Григорович, О. Перетяка, В. Шевцов, Т. Педченко, Н. Авраменко та інші. Зокрема, на думку С. Петрової державна політика України у сфері ОЗ – це рішення, які прийняті на загальнодержавному рівні та зобов'язання, які бере на себе держава по збереженню та зміцненню здоров'я та соціального благополуччя населення. Так як саме ці компоненти, як стверджує автор, є найважливішою складовою національного багатства [62].

У своїх наукових пошуках Н. Кризина робить висновок, що до основних напрямів, стратегічних цілей вітчизняної національної політики в галузі ОЗ можемо віднести: належний рівень збереження та зміцнення здоров'я населення; ефективне державне пріоритетне фінансування комплексних народногосподарських програм лікування, здійснення профілактики, реабілітації тощо ОЗ [31].

Дослідження здійсненні Я. Радишем дають нам змогу здійснення системного концептуально-цілісного аналізу генезису державного управління СОЗ України як певного соціального феномену. Дослідником було розкрито зміст таких понять: «державної системи ОЗ», «міжвідомчих державно-управлінських відносини в галузі ОЗ» та уточнено тлумачення дефініцій «державної політики України в галузі ОЗ» та «єдиного медичного простору України» [70].

Дослідниця Н. Рингач у своїх працях проаналізувала громадське здоров'я як чинник національної безпеки України й обґрунтувала та розробила теоретико-методологічні засади удосконалення державного управління у СОЗ як складової системи забезпечення національної безпеки. Також дослідницею охарактеризовано нормативно-правову базу у сфері національної безпеки в контексті визначення факторів впливу на формування здоров'я населення [75].

Наукові розробки Н. Солоненко містять обґрунтування теоретико-методологічних засад удосконалення механізмів державного керування реформування галузі СОЗ за умов обмеження ресурсів в нашій державі та розроблено практичні рекомендації щодо їх впровадження як реального об'єкту державного управління та регулювання [82].

Серед дослідників економічного напрямку, вагомі наукові доробки здійснено І. Жалінською, а саме вдосконалення трактування понять «громадське здоров'я» та «охорона здоров'я». Встановлено ступінь розробленості проблеми оцінювання громадського здоров'я та особливості сучасної політики щодо вказаної сфери [19].

Дослідник Є. Малік висвітлив питання управління СОЗ України на засадах загальнообов'язкового державного медичного страхування. Дослідник впевнений, що державна політика щодо ОЗ має бути соціальною й ґрунтуватися на оцінці ризиків здоров'я населення, що дозволить окреслити напрями державних гарантій. Обґрунтовано необхідність введення в нашій державі змішаної системи фінансування, що базується на загальному державному соціальному медичному страхуванні всіх громадян [39].

Науковець Н. Карпишин дослідив теоретичні й практичні засади фінансового забезпечення СОЗ в нашій країні, проаналізував вітчизняний та зарубіжний досвід діяльності у вказаній сфері. Здійснено аналіз ефективності механізму державного фінансування сфери ОЗ, а також детально проаналізовано основні тенденції сучасного стану фінансування державної

медичної сфери. Крім того, дослідник обґрунтував шляхи вдосконалення державної політики фінансування СОЗ [24].

Окремі елементи, що можуть вплинути на удосконалення політики ОЗ висвітлені у працях С. Вдовенко, В. Парена, Л. Оппельд, Л. Безтелесної, І. Герасименко. Юридична наука поповнилася працями Б. Логвиненко, Д. Шапошнікова, Л. Дешко, В. Чернат, В. Іванюшенко, М. Заславської, В. Шаблистою, А. Байлова, О. Литвина, Г. Чеботарьова, П. Лівака. Зокрема, В. Стеценко досліджено загальну теоретико-правову характеристику медичного страхування як об'єкта правових досліджень [84].

Дослідницею І. Шатковською проаналізовано особливості загальної правової природи лікарської таємниці під час процесів дослідження її як елементу цілісної системи професійної таємниці; характерні особливості інституту лікарської таємниці як об'єкту правового регулювання й вивчення сучасного стану нормативно-правового забезпечення вказаного інституту; окреслено проблематику суб'єктів збереження лікарської таємниці [89].

Наприклад, В. Корнієць дослідила адміністративно-правові основи відповідальності за правопорушення у санітарно-епідеміологічній сфері в контексті процесів реформування в нашій державі. Авторка запропонувала можливі шляхи вдосконалення нормативно-правової бази у сфері забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, котрі стосуються питань діяльності посадових осіб санітарно-епідеміологічного сектору [30].

Автор З. Гладун наводить результати дослідження механізму адміністративно-правового регулювання взаємовідносин, прав та інтересів людини, формування та реалізації державної політики, повноважень Президента, ВРУ, КМУ, виконавчих владних органів та ОМС щодо сфери СОЗ населення. Крім того, автор розкрив проблемні питання поєднання державної, регіональної й місцевої політики щодо вказаної теми, координування діяльності органів й закладів ОЗ різних рівнів, форм

власності та підпорядкування. Було окреслено напрями гармонізації вітчизняних законодавчих норм щодо ОЗ з існуючими нормами міжнародного права [11].

Варто згадати дослідження І. Сенюти, котрі ґрунтуються на аналізі прав людини на ОЗ як основного інституту медичного права, встановлені особливостей законодавчого забезпечення даного виду права в нашій державі. Дослідниця розкрила значення прав людини на ОЗ в природно-правовому й юридичному аспектах. Розглянула питання становлення та розвитку медичного права як певної комплексної галузі права. Встановлено місце та роль норм права на ОЗ в правовому статусі громадян в нашій державі. Наведено рекомендації щодо вдосконалення законодавчого забезпечення СОЗ, в першу чергу, надання медичної допомоги [78].

Варто наголосити, що важливим елементом формування нової політики ОЗ – є напрямок виховання молодого покоління в дусі збереження власного здоров'я. Саме в цьому вбачається нерозривний взаємозв'язок, оскільки виховання культури збереження здоров'я й поведінка здоров'я збереження утворюють певну систему, котра має бути закладена в ідею нової політики ОЗ. Актуальними в цьому плані є дослідження В. Кузьменко в котрих зазначається й науково обґрунтовуються педагогічні умови виховання здорового способу життя старших підлітків засобами фізичної культури [33].

Теоретичне обґрунтування соціально-педагогічних особливостей становлення особистості підліткового віку, соціально-педагогічні чинники формування ЗСЖ особистості, науково-теоретичні засади формування ЗСЖ, соціально-правові аспекти вказаних процесів знайшли своє відображення в працях О. Вакуленко [8]. Здійснено наукове обґрунтування змісту, форми, методів та організаційно-педагогічних умов виховання у молодших школярів почуття необхідності ведення ЗСЖ та модель інтегративного підходу щодо їхнього виховання, котра оптимізує даний процес – все це було запропоновано в дослідженнях С. Кондрабка [27].

Процеси формування поведінки й культури збереження здоров'я – це новий етап розвитку СОЗ. Сучасні умови диктують необхідність переоцінити багато традиційних розумінь, зокрема, про це йдеться в більшості досліджень О. Омельченко, Н. Зимівця, А. Чаговця, Т. Єрмакова, О. Глагощука, О. Свириденко та інших [31].

Таким чином, реалії сьогодення свідчать про необхідність суттєвого оновлення поглядів стосовно державного регулювання у СОЗ громадян. Впровадження державно-приватного партнерства у СОЗ об'єктивно зумовлено поєднати матеріальні й інтелектуальні ресурси державного та приватного секторів, сприятиме розбудові СОЗ, підвищенню якості надання МП населенню, технологічному переоснащенню медичної галузі, вдосконаленню підготовки медичних кадрів. Наголосимо, що мета державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні – це поліпшити стан здоров'я населення, підвищити реальну доступність медичної допомоги для всіх його прошарків. Крім того, збереження та покращення здоров'я має забезпечувати більш повне використання можливостей людини, продовжувати тривалість активного працездатного періоду людського життя й покращувати економічно значущі якісні характеристики населення. Здоров'я має сприйматися не лише як здатність до фізичного благополуччя під час існування, скільки здатність виконувати соціально-трудова функції, відтворювати сукупність людських здібностей й потреб в цілому. Ступінь розвитку різних здібностей, творчих можливостей особистості та повнота їхньої реалізації, інтенсивності та результативності життєдіяльності індивідів є не лише залежними, але й в певній мірі, похідними від стану здоров'я людини.

Як наслідок, основою нової сучасної парадигми вітчизняної державної політики щодо сфери ОЗ повинно бути покладено усвідомлення того, що здоров'я людини – є соціально-економічною цінністю, а здійснення

скоординованих дій, котрі спрямовані на покращення здоров'я нації, – є стратегічним пріоритетом держави.

1.2. Особливості впровадження медичної реформи в Україні

Медична реформа була однією з очікуваних українськими громадянами реформ, яка докорінно змінила СОЗ. Вона передбачає багато значних перетворень у сфері надання медичних послуг (далі – МП), неоднорідних підходів надання МП громадянам. Головною ознакою країни з високим рівнем розвитку є кількість її населення із середньою тривалістю життя. І не треба підводити багато підсумків, щоб побачити стійкий, тривалий та непорушний зв'язок між такими поняттями, як стан і рівень медичного обслуговування та середня тривалість життя.

Оскільки медична система нашої країни була успадкована від СРСР, і наслідком цього були величезні грошові витрати на неї, це призвело до зміни виду фінансування даної сфери. Головною метою медичної реформи 2017 року є підвищення якості в наданні послуг та значне скорочення видатків на медицину. Усі запропоновані та зазначені зміни містяться у ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 13.07.2017 року. Відтак її значущість міститься в передачі більших повноважень щодо здійснення організації медицини на місцях. А це означає, що завідуючий медичного закладу матиме змогу запропоновувати своїм колегам схему розподілу коштів.

Під першою схемою мається на увазі пропорційна система, тобто кошти лікар буде отримувати в залежності від кількості обслуговуваних ним пацієнтів, а друга схема являю собою пряму систему, яка означає, що розподіл грошей лікарям буде проводитися порівну. Усе це може означати тільки те, що між лікарями буде виникати природна конкуренція, котра, у свою чергу, примусить надавати ряд медичних послуг на більш якісному

рівні. Виходячи з цього, можна сказати, що лікар та пацієнт стануть ніби партнерами, адже наша держава в першу чергу виділяє кошти на ефективність лікування, і, таким чином, лікарю стане не вигідно лікувати хворого із запущеними стадіями, саме для цього покладається більше зусиль та відповідальності. Отже, державні кошти будуть надходити саме в той заклад, котрий оберуть для себе самі пацієнти. Іншими словами саме громадяни перетворюються на роботодавців лікарів.

Є ще одна особливість реформи, а саме – автономізація лікарень. Це характеризується наявністю власного бюджету і можливістю витратити кошти так, як лікарні вважають за потрібне. Ціни на ті чи інші медичні послуги будуть надаватися на місцях. Вся інформація про попереднє лікування пацієнта буде міститися в єдиному електронному реєстрі.

Щодо фінансування цієї галузі законом встановлено, що на реалізацію програми медичних гарантій щорічно буде виділятися не менше 5% ВВП України. Видатки на програму медичних гарантій захищаються відповідними статтями видатків з бюджету. Звуження програм медичних гарантій не допускається, окрім випадків, встановлених законодавчими нормами. Під час доопрацювання із законопроекту виключено можливості фінансування первинної ланки за допомогою механізму субвенції [48].

Основними напрямками медичної реформи в Україні є первинні ланки медичних закладів, тобто поліклінічних відділень, а також медичні працівники. Кожному громадянину країни надано можливість обирати собі того лікаря, якому довіряє власне здоров'я та здоров'я своїх дітей. З ним пацієнт підписує договір щодо надання конкретних МП [50]. Чимало спрощується система ліцензування лікарської практики. Вагомим завданням сімейного лікаря є не виконання всіляких паперових справ, а підтримання здоров'я своїх пацієнтів. Разом із тим, лікарняні та медичні довідки в навчальні установи також видає сімейний лікар.

Нарахування оплати лікарю за надані послуги є прозорим. Цим питанням займається страхова агенція, більше лікарів можуть займатися приватною практикою. Одним напрямком реформи стала підготовка до подальших змін госпітальної (тобто лікарняної) ланки. Більшу автономію отримали медичні заклади [47]. Нововведена реформа поділяє всі свої медичні послуги на три різновиди, а саме: платні, частково оплачувані державою та повністю безкоштовні. Тільки з 2020 р. визначено, яку послугу громадяни оплачують самостійно, а яку фінансує державний бюджет. Також планується придбання полісу добровільного медичного страхування, який теж передбачає покривання певних медичних послуг. Реформа передбачує, що в лікарні платними може бути не більше 20% від усіх медпослуг. До переліку платних послуг на сьогоднішній день входить лише естетична медицина. Тобто якщо виникає бажання змінити зовнішній вигляд, то за такі операції доведеться сплатити самостійно.

Що стосується напівоплатних медичних послуг, то одну частину оплачує сам пацієнт, а іншу – держава. Метою соплатежів є розподіл відповідальності за здоров'я пацієнта. Це можуть бути щомісячні виплати – страховка, а може бути оплата за тарифом. Ціна на такі послуги буде також контролюватися державою. Але є виключення стосовно ветеранів АТО, в цьому випадку весь перелік послуг буде оплачувати держава.

І, нарешті, останнім видом є повністю безкоштовні послуги, котрі мають назву державний гарантований пакет. До його списку занесено 80% найпоширеніших звернень населення країни: паліативна допомога, що спрямована на догляд і зниження болю в разі важких і смертельних захворювань, порятунок чи невідкладна допомога та первинна медична допомога – діагностика, профілактика, лікування, реабілітація, спостереження протягом вагітності тощо. Такий пакет доповнюється і коригується щороку НСЗУ і затверджується КМУ. Гроші на цей пакет обирають окремою статтею витрат.

Хоча кілька пострадянських країн вже зуміли перейти на ринкову модель медицини, Україні це не вдавалось здійснити протягом 25 років. Із 21-го законопроекту, якими пропонувалося впровадити страхову систему медицини, жодного не було підтримано. Саме тому урядові не залишилось нічого іншого, як відразу перейти до дій. Зміни будуть поступовими та тривалими. Найперше планується розподілити основні медичні установи. З часом медична реформа буде все ширше розгортатись [15]. Увесь процес здійснення даної реформи розподіляється на три етапи:

1) Перший етап реформування розрахований на 3 роки. Спочатку реформа первинного рівня, з 2018 року – вторинного, а з 2019 р. – третинного, що відбувається зараз. Що стосується сьогоденного часу, то жодних витрат з кишень громадян України поки що не передбачається. На 2019 рік із державного бюджету було виділено 7% (а це майже 59 млн. грн.) на медицину. Ці кошти скеровано на забезпечення тих медичних закладів, в котрих громадяни зможуть отримати необхідну медичну допомогу. Урядом не передбачено введення додаткового обов'язкового податку на медичне страхування, а також створення якихось фондів. Компенсація наданих послуг медичному закладу та лікарю буде здійснюватися з бюджету країни. Таким чином, страхова медицина в Україні починаючи з 2017 р. схожа на іспанський та угорський варіанти.

Виходячи із вищезазначеного, можна виокремити як позитивні, так і негативні риси нововведення. Щодо плюсів, то нова реформа передбачає виведення української медицини на новий якісний рівень. Найбільше переваг мають помічати самі громадяни. Вони самостійно обирають собі лікаря, при цьому немає значення, де проживає людина. Не сплачують за надання МП, таким чином, медичні заклади та лікарі вже сьогодні змагаються за найбільшу кількість клієнтів. Непрофесійні спеціалісти, а також лікарі з поганою репутацією залишаються на сьогодні без відповідної оплати, а то, взагалі, без роботи. Безумовно, від якісних медичних послуг виграватиме й

сама держава. Здорові працівники не потребуватимуть витрат на компенсацію лікарняних. Своєчасно встановлений діагноз попереджуватиме кількість інвалідів і безробітних. Високопрофесійні лікарі вже сьогодні отримують більше визнання й більшу та цілком легальну заробітну плату внаслідок власної якісної роботи [43].

Не влаштує реформа медицини в Україні лише тих лікарів, які не впевнені в якості своєї роботи, і тих, хто не може конкурувати. Також деякі переконані, що під час впровадження такої системи утримання маленьких сільських лікарень стане нерентабельним, і велика кількість населення буде позбавлено можливості використовувати медичне обслуговування.

Також реформатори системи стикнуться з колосальною протидією:

- адміністратори від медицини;
- лікарі, котрі заробляють на процесах реалізації «відсутніх» у лікарів певних ліків, продажів довідок, лікарняних, місць у черзі, посвідчень інвалідів тощо (таких лікарів відносно мало, однак вони володіють реальною адміністративною владою);
- продавці певних ліків; професори та доценти, котрі традиційно оцінюють ефективність роботи кафедри за кількістю захищених дисертацій, керівництво академії медичних наук, санаторіїв [44].

Отже, реформа не є швидким процесом, для її повної реалізації Україні ще знадобиться певний час. В процесі повної реалізації медичної реформи, держава гарантує громадянам повну оплату за рахунок державного бюджету МП та лікарських засобів пов'язаних із наданням певних послуг (рис. 1.1).

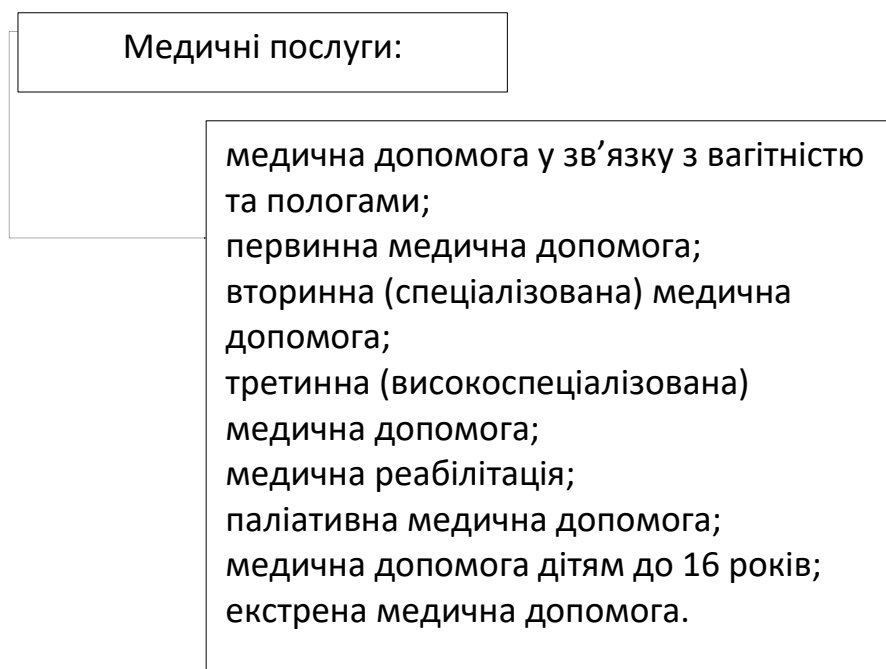


Рис. 1.1. Медичні послуги за рахунок державного бюджету

На сьогодні вже створено Національну службу здоров'я – виконавчий орган влади, який зобов'язується укладати договори про медичне обслуговування населення.

Проаналізувавши Закон, можна зазначити, що відтепер медична сфера України буде базуватися на високих стандартах, а це дасть змогу кожній особі повноцінно реалізовувати своє законне право на належне медичне обслуговування.

Із вступом більшості положень реформи в дію у кожному районному центрі буде діяти забезпечена усіма ресурсами лікарня. Вчасне прибуття невідкладної медичної допомоги тільки посилить роботу наших медиків. Працюватиме реальна система висококваліфікованих лікарень, що, звісно, змінить на краще сучасну ситуацію сфери МП. Може здаватися, що відтепер велика кількість лікарів вузької спеціальності втратять свою роботу, але таке твердження спростовує само себе, адже знаючий та компетентний працівник, який хоче та вміє працювати з людьми, ніколи не залишиться без роботи.

Більш того, однією з багатьох цілей медичної реформи було виявлення та звільнення некваліфікованих кадрів.

Наразі, кошти державного бюджету виділяються не лікарням, а пацієнтам на лікування, тобто реформа реалізує свій головний девіз «Гроші йдуть за пацієнтом», тим самим держава оплачує лікарю конкретну послугу, яка надана пацієнту. Разом з тим за даним принципом, залежить і заробітна плата лікаря, так як дана система передбачає, що чим більше у лікаря пацієнтів, тим більша оплата праці. Отже, за такої системи лікар зацікавлений більш якісно надавати свої послуги, оскільки може втратити фінансово. Тим більше, не тільки лікарі конкурують між собою, а також і медичні заклади, тим самим теж підвищують якість своїх послуг [56].

Таким чином, в нашій державі розпочато розроблення значної кількості медичних стандартів, основні їхні форми представлені соціальним стандартами надання медичної допомоги, медико-економічні стандарти й клінічні протоколи. Наряду з цим актуальним залишається питання впорядкування вказаної значної за обсягами бази медичних стандартів з метою їхнього приведення у відповідність до існуючих міжнародних вимог та стандартів. Однак стандарти за наших умов зовсім нічого не означають, оскільки державне фінансування не здатне забезпечити й половини тих вітчизняних стандартів, котрі затверджено державою. Крім того вітчизняна медицина почне застосовувати міжнародну практику – європейські протоколи лікування котрі регулюватимуть методи лікування та ліки, котрі виписуватиме лікар.

Отже, на сьогодні існує позитивна динаміка щодо реалізації медичної реформи в нашій державі. Держава практично повністю намагається виправдовувати покладені на неї очікування, а більшість вітчизняних громадян вже встигли відчутти на собі позитивні результати проведеної реформи.

РОЗДІЛ 2. СВІТОВИЙ ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЙОГО АДАПТАЦІЯ В УКРАЇНІ

2.1. Особливості проведення медичних реформ в пострадянських країнах

Реформи ОЗ, котрі проводять більшість цивілізованих країн, передбачають в першу чергу поліпшення стану здоров'я членів суспільства, підвищення ефективності СОЗ й більшу доступність людей до необхідних МП. Наприклад, у 2010 р. лише кожен третій українець був незадоволений низьким рівнем кваліфікації лікаря й близько 70 % опитаних погоджувалися з необхідністю здійснити реформування галузі ОЗ [71].

Відповідно до даних досліджень у 2015 р. лише 10 % опитаних оцінили якість медичної допомоги в Україні як відповідну, що є найнижчим рейтингом в Європі [29]. Вирішити кризову ситуацію в системі фінансування галузі ОЗ можливо лише за допомогою її поступового реформування. Наприкінці 2015 р. було представлено фінальну версію Національної стратегії реформування СОЗ України на 2015-2020 рр., в якій було заявлено про відхід від фінансування державою закладів ОЗ за існуючою моделлю Семашко (ліжко-місце). Також, для уникнення помилок під час реалізації реформи фінансування СОЗ виникла необхідність звернути особливу увагу на існуючий досвід зарубіжних країн та пострадянських республік, котрі мали схожі вихідні дані до реформування та врахувати як їх позитивні так і негативні моменти під час проведення реформи. Використовуючи наявний позитивний чи негативний досвід реформування СОЗ, наша держава може сформувати власну ефективну модель, котра забезпечуватиме справедливість та рівність щодо доступу до якісної медичної допомоги для всіх категорій населення.

Специфічність поєднання механізмів, котрі застосовувалися різними країнами задля успішного вирішення існуючих проблем, відрізняються один від одного. Це сталося в результаті наявності істотних розбіжностей основних (особливо економічних) концептуальних факторів у певних країнах під час постперехідного періоду. Отже, формування єдиної стратегії проведення медичної реформи, котра підходила б кожній країні є неможливим, на чому наголошують й більшість дослідників. Оскільки в нашій країні реформа відбувається під час політичної та економічної кризи, потрібний комплексний підхід щодо вирішення цієї проблеми із врахуванням всіх її особливостей.

На сьогодні більшість країн пострадянського простору взяли курс на перехід до ринкової економіки. Саме під час таких еволюційних перетворень всі галузі економіки зазнають реформування (зокрема, й галузь ОЗ) [62]. Більш детально загальні витрати у % до ВВП, державні та приватні витрати на ОЗ у % до загальних витрат на ОЗ в окремих країнах з перехідною економікою подано у таблиці 1.1.

Варто звернути увагу на перебіг реформування СОЗ у республіці Молдова. За часів СРСР СОЗ Молдови будувалася на принципах моделі Семашко (ліжко-місце). На момент отримання незалежності в країні було безліч об'єктів ОЗ та численні медичні кадри, однак не було достатньої кількості коштів аби їх утримувати. Незважаючи на масштабні скорочення в СОЗ, починаючи з 1997 р. мережа медичних установ в Молдові вважалася самою розгалуженою, а забезпеченість медичними кадрами – найвищою серед західних європейських країн, та більшості країні колишнього СРСР.

Таблиця 1.1.

**Загальні, державні та приватні витрати на охорону здоров'я у
країнах пострадянського простору [96]**

Країна	Загальні витрати на ОЗ, % до ВВП	Приватні витрати на ОЗ у % до загальних витрат на ОЗ	Державні витрати на ОЗ у % до загальних витрат на ОЗ
Естонія	5,94	20,08	79,92
Молдова	11,72	45,54	45,34
Казахстан	4,2	42,2	57,8
Грузія	9,2	82,0	18,0

Фінансова криза 90-х рр. призвела до масштабної консолідації СОЗ Молдови, котра супроводжувалася скороченням ліжкового фонду лікарень, рівня активності й чисельності персоналу. Крім того, внаслідок фінансової кризи було відкладено заплановане введення обов'язкового медичного страхування. Однак саме тоді розпочалося створення необхідної нормативно-правової бази, управлінського потенціалу, а після успішної реалізації пілотного проекту щодо запровадження ОМС у 2003 р. вказана система була розгорнута по всій території країни й є діючою починаючи з 1 січня 2004 року [96]. Фінансування медицини в Молдові відбувається переважно з фондів обов'язкового медичного страхування. Практично кожен громадянин Молдови зобов'язаний брати участь у створеній системі. Починаючи з 2004 р. по всій країні уряд встановив єдиний страховий тариф щомісячних внесків на ОМС в розмірі 4 % (2 % від фонду заробітної плати для роботодавців, 2 % від власних доходів для працюючих), а починаючи з 2009 р. – 7 % (по 3,5 %). Щодо пенсіонерів, інвалідів, дітей віком до 18 років, тимчасово не працюючих, вагітних та інших груп населення, то відрахування у фонд щодо них робить сама держава, на що в цілому спрямовується більше

12 % всіх видатків з державного бюджету. Самозайняття (власники бізнесу, підприємці) сплачують внесок самостійно. Зазначимо, що всі перераховані відрахування акумулюються на єдиному рахунку Національної медичної страхової компанії (далі – НМСК).

За рахунок вказаних коштів відбувається закупівля НМСК медичних послуг, укладаються необхідні договори з різними медичними установами. Децентралізацію було розпочато ще у 1999 р., тому кожен регіон готує власний бюджет на ОЗ та подає його на розгляд Міністерства охорони здоров'я. Регіональний бюджет містить інформацію щодо того, скільки саме коштів потрібно аби забезпечити гарантований мінімум медичної допомоги районним установам СОЗ. Починаючи з 1999 р. розрахунки бюджету відбуваються не за кількістю лікарняних ліжок, а на основі подушних нормативів з врахуванням вікового складу населення. Крім того, процеси децентралізації дозволили приватизувати деякі медичні послуги чи їх послуги почали надаватися в приватному порядку (аптеками, стоматологічними клініками тощо). Численні повноваження було передано місцевим державним органам влади, однак правова природа цих зобов'язань досі не є чітко визначеною. Бюджетні асигнування на розвиток сектору ОЗ починаючи з 1992 по 2013 рр. різко скорочувався [96].

У 90-х рр. урядом Молдови було виділено 6 % ВВП на фінансування ОЗ, а загальні витрати становили в той же період близько 8,3 %, у 1999 році, після фінансової кризи, державні витрати знизилися з 4,3 до 2,9% ВВП, а загальні витрати на ОЗ – з 7,1 до 5,6% ВВП. Однак, вже у 2004 р., за оцінкою ВООЗ, державні витрати на ОЗ склали 4,2% ВВП, а загальні витрати – 7,4% ВВП, що приблизно відповідало середньостатистичним показникам Європейського регіону ВООЗ. В порівнянні з країнами СНД загальні витрати на ОЗ як частина ВВП в Молдові є дуже високими й зростають швидше, ніж в інших регіонах [96]. Станом на 2012 рік загальні витрати на ОЗ до ВВП становили 11,72%, що робить Молдову лідером серед витрат. Молдові

вдалося уникнути більшості помилок, котрі було допущено в ряді інших країн з перехідною економікою, які також ввели в себе ОМС, схема яких передбачала, що внески за непрацююче населення повинні надходити саме з місцевих бюджетів, а розміри таких внесків мають бути чітко прописаними в законі.

У Молдові з введенням системи ОМС було проведено децентралізацію бюджету ОЗ, і в 2005 році частка витрат центрального уряду в загальних витратах на ОЗ складала 95%, а в 2006 році, за оцінками, – майже 100%. В законі про ОМС було також встановлено принцип еквівалентності платежів, що передбачало однаковий розмір внесків за різних категорій застрахованого населення; саме так, розміри відрахувань в бюджет страхових компаній за непрацююче населення було прив'язано до розмірів внесків працівників та роботодавців [87].

Головним фактором успішності системи ОМС в Молдові можемо вважати наявність чіткого взаємозв'язку між розмірами страхових внесків за різні категорії застрахованого населення й середню вартість гарантованого мінімуму медичних послуг на душу населення. У відповідності до поправок до закону про ОМС ставка податку із заробітної плати, котра виплачується як внесок на ОМС за працююче населення, та подушний внесок за непрацююче та само зайняте населення повинні бути рівними між собою та відповідати середній вартості гарантованого ОМПС на душу населення. Вказаний механізм забезпечуватиме чітку фінансову відповідальність уряду перед населенням, застрахованим державою, та передбачатиме щорічне збільшення фондів НМСК, що надасть змогу покривати зростання вартості ОМПС.

Введення такого механізму відіграло дуже позитивну роль з точки зору поєднання гарантій безкоштовного медичного обслуговування з державним фінансуванням ОЗ й забезпечення стабільності останнього [96].

Республіка Казахстан. Після проголошення незалежності в СОЗ було проведено децентралізацію повноважень, що мало значні наслідки для

фінансування ОЗ та масштабів консолідації фінансових ресурсів ОЗ. Децентралізацію було проведено шляхом приватизації та передачі адміністративних та фінансових повноважень з національного на обласний рівні, а інколи й на районні (2000-2003 рр.). Взаємовідносини між національним та регіональним рівнем управління досить часто змінювалися з переміщенням повноважень то в одну, то в іншу сторону. Внаслідок, в СОЗ приватизація мала більш обмежений характер та торкнулася переважно аптек та стоматологічних послуг. До 1997 року більше ніж 90 % аптек було приватизовано. У жовтні 1996 року 95,8% організацій фармацевтичного сектору перебували в приватних руках [48].

До 2004 року бюджет певних областей формувався централізовано на обласному рівні, тоді як у більшості областей процеси формування бюджету проходили на районному рівні. У період між 2005-2009 рр., згідно з Бюджетним кодексом Республіки Казахстан, бюджети всіх областей мали формуватися на відповідному обласному рівні, а рішення стосовно виділення бюджетних асигнувань приймалися виключно обласними органами управління ОЗ. В межах адміністративної реформи та Державної програми реформування й розвитку ОЗ Республіки Казахстан на 2005-2010 рр. було передбачено посилення повноважень Мінохорони здоров'я РУ, багато з котрих було втрачено ще у 90-х роках [44].

Урядом РК було наділено Міністерство більшою самостійністю з більшою централізацією управлінських та фінансових функцій. Вказані заходи були здійснені вимушено, у відповідь на цілий ряд питань надзвичайних ситуацій (спалахи ВІЛ / СНІДУ в 2006 р.), котрі виявили наявність певних складнощів щодо управління на регіональному рівні. До інших основних причин, котрі сприяли процесам централізації, можемо віднести наявність значних регіональних відмінностей в рівнях фінансування обласних СОЗ, методів оплати МП та інфраструктури СОЗ. В результаті було прийнято рішення про створення Єдиної Національної СОЗ (ЄНСОЗ) з

централізацією державного бюджету ОЗ на національному рівні. Також у 2000 році був затверджено перелік МП, що надаються населенню державними організаціями безкоштовно. Однією з цілей Державної програми реформування та розвитку ОЗ Республіки Казахстан на 2005-2010 роки було введення Державного обсяг безкоштовної медичної допомоги (далі – ДОБМД).

Ця програма формувалася на основі таких принципів: відповідності фінансовим можливостям держави, соціальної справедливості та доступності медичної допомоги, поділу відповідальності держави, роботодавця та самих громадян за збереження й зміцнення здоров'я. Після децентралізації фінансування ОЗ до районного рівня у 2000-2003 роках з 2004 року було введено нову систему фінансування, котра включала консолідацію ресурсів ОЗ на обласному рівні, формування обласних департаментів ОЗ з функціями єдиного платника МП і вдосконалення механізмів закупівлі МП використовуючи нові методи фінансування медичних організацій [44].

ДОБМД включає певні медичні послуги, котрі періодично повинні переглядатися та затверджуватися відповідними нормативно-правовими актами, а також оплачуються за рахунок коштів республіканського бюджету. Пакет послуг ДОБМД включає певний перелік послуг швидкої медичної, амбулаторної й стаціонарної допомоги, а перегляд вказаного пакету відбувається кожні два роки. Крім того, оплата пацієнтами послуг, котрі входять до пакету ДОБМД, вважається незаконною, оскільки платними можуть бути лише послуги, котрі не включено до ДОБМП.

Медичні послуги, котрі не входять до ДОБМД, повинні оплачуватися громадянами або за рахунок власних коштів, або за рахунок коштів роботодавця, або з інших джерел фінансування. Одним із таких джерел можуть бути особисті платежі громадян. На сьогодні медичні установи ОЗ мають право офіційно стягувати оплату за надані послуги, котрі не входять до переліку ДОБМД. Оплату товарів й послуг, котрі надаються державними

установами ОЗ, було легалізовано у 1995 р. Обласні виконавчі органи влади володіють правом визначати розміри таких платежів, а багато з них навіть складають преїскурант на послуги, котрі не входять до ДОБМП. Такими преїскурантами передбачається повна оплата послуг, котрі не входять до переліку життєво важливих, зокрема, послуги косметичної хірургії та деякі стоматологічні послуги.

Грузія. Започатковану в Грузії медичну реформу відрізняє масштабність та системність, оскільки рівень корумпованості в галузі ОЗ була однією з найвищих серед колишніх пострадянських країн. Більшість медичних послуг, котрі офіційно вважалися безкоштовними, в дійсності коштували майже в двічі більше ніж планувалося й оплату таких послуг здійснювали безпосередньо за рахунок власних коштів та за рахунок додаткової оплати «за послуги» [65]. Реформування СОЗ в Грузії відбувалося в декілька етапів. Для початку аби відреагувати на загальну нестачу бюджетних коштів та залучити додаткові ресурси в сферу ОЗ, уряд країни запропонував введення нової концепції ОЗ із співфінансуванням на основі моделі соціального страхування. Такий тягар мав бути розподілений між роботодавцями й працівниками (3%+1%). Нестача коштів на соціальне страхування в цілому мала покриватися за рахунок трансферу із загальних надходжень до державного бюджету. А муніципальні фонди ОЗ мали отримувати додаткові надходження коштів з місцевих бюджетів.

Першим кроком стало впровадження цілої низки заходів щодо реформування системи фінансування медицини, було рішення скасувати податки на соціальне страхування. Податки з заробітної плати покривали лише 5 % всіх видатків на ОЗ, котра переважно фінансувалася за рахунок приватних коштів самих пацієнтів. Наявність високого рівня безробіття та низького рівня зарплат в поєднанні з низьким рівнем податків призвело до мінімальних фінансових надходжень до системи, оскільки більшість громадян, як і сама економіка країни, перебували в тіньовому бізнесі. Вказані

фактори доповнювалися корумпованістю державного сектору й адміністративною неспроможністю повноцінно поповнювати бюджет країни за рахунок податків. Вже через 5 років таких нововведень було зрозуміло, що вони є зовсім не ефективними. У 2005 р. уряд скасував вказані внески до системи страхової медицини разом із більшістю податків із їхнього надмірного переліку, котрий містився в Податковому кодексі. На сьогодні в Грузії наявні лише 6 податків, котрі роблять її 4 країною в світі за найменшим рівнем податкового тягаря. Ще одним ефективним кроком стала заміна субсидій, котрі обчислювалися на основі пропозиції послуг у системі медичної допомоги, на субсидії, котрі розраховувалися за оцінкою потреб, що надавало змогу зменшувати вартість страхування для вразливих груп населення. Й останнє, саме завдяки здійсненню приватизації надання МП було передано до приватного сектору економіки [73].

Приватизація галузі й поширення медичного страхування передбачається шляхом підвищення ефективності й професійного рівня галузі. Реформою під назвою «100 нових лікарень Грузії» передбачалося створення цілої мережі нових приватних клінік, котрі замінять існуючу застарілу матеріально та морально пострадянську державну систему. Тому було розраховано необхідну кількість лікарень з відповідними ліжкомісцями для кожного конкретного регіону, оголошено приватизацію надлишкових приміщень за умов інвестування в створення нових лікарень та клінік. Вже 2007 р. програму було підтримано декількома грузинськими та зарубіжними кампаніями. Однак на шляху реформування постали внутрішні та зовнішні політичні процеси в Грузії 2008 р. першочергова оплата послуг з охорони здоров'я передбачала й програму соціального забезпечення. Держава активно стимулює страхову медицину, підтримує страхування певних верств за рахунок бюджету [65].

Протягом 2007-2011 рр. було залучено до страхової медицини за рахунок коштів державного бюджету та розширено на мобільні всередині

держави групи осіб, а саме: викладачі шкіл державної форми власності, поліцейські та солдати. У 2012 р. було здійснено ще одне розширення медичного страхування за рахунок коштів державного бюджету, охопивши додатково ще майже 1 млн. чол., серед яких – пенсіонери, студенти вузів, діти віком до 6 років, а також громадяни віком до 18 років з обмеженими фізичними можливостями. Включно з вказаними категоріями населення, котрі вже було охоплено державним медичним страхуванням, загальна частка громадян Грузії, котрі були застраховані за кошти державного бюджету, становила 50 % населення, а частка передплачених медичних послуг навіть зросла з 5 % до 45 % [65].

Починаючи з 2008 р. громадяни Грузії, котрі проживають за межею бідності, почали отримувати ваучери для придбання особистих програм медичного страхування. Завдяки цьому механізму, який став альтернативою до схеми державного страхування Грузії передано можливість приймати рішення окремим споживачам та заохочується конкуренція серед страховиків. Натомість споживачі не є ізольованими від коштів на медицину, а надавачі послуг, навпаки, змагаються за надання нижчої ціни та покращення якості, аби привабити якнайбільше клієнтів. Громадяни Грузії, котрі перебувають за межею бідності, повинні отримувати медичне страхування безкоштовно, добровільно або сплачувати за надання медичні послуги із власної кишені. Суворе дотримання цільового та обмеженого втручання з боку держави до медичної галузі надало змогу грузинській СОЗ менше постраждати від ринкових ефектів у порівнянні з розвиненими країнами Європи та США. Грузія запровадила обов'язкове медичне страхування, фінансування медичної допомоги відбувається за допомогою єдиного фонду соціального страхування за рахунок державного бюджету (60 %), котрі надають у вигляді трансферів та внесків роботодавців (40 %) [73].

Медичну допомогу надають у відповідності до існуючих державних програм державними закладами ОЗ. Послуги, котрі не входять до переліку державних програм, надають за кошти населення. Недержавний сектор закладів ОЗ не бере участь в процесах реалізації державних програм та надає медичні послуги виключно за рахунок коштів громадян. В країні, котрій проживають 4,3 млн. населення, рівень захворюваності та смертності залишаються високими, натомість рівень народжуваності за останні роки знизився майже вдвічі. В країні зберігається різке вираження дефіциту фінансування на ОЗ на фоні незадовільного соціально-економічного становища й низького рівня соціального захисту в цілому. Основою перспективи розвитку СОЗ Грузії має стати економічний підйом й покращення соціального захисту населення. Крім того в Грузії сформовано таку систему ОЗ, котра практично позбавлена корупції. Показовим є зниження ціни на фармацевтичні засоби на 30-40 % [32]. Реформа виявилася ефективною в частині щодо зменшення витрат, особливо якщо порівняти їх із збільшенням у розвинених країнах Європи й США. Загальні витрати у відсотках від ВВП збільшилися тільки з 8,5 % у 2003 р. до 9,9 % у 2011 р. Ефекти рецесії можуть бути поясненні багатьма факторами з вказаного зростання, оскільки загальні витрати на медицину, в цілому, виросли з 9 % ВВП 2008 р. до 10,2 % ВВП у 2009 р. Після початкового підйому витрати в цілому почали зменшуватися, практично повернувшись до рівня нижче 10 % ВВП [4].

Таким чином, обґрунтовано, що наша держава повинна взяти до уваги кращі практики пострадянських країн щодо медичної сфери. Більшість країн розпочинали своє реформування фінансування галузі ОЗ із впровадження обов'язкового медичного страхування, введення цільових податків й децентралізації управління ОЗ. Однак більшість країн не змогли швидко та ефективно отримати необхідні позитивні зміни, оскільки економічне зростання в одних країнах надавало можливість отримувати необхідні

податки, а економічна нестабільність в інших призводила до практичної неможливості отримання задекларованих податків. Крім того, виникають проблеми щодо ефективного розподілу та перерозподілу коштів, що стало свідченням недосконалості регулюючих органів. Оскільки наша держава переживає тривалу економічну нестабільність та геополітичну кризу, більшість населення перебувають на межі зuboжіння, потрібними є добре продумані, ефективні, інколи навіть не популярні кроки, задля того аби забезпечити необхідну доступність медичної допомоги для всіх верств населення без виключення. Тому є доцільним сформуванню саме такої моделі, котра поєднуватиме в собі частково бюджетну систему фінансування, медичне страхування й приватні медичні послуги.

2.2. Міжнародний досвід державного фінансування реформ в сфері охорони здоров'я

Охорона здоров'я є сферою діяльності держави, мета котрої – організувати й забезпечити доступне медичне обслуговування населення, зберегти та підвищити рівень його здоров'я.

Існує безліч класифікацій СОЗ. Зазвичай класифікуючи їх, європейські експерти обмежуються основними трьома моделями: Бісмарка (німецька), Семашко (радянська) і Беверіджа (англійська). Три вищезгадані системи будувалися на основі солідарної ідеології, суть якої полягає в тому, що внесок громадянина в суспільний добробут не повинен визначати його доступ до медичного обслуговування, а так само, до решти послуг і продуктів, що вважається соціально важливими.

Система державної (бюджетної) ОЗ (система Беверіджа) має наступні основні характеристики: централізоване планування; пряме оподаткування, що використовується для фінансування; професійне керівництво; контроль якості частково державою, частково професійними органами; регіональне

планування; істотна економія ресурсів; низька оплата праці професійних працівників; низькі адміністративні витрати [35; 80].

Поряд з цим існують такі проблеми при організації ОЗ по системі Беверіджа:

- обмеженість матеріальних стимулів для клінічної ефективності;
- необхідність державного стримування витрат з використанням макрометодів;
- обмеженість свободи вибору хворими лікаря та медичної установи;
- існування списків хворих, які очікують черги на лікування;
- відсутність різновидів в стандартах пансіону;
- закріплення географічної та соціальної нерівності в залежності від відносної політики влади, яку мають географічні та соціальні групи, щоб впливати на уряд;
- обмеження впровадження нововведень з точки зору осіб, що займаються централізованим плануванням: малі можливості для творчої діяльності і варіацій служб для задоволення місцевих інтересів і потреб;
- існування тенденції до переважно стаціонарного лікування пацієнтів та залучення персоналу до роботи в цих установах;
- низький пріоритет у розвитку первинної допомоги і зміцнення здоров'я;
- посилення з боку держави як опіки, так і монополії щодо визначення пріоритетів і цінностей;
- слабкий зв'язок між центром і периферією; бюрократична, авторитарна система управління, котра не піддається впливу комерційних ринкових методів [59].

Система державного (регульованого) страхування здоров'я. Страхова медицина (система Бісмарка) характеризується наступними особливостями: децентралізоване фінансування; можливість вибору фондів медичного

страхування населенням і роботодавцями; наявність конкуренції між фондами і службами; велика увага з боку фондів контролю якості та контролю за витратами; поділ державних органів, які фінансують галузь, і служб постачання; широкі різновиди в забезпеченні пансіону для залучення клієнтів.

Проблеми, що існують при системі Бісмарка:

- недостатня географічна і соціальна рівність в доступі до медичної допомоги;

- дорожнеча – конкуренція сприяє зростанню зайвого використання і забезпечення служб;

- слабкий контроль кадрів; зневажливе ставлення до хворих, які належать до групи підвищеного ризику і потребують тривалого перебування в лікарні, а також до тих, хто не охоплений системою національного страхування (5-10% населення);

- відсутність довгострокового планування; недостатній розвиток суспільної охорони здоров'я, профілактичної медицини, зміцнення здоров'я та санітарної освіти; високі адміністративні витрати, особливо у веденні бухгалтерського обліку [10].

Система приватного страхування здоров'я – платна (ринкова) медицина, яка має такі характеристики: наявність широкого діапазону медичних установ для задоволення індивідуальних потреб; відсутність списків хворих, які очікують черги на медичне обслуговування; прямий доступ до лікарів-спеціалістів; особливу увагу, яку приділяють конфіденційності лікування, ввічливості обслуговування і якості послуг. Проблеми, супутні ринковій СОЗ: дорожнеча; відсутність охоплення медичною допомогою незаможного населення; судові тяжби з приводу якості МП; високі страхові премії для фахівців; обмеженість географічного охоплення; концентрація уваги на легких захворюваннях; неефективне використання капітальних і людських ресурсів; недостатня увага допомоги

на дому та профілактиці; обмежене використання послуг спеціалізованого допоміжного персоналу; відсутність регулювання і контролю за якістю клінічних процедур.

Для постсоціалістичних країн світу, які перебувають на різних етапах ринкової трансформації і становлення конкурентоспроможної економіки, характерним є зміна базових принципів організації СОЗ, які можна звести до наступних положень:

– принцип державного централізованого характеру ОЗ трансформується в принцип децентралізації до рівня регіонального управління або місцевого самоврядування;

– керівна роль будь-кого в будівництві системи галузі ОЗ – заповнюється принципом функціонування суб'єктів СОЗ відповідно до законодавчого правового і професійного стандартів;

– життєдіяльність СОЗ визначається в чималому ступені поточним станом економіки вільного ринку і науково-технічної сфери, що становить інвестиційний (економіка) і інноваційний (науково-технічна сфера) потенціал галузі;

– підхід до державної моделі ОЗ і можливості надання медичної допомоги населенню виключно в державних рамках – замінюється переходом до багатокладності форм, методів надання МП [15].

Неоднозначно розв'язуваною залишається проблема реалізації принципів профілактичного напрямку ОЗ і загальнодоступності медичної допомоги. Незважаючи на всі прогресивні перетворення в галузі, і сьогодні залишається актуальним теза, що профілактика – це не вузьковідомче завдання органів і суб'єктів ОЗ. Проблема в тому, що організація профілактичних заходів істотно виходить за межі традиційної СОЗ або системи реактивного типу, що вимагає її організаційного, структурного реферування як шляхом розширення суб'єктів процесу ОЗ, так і шляхом адаптації функцій первинної ланки СОЗ до проблеми забезпечення

профілактики захворюваності [23, с. 40].

І, нарешті, в системах перехідного типу необхідно забезпечити і реалізувати такий важливий принцип, як вплив населення на прийняття управлінських рішень в ОЗ, що особливо важливо при децентралізації первинної ланки СОЗ до рівня місцевого самоврядування. Правові та організаційні форми такого впливу вимагають розробки. Незважаючи на той факт, що характеристики СОЗ формуються, виходячи з універсальних закономірностей, існують і актуальні тенденції, властиві більшості країн в даний час.

Через те, що основна увага при проведенні багатьох реформ в секторі ОЗ в 1980-1990-і роки приділялася стримуванню витрат і скасуванню державного регулювання, ці тенденції тільки посилювалися. Країни з високим рівнем доходів часто могли здійснювати заходи регулювання, щоб пом'якшувати деякі з негативних наслідків цих тенденцій. У тих же країнах, де обмеженість потенціалу контролювання погіршувалася недофінансуванням, вони мали більш руйнівні наслідки [38; 41].

Витрати на ОЗ вважаються одним із ключових показників соціального розвитку, так як відображають ступінь уваги, що приділяється державою і суспільством здоров'ю громадян.

Рівень національних витрат на ОЗ – відносна величина, яка розраховується як загальний обсяг державних і приватних витрат на ОЗ протягом календарного року, включаючи державні бюджети всіх рівнів, фонди медичного страхування, зовнішні запозичення, гранти та пожертвування від міжнародних установ і неурядових організацій. Рівень витрат на ОЗ виражається у відсотках від валового внутрішнього продукту (ВВП). Більш детально інформація щодо основних характеристик способів фінансування СОЗ відображена у Додатку А.

Система ОЗ формується і регулюється за допомогою відповідного механізму державного управління. В умовах соціальної відповідальності

системи державного управління головною метою механізму управління СОЗ є оптимізація основних параметрів керованого об'єкта – показників здоров'я населення і тривалості життя, що визначають результативність даного механізму.

За результатами аналізу можна зробити висновок, що найкращі показники має Норвегія, Швеція, Велика Британія та Німеччина. Дуже низькі показники у країн Африки. Місце України в даному рейтингу варто оцінювати в порівнянні з країнами колишнього СРСР: уступає Молдові, знаходиться на одному рівні з Росією та Білорусією. Треба також відмітити, що країни колишнього СРСР мають гірші показники навіть тих країн ЄС, що за рейтингом нижче у списку країн-членів ЄС, а саме: Болгарії, Румунії, Угорщини.

В даний час СОЗ різних країн світу істотно відрізняються один від одного в залежності від того, який із принципів надання медичної допомоги в них домінує, яка роль держави і який характер функцій, які виконуються державними інститутами і структурами в цих системах [23, с. 42].

В даний час у світі прийнято виділяти чотири основні джерела фінансування ОЗ:

- надходження від загального оподаткування;
- внески в систему обов'язкового медстрахування;
- внески в систему добровільного медстрахування;
- безпосередні розрахунки пацієнтів готівкою [72].

Аналіз основних характеристик способів фінансування різних СОЗ показав, що такі основні джерела фінансування, як загальне оподаткування або система обов'язкового медичного страхування, створюють міцну основу для рівноправності. Чим чіткіше працює механізм перерозподілу фінансових коштів між матеріально забезпеченими верствами суспільства і соціально незахищеними групами населення, тим більше рівноправності [94].

Форми страхування, які спираються на принцип еквівалентності страхового відшкодування (коли сума премії, що нараховується, знаходиться в прямій залежності від обсягу наданих послуг) або на систему оплати готівкою (щоб не користуватися листом очікування або оплачувати послуги, які не входять до загальноприйнятого переліку послуг, пропонованих СОЗ), призводять до більшої нерівноправності, оскільки такі форми змушують соціально незахищені верстви і групи населення з обмеженими фінансовими можливостями нести непропорційно великі витрати [22; 40].

Однак фінансування всіх СОЗ забезпечується як мінімум за рахунок співвідношення цих двох форм страхування, а конкретне вирішення питання про рівноправність залежить від позиції установ, що визначають таке співвідношення.

Наприклад, в Швейцарії (1996 р.) і Франції (2000 р.) прийнято законодавство, яке передбачає універсальне страхування, і практично така ж ситуація спостерігається в більшості інших західноєвропейських країнах [25]. Фінансові кошти надходять з державних або запропонованих в законодавчому порядку приватних джерел фінансування, причому значну частку цих коштів складають суми, що формуються в результаті передоплати і створення пулу ресурсів по всьому діапазону розміру доходів і рівнів ризику.

Країни Центральної та Східної Європи і колишнього СРСР в області фінансування і загальної доступності також дотримуються принципу солідарності [40]. У деяких із цих країн, проте, труднощі з фінансовою стійкістю, обумовлені спадом економічної активності в 1990-і роки і обмеженими технічними можливостями зі збору необхідних коштів і впровадження нових механізмів страхування, призвели до помітного скорочення якості та доступності медичного обслуговування [40]. В окремих країнах (наприклад, в Грузії та Молдові) система оплати готівкою перетворилася в домінуюче джерело надходження коштів і становить від 50

до 80% від загальної суми внесків на ОЗ [4]. По суті, з початку 1990-х років в більшості країн, що переживали перехідний період в своєму розвитку, система фінансування ОЗ стала менш справедливою.

В цілому, для країн, які розвиваються, та з економікою перехідного періоду важливі складові фінансової політики зводяться до необхідності:

- забезпечення координації всіх джерел фінансування на загальній політичній основі;

- створення пулу фінансових коштів і розподіл відповідальності за надання МП мінімізування СОЗ, які пов'язані з конкретною ланкою в структурі органів адміністративної влади;

- вирішення питання, що стосуються доступності медобслуговування і фінансової захищеності бідних верств населення шляхом проведення чіткої політики, підкріпленої певними матеріальними стимулами [15].

Для більш забезпечених в матеріальному відношенні країн Західної Європи необхідність в перетвореннях не є настільки актуальною. Проте, в тій чи іншій мірі всі країни займаються реформуванням своїх систем. Багато з цих реформ (особливо коли СОЗ фінансуються за рахунок внесків до фондів обов'язкового медичного страхування) орієнтовані на привнесення елементів конкуренції в процес формування грошових коштів, що не завдає будь-якої шкоди вже досягнутим рівням рівноправності.

Як вже говорилося вище, практично всі СОЗ мають складні змішані системи фінансування та надання медичної допомоги, тому їх можна класифікувати по переважному увазі фінансування та надання медичної допомоги.

Розглянемо більш докладно основні моделі ОЗ, які використовуються в даний час в зарубіжних країнах.

При обов'язковому страхуванні з інтеграцією між страховиками і виробниками держава забезпечує фінансування ОЗ за рахунок бюджетних коштів. Така схема відповідає колишній державній системі радянської

охорони здоров'я, колишній (до введення внутрішнього ринку) системі Великобританії, колишньої системі СРСР і діє в ряді інших країн [42]. Засоби передаються фінансовим органам (або державним страховикам), яким належать на правах власності медичні установи, тобто в схемі використовується інтеграція організації, що фінансує, і виробника медичних послуг.

Модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції, яка була розроблена в Нідерландах всередині 80-х років і до теперішнього часу ніде повністю не реалізована. Дана модель впроваджувалась в Нідерландах, Росії, Ізраїлі, Чехії. Внески (пропорційні доходу) на обов'язкове медичне страхування акумулюються в центральному фонді, завданням якого є перерозподіл зібраних коштів. Конкуруючі страхові компанії страхують громадян, які вибрали їх, і на всіх застрахованих отримують з центрального фонду асигнування, що залежать від прогнозованих витрат на медичну допомогу застрахованим, які розраховуються за допомогою формул на одну особу. Те, що модель передбачає конкуренцію серед страховиків, дає можливість забезпечити захист інтересів застрахованих і ефективно використовувати ресурси ОЗ економічно мотивованими страховиками (що неможливо в схемі з одним страховиком через можливу відсутність мотивації залучення клієнтів).

У моделі обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості МП державна страхова організація забезпечує збір внесків (пропорційних доходу) на обов'язкове медичне страхування і відшкодовує пацієнтам їх витрати на медичну допомогу.

Наприклад, у Франції, де діє така модель, пацієнти вільно обирають лікарів і медичні установи, оплачують отримані послуги, а державна страхова організація відшкодовує їм 75-80% витрачених коштів (тобто обмежує переспоживання з боку пацієнта) [85]. При наявності конкуренції виробників (перш за все лікарів) існування однієї державної страхової

медичної компанії є економічно доцільним. Однак в схемі ніяк не обмежується попит, стимульований лікарями.

При використанні моделі обов'язкового страхування з незалежними виробниками медичних послуг лікарі і медичні установи відокремлені від покупця медичних послуг (страховика або органу, що фінансово утримує) і працюють з ним за договорами. Дана модель може існувати і в державній СОЗ, і в системі обов'язкового медичного страхування. Необхідною умовою ефективного функціонування моделі є наявність конкуренції серед виробників МП, як мінімум первинної ланки (краще, якщо вони є приватними підприємцями) і адекватний розмір коштів, що спрямовуються в охорону здоров'я з громадських джерел (не менше 6% ВВП). Така модель обов'язкового медичного страхування діє в Сполученому Королівстві, де в 90-х роках почалася реформа, що передбачає формування внутрішнього ринку. Державні госпіталі перетворюються в некомерційні лікарняні трасти, сімейні лікарі стають фондодержателями, а в якості покупців медичних послуг виступають органи управління ОЗ [98].

Модель обов'язкового медичного страхування з конкуренцією страховиків і виробників, що працюють за контрактами між собою: у даній моделі населення платить внески (пропорційні доходу) на обов'язкове медичне страхування страховику, обраному самим застрахованим. Страховик, маючи договори з медичними установами, забезпечує застрахованій особі безкоштовну (або з невеликими платежами) медичну допомогу. Така модель обов'язкового медичного страхування діє в Німеччині, де обов'язкове медичне страхування здійснюється за сімейним принципом, коли працівник страхує себе і непрацюючих членів сім'ї в професійній (якщо вона є) або регіональній лікарняних касах (некомерційні організації функціонують за рахунок самофінансування і самоврядних страхових медичних організацій). Кожна лікарняна каса має договори зі всіма медичними установами території і розраховується з ними за єдиними

на території тарифами [97].

Модель приватного медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг, при якій пацієнти оплачують МП самі, але їх вартість (зазвичай, частина вартості), відшкодовується страховою компанією. Дана модель характерна для приватного медичного страхування в США. Щоб запобігти переспоживання медичної допомоги з боку споживача, страховики широко використовують сострахування (коли частина страхового внеску платить роботодавець, а частину – сам застрахований) і франшизу (коли пацієнт сам оплачує медичну допомогу до деякої встановленої суми, вище якої відшкодування виплачує страховик).

Страхові внески в даній моделі залежать від індивідуальних ризиків (або ризиків малої групи). Застраховані особи мають повну свободу у виборі лікаря або медичного закладу (в межах переліку послуг, що входять в страховий план). Страхова компанія не має ніяких договорів з виробниками (лікарями, лікарнями), оплачуючи їх послуги за гонорарним принципом.

Модель приватного медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками МП і модель приватного медичного страхування з незалежними виробниками медичних послуг: основні характеристики моделей показані при розгляді аналогічних моделей обов'язкового медичного страхування, але на відміну від них, моделі приватного медичного страхування не забезпечують соціальної справедливості при формуванні коштів, страхові внески є добровільними і залежать від індивідуальних ризиків. У таблиці сформульовані основні переваги та недоліки вищезазначених моделей (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Моделі охорони здоров'я, що використовуються
в зарубіжних країнах [24]**

Переваги	Недоліки
Модель обов'язкового медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками МП	
1. Відсутній відбір ризиків; 2. Низькі адміністративні витрати; можливість обмеження попиту, що стимулюється виробниками МП	1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів; 2. Обмеження вибору і доступу до медичної допомоги; 3. Відсутність стимулів до ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами
Модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції	
1. Відсутній відбір ризиків; 2. Вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; 3. Створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами.	1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів.
Модель обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг	
1. Відсутній відбір ризиків; 2. Низькі адміністративні витрати; відсутні стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів	1. Неможливо обмежити попит, стимульований виробниками МП
Модель обов'язкового медичного страхування з незалежними виробниками МП	
1. Відсутній відбір ризиків; вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; 2. Створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами	1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів.

Таким чином, проблема СОЗ населення відноситься до числа найважливіших глобальних проблем. Вона знаходиться в полі зору як природних, так і суспільних наук.

Поліпшення стану здоров'я населення – це показник розвитку суспільства. Хоча медичні заклади мають величезне значення, вони, однак, не є єдиним сектором, який впливає на добробут людей, інші сектори також

мають великий вплив на здоров'я населення і повинні нести за нього відповідну відповідальність.

Стан здоров'я населення є одним з основних показників якості життя, рівня соціально-економічного розвитку суспільства. Здоров'я відноситься до числа основних і незамінних соціальних цінностей. Його недолік або відсутність не можуть бути повністю компенсовані ніякими іншими цінностями або благами. Здоров'я є умовою і передумовою благополуччя і належної якості життя, а також еталоном, мірилом ступеня просування до зменшення бідності, зміцненню соціальної згуртованості та ліквідації дискримінації.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ КРАЩИХ СВІТОВИХ СТАНДАРТІВ

3.1. Оцінка зарубіжних та українських тенденцій розвитку кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я стратегія розвитку гуманітарних ресурсів в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на створення системи раціонального управління кадрами, під якою мається на увазі грамотне планування, підготовка і використання медичного персоналу. Кінцевою метою кадрового планування в охороні здоров'я має бути задоволення поточних і очікуваних потреб населення у медичній допомозі з урахуванням кліматично-географічних особливостей тих чи інших територій, демографічної ситуації, потреб суспільства в поліпшенні здоров'я, фінансової доступності медичної допомоги та повноти охоплення різних верств і груп населення медичними заходами.

Однак через існування значних міжнаціональних і міжтериторіальних відмінностей ВООЗ досі не вдалося виробити універсальну методіку кадрового планування в секторі охорони здоров'я, придатну для загальносвітового користування. Проте, провідними експертами ВООЗ вироблена загальносвітова стратегія кадрового планування, покликана допомогти багатьом країнам, що розвиваються в рішенні найбільш гострих кадрових проблем. Зокрема, експерти ВООЗ виділяють чотири найважливіші напрямки кадрового планування в охороні здоров'я:

- 1) забезпечення наявності достатньої кількості медичних працівників, що володіють відповідними професійними компетенціями, і відповідають потребам охорони здоров'я і населення;

2) забезпечення доступності медичної допомоги за рахунок справедливого територіально-просторового розподілу медичних працівників відповідно до щільності населення, транспортних можливостей, часової, інфраструктурної, фінансової, організаційної та фізичної доступності, особливо для людей з обмеженими фізичними можливостями;

3) забезпечення прийнятності моральних якостей медичної робочої сили, здатності до надання медичної допомоги всім пацієнтам незалежно від їх стану здоров'я, віку, віросповідання, соціокультурних установок;

4) забезпечення якості медичної допомоги за рахунок професійної компетентності медичних працівників та володіння необхідним обсягом знань, навичок, умінь, які повністю відповідають існуючим нормам і стандартам. При плануванні потреби системи охорони здоров'я в медичних кадрах вкрай важливо враховувати такі фактори, як щорічний базовий рівень медичних працівників; щорічна кількість випускників; рівень щорічної еміграції та імміграції медичних працівників; щорічні втрати медичних кадрів через вихід на пенсію, повної втрати працездатності[28].

За даними ВООЗ, щорічно близько 57 країн світу стикаються з проблемою гострої нестачі медичних працівників, з яких велика частка (63%) припадає на країни Африки. Згідно з оцінками ВООЗ, до 2035 р загальносвітовий дефіцит кваліфікованих медичних фахівців досягне 12,9 млн. чоловік, який в основному зведеться до гострої нестачі фахівців з числа акушерів, медсестер і лікарів. На думку багатьох аналітиків, зростання нестачі лікарів загальної практики загрожує ефективному функціонуванню первинної медико-санітарної допомоги багатьох країн світу. В даний час навіть у США існує проблема нестачі лікарів первинної ланки охорони здоров'я, особливо в сільських округах [74]. Охорона здоров'я Австралії також страждає від нестачі лікарів загальної практики як у сільських місцевостях, так і в великих містах. У Фінляндії до 2010 р дефіцит лікарів в

первинній ланці охорони здоров'я становив 6% від необхідної кількості і це з урахуванням як власних, так і тих лікарів-іноземців, які мігрували в країну.

Цікавим є той факт, що саме країни СНД є основним постачальником лікарів-іноземців до Фінляндії. Зокрема, в період з 2004 по 2008 рр. щорічно 70-80 випускників українських та російських медичних вузів їхали до Фінляндії і отримували ліцензію на роботу в сфері охорони здоров'я.

Найчастіше і в більш глобальних масштабах з дефіцитом медичних кадрів стикаються системи охорони здоров'я країн, що мають низький і середній рівень доходів, що ініціює посилену еміграцію медичних працівників в сусідні країни з більш високим достатком [46]. До числа головних причин, що ініціюють виникнення і посилення проблеми дефіциту медичних кадрів, експерти ВООЗ відносять нездатність країн з низьким і середнім рівнем доходів забезпечувати їх професійну підготовку, а також неможливість збереження і підтримання оптимального кадрового балансу.

Іншою причиною наростаючого дефіциту медичних кадрів може бути посилений намір медичних працівників піти з професії через незадоволеність роботою, високим рівнем стресу, синдромом професійного вигорання, погіршенням умов праці, розчаруванням в професії на тлі рекордно зростаючих психоемоційних навантажень і введення електронних систем обліку пацієнтів. Втрати кадрового ресурсу також сприяє еміграції лікарів в територіально близькі країни з високим розміром внутрішнього валового продукту на душу населення, а також з більш високими зарплатами і кращими умовами праці [76].

У багатьох країнах світу для вирішення проблеми дефіциту кадрів, починаючи з 1978 року, стали готувати соціальних працівників з медичним ухилом («community-based health worker») для системи первинної медико-санітарної допомоги. Але вже з кінця 1980-х років на тлі появи ряду проблем, які призвели до зниження якості та ефективності їх професійної підготовки, інтерес до даної ідеї явно знизився. Проте, на початку 1990-х років знову

виник ентузіазм з приводу реалізації спеціальних програм підготовки медико-соціальних працівників для роботи в первинній ланці охорони здоров'я, чому сприяло просування ВООЗ ідеї про необхідність перерозподілу функціональних обов'язків і делегування деяких повноважень. Стратегія залучення в сферу медичного обслуговування соціальних працівників, на думку ряду експертів, дозволяє медичним працівникам сконцентруватися на конкретних галузях знань і знизити навантаження на медичний персонал.

В умовах кадрового дефіциту керівникам органів управління охороною здоров'я вкрай важливо застосовувати правильну тактику планування потреби в медичних кадрах і послуги. Зокрема, відомо кілька методів планування необхідної кількості медичних кадрів для потреб практичної охорони здоров'я. Одним з найбільш простих і доступних методів є метод співвідношення, основою якого є планування виходячи з їх бажаного, нормативного або емпірично певного співвідношення чисельності медичного персоналу до чисельності населення (наприклад, 1 лікар на 1000 наявного населення, 1 медсестра на 500 осіб). При методі потреби в медичній допомозі населення, що обслуговується розбивається за віком, місцем проживання, рівнем і структурі захворювань і травм для кожного популяційного сегменту: дітей, вагітних жінок, молоді, працездатного населення, літніх людей і т. д.

Після чого для кожного сегмента населення окремо оцінюється потреба в медичній допомозі з урахуванням можливостей постачальників медичних послуг, необхідності надання різних видів медичної допомоги, що існують, вимог до медичного сервісу, тимчасових витрат, необхідних для задоволення потреби населення, що обслуговується в лікуванні наявних захворювань або травм. Однак для реалізації даного методу необхідна розробка і обґрунтування кадрових нормативів, а також стандартів продуктивності медичної праці (наприклад, еквівалентом повної зайнятості лікаря вважається 6000 відвідувань в рік). Метод сервісного споживання – це коли населення,

що обслуговується розбивається на групи за віковим і територіальною ознакою, далі в кожній віковій і територіальній групі оцінюється реальний споживчий попит населення на різні види медичних послуг (наприклад, візити до лікаря, відвідування стоматолога, госпіталізації). Отримані дані множаться на чисельність кожної популяційної групи, а потім з використанням нормативного штатного розкладу і норм продуктивності праці медичних працівників ці дані перетворюються в кадрову потребу.

Метод цільового планування застосовується для досягнення конкретних цілей і вирішення певних завдань, які в свою чергу визначаються експертами і враховують пріоритети в поліпшенні стану здоров'я населення, співвідносять бажання і потреби держави в кадрах, а також технічну, адміністративну і фінансову доцільність надання тих чи інших медичних послуг. Наприклад, при плануванні в якості основної мети може виступати як забезпечення доступної медичної допомоги як вагітних жінок, немовлят, маленьких дітей, так і всього населення в цілому [43]. Вважається, що методика оцінки потреби в трудових ресурсах, заснована на вивченні фактичного споживчого попиту на медичні послуги, так само як і оцінка передбачуваної потреби, має більше недоліків, ніж переваг. Споживчий попит на медичні ресурси визначається багатьма факторами, частина із яких знаходиться поза рамками системи охорони здоров'я. Облік цих факторів вкрай важливий для планування, однак вони нерівні за своїм значенням, особливо в залежності від країни, системи охорони здоров'я, методології та планування.

Експерти даної сфери виділяють вісім категорій факторів, які найбільш сильно впливають на формування кадрової політики і визначення потреби в медичних кадрах: демографічні, економічні та соціокультурні фактори, стан здоров'я населення, доступність медичних послуг, забезпеченість медичних організацій матеріально-технічними ресурсами, продуктивність праці і розвиненість лікувально-діагностичних технологій [32].

Для України у зв'язку з її унікальними історичними, соціально-економічними і кліматично-географічними характеристиками питання кадрового планування в сфері охорони здоров'я набувають першочергову важливість. Стан здоров'я населення України, несприятлива демографічна ситуація в регіонах, недостатня ефективність системи вітчизняної охорони здоров'я вимагають ресурсних інвестицій і більшою мірою – кадрових ресурсів. Несприятлива кадрова ситуація в українській сфері охорони здоров'я стала складатися з 1990 по 2000 року, коли через низьку заробітну плату і тривалі затримки у її виплаті з системи охорони здоров'я пішло велике число молодих перспективних кадрів.

Ситуація по забезпеченню медичними кадрами у м. Миколаїв на усіх рівнях загалом та по галузі зокрема детально продемонстрована у таблиці 3.1, таблиці 3.2, таблиці 3.3.

Таблиця 3.1.

Забезпеченість кадрами станом на 01.10.2022 р. на 1 рівні

Кадри	Кількість посад	Зайнятих посад	Кількість фіз.осіб	Вакансії (шт.од.) (5=2-3)	% укомплектованості (6=4x100%:2)
1	2	3	4	5	6
Лікарі	399,5	333,25	312	66,25	78%
Середній м/персонал	532	442,5	434	89,5	81,6%
Молодший м/персонал	122,25	113	114	9,25	93,2%

Спеціалісти	142,75	129,25	129	13,50	90,4%
Інші	189,75	171,5	170	18,25	89,6%
Всього	1386,25	1189,5	1159	196,75	83,6%

[Складено автором]

Таблиця 3. 2.

Забезпеченість кадрами станом на 01.10.2022 р. на 2 рівні

Кадри	Кількість посад	Зайнятих посад	Кількість фіз.осіб	Вакансії (шт.од.)	% укомплектованості
1	2	3	4	5	6
Лікарі	1122,25	1073,75	858	48,5	76,5%
Середній м/персонал	1865	1758,5	1418	106,5	76%
Молодший м/персонал	1122,5	1088,25	970	34,25	86,4%
Спеціалісти	435	419,75	343	15,25	78,9%
Інші	511,5	477,5	402	34	78,6%
Всього	5056,25	4817,75	3991	238,5	78,9%

[Складено автором]

Таблиця 3.2.

Забезпеченість кадрами станом на 01.10.2022 р. по галузі

Кадри	Кількість посад	Зайнятих посад	Кількість фіз.осіб	Вакансії (шт.од.)	% укомплектованості
1	2	3	4	5	6
Лікарі	1521,75	1407	1170	114,75	76,9%
Середній м/персонал	2397	2201	1852	196	77,3%
Молодший м/персонал	1244,75	1201,25	1084	43,50,25	87%
Спеціалісти	577,75	549	472	28,75	81,8%
Інші	701,25	649	572	52,25	81,6%
Всього	6442,5	6007,25	5150	435,25	79,9%

[Складено автором]

Таким чином, у наступні десятиліття приплив молодих фахівців не зміг заповнити природний і міграційний спад лікарів і середніх медичних працівників. В цілому існуючі кадрові проблеми вітчизняної охорони здоров'я можна поділити на такі категорії:

- дефіцит медичних кадрів;
- дисбаланс між різними медичними спеціальностями;
- дисбаланс між рівнями надання медичної допомоги (в основному лікарі вважають за краще працювати в стаціонарі, а в первинній ланці охорони здоров'я їх не вистачає);

– недостатній рівень кваліфікації лікарського і середнього медичного персоналу, незбалансованість підготовки медичних кадрів з урахуванням потреб медичних кадрів з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я.

3.2. Розробка шляхів удосконалення державної політики кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19 в контексті реформування медичної системи

На сучасному етапі формування національної системи охорони здоров'я та впровадження медичної реформи рельєфно виступає комплекс проблем, пов'язаних із кадровим забезпеченням і низькою соціально-економічною ефективністю діяльності медичних організацій, науково-дослідних інститутів і центрів цієї соціальної сфери. Результати дослідження проблем кадрової політики в системі охорони здоров'я свідчать про нагальну необхідність концептуалізації державної кадрової політики в сфері медичного обслуговування населення країни, обґрунтування її стратегічних напрямків, поглибленого аналізу умов і факторів, які впливають на кадрові процеси і відносини як об'єкти кадрової політики, вироблення надійних механізмів її реалізації.

Дослідження світових практик реформування медичної системи, представлені у другому розділі магістерської роботи, дозволили виявити основні проблеми, вирішення яких має стати першочерговим завданням у наступний період реалізації медичної реформи в Україні. Встановлено, що формування ефективного процесу управління системою охорони здоров'я в Україні залежить від діяльності державних органів по своєчасному оновленню нормативно-правової бази, що регулюють процеси, які відбуваються в галузі охорони здоров'я, а також від рівня та актуальності державної політики ефективного кадрового забезпечення медичними працівниками. В системі охорони здоров'я проблема з'являється тоді, коли

населення не задовольняє свої потреби в отриманні якісної медичної допомоги. Зазначене питання вирішується при ефективній державній політиці, яка визначає вектор розвитку всієї системи охорони здоров'я на перспективу.

Реалізація ефективного кадрового забезпечення в системі охорони здоров'я є важливим інструментом реформування медичної сфери. Складовими успіху розвитку медицини в будь-якій країні є професійна освіта, профільна наука і практична діяльність. Медичні кадри розглядаються як стратегічний капітал держави, і 70% усіх капіталовкладень охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення [7]. В системі Міністерства охорони здоров'я України на кінець 2018 року зареєстровано 191905 штатних лікарських посад. Укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами лікарями в цілому становить 81,7%, як і в 2017 році. Укомплектованість штатних посад лікарями (фізичними особами) в лікувально-профілактичних закладах становить 78,0% (2017 рік – 78,2%). В окремих типах закладів укомплектованість фізичними особами становить: в обласних лікарнях – 85,7%, міських лікарнях – 78,9, ЦРЛ – 75,7, дільничних лікарнях – 72,9, в сільських лікарських амбулаторіях – 67,6%. Розрив між штатними лікарськими посадами і фізичними особами складає 35042, кількість посад зайнятих по сумісництву 11398, коефіцієнт сумісництва – 1,1, деталі наведено у таблиці 3.4.

Слабкою ланкою у сфері управління керівними кадрами залишалися кадрові служби, які не змогли налагодити ефективно діючу систему раннього відбору, особистісного та професійного розвитку, багатосторонньої підготовки резерву керівних кадрів, забезпечити їм пріоритет при висуненні на керівну посаду.

Таблиця 3.4.

Кадрове забезпечення медичними працівниками в Україні

Рік	Штатні лікарські посади (всього)	Забезпеченість штатними посадами (всього на 10000 осіб населення)	Зайняті лікарські посади (всього)	Число лікарів фізичних осіб	Розрив між штатними і зайнятими посадами	Розрив між штатними посадами і лікарями — фізичними особами
2017	195315	46,26	172680	159600	22635	35715
2018	191905	45,71	168261	156863	23644	35042
Рік	%, укомплектованості штатних посад з урахуванням сумісництва	%, укомплектованості штатних посад фізичними особами	Забезпеченість лікарями на 10000 осіб н	Коефіцієнт сумісництва	Кількість посад зайнятих по сумісництву	
2017	88,41	81,71	37,8	1,08	13080	
2018	87,68	81,74	37,36	1,07	11398	

[Складено автором]

Неувага до проблеми керівних кадрів найгостріше позначилася при підвищенні господарської самостійності керівників, роботі в умовах використання ринкових механізмів. Сьогоднішня ситуація, що характеризується зниженням задоволеності населення організацією і якістю медичної допомоги, низькою задоволеністю працею медичних працівників, різким дефіцитом медичного персоналу, багато в чому обумовлена соціальними наслідками проведеної в галузі кадрової політики.

У період інтенсивних змін, що відбуваються в системі охорони здоров'я в останні десятиліття, все більш очевидною стає потреба галузі в підвищенні

якості управління на всіх рівнях, що багато в чому визначається керівним складом, його професіоналізмом, умінням реагувати на виклики часу, відповідністю його професійно-ділових і особистісних якостей вимогам і уявленням менеджменту.

Незважаючи на досить ефективні і вже реалізовані на державному рівні стратегії, програми і заходи в контексті реалізації медичної реформи в Україні, як і раніше залишається необхідність в їх удосконаленні відповідно до вимог часу, позитивної світової практики з чітким системним підходом до управління та інформаційної забезпеченості системи охорони здоров'я. Більшою мірою це стосується кадрової політики, з чітко розробленою системою заходів, які б забезпечували достатню укомплектованість закладів охорони здоров'я медичним персоналом, з урахуванням потреби регіону, оскільки саме від їх діяльності залежить ефективність реалізованих на практиці заходів.

Сучасна державна політика в галузі охорони здоров'я передбачає системне спрямування зусиль на удосконалення кадрових процесів і вирішення проблем, пов'язаних з кадровим забезпеченням, їх розвитком і підготовкою. І в даний час кадрові процеси, як об'єкт державного регулювання вирішуються за допомогою реалізації нормативно-правових та фінансово-економічних ресурсів. При розробці заходів щодо вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я слід враховувати рівні управління і конкретні дії пов'язані з реалізацією розроблених заходів.

Розвиток системи охорони здоров'я передбачає ефективну і злагоджену діяльність на усіх рівнях управління, перш за все у вирішенні питання щодо заповнення кадрових ресурсів і якісного використання усього кадрового потенціалу. Не можна не відзначити, що найбільша відповідальність лягає на діяльність медичних установ (організацій), чия ефективність і результативність безпосередньо залежить від високопрофесійної підготовки та якісної роботи медичного персоналу. Зауважимо, що в цілому реалізовану

кадрову політику у сфері охорони здоров'я варто доопрацювати. Наразі доопрацювання потребують наступні проблеми:

- неефективна система оплати праці, що підтверджується низьким рівнем задоволеності даного показника;
- недостатньо ефективна система безперервного професійного розвитку медичного персоналу;
- високий рівень можливого відтоку медичних кадрів з країни (мобільність) за умови надання більш сприятливих умов для трудової діяльності, що підтверджено досить високим відсотком бажаючих переїхати закордон;
- наявність дефіциту кадрів, який особливо помітний в часи пандемії Covid-19.

В умовах кризи пандемії Covid-19 необхідна реалізація продуманої і адекватної політики в галузі управління кадрами, спрямованої на випереджаюче прогнозування процесу відтворення кадрів в системі охорони здоров'я, виходячи з передумови про ключову роль кваліфікованих медичних кадрів в наданні якісної лікарської допомоги.

Для розробки політики, спрямованої на поліпшення кадрів у сфері охорони здоров'я, пропонується використовувати процес, що складається з п'яти етапів:

- оцінка існуючих індикаторів стану кадрових ресурсів охорони здоров'я щодо орієнтирів;
- розробка критеріїв для визначення того, які проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, є пріоритетними;
- вибір політики, спрямованої на поліпшення стану кадрових ресурсів охорони здоров'я;
- визначення послідовності впровадження політики;
- розробка політичної стратегії для зміцнення підтримки політики.

Додатково слід зазначити, що ефективність реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я пов'язана з повнотою інформованості медичних працівників усіх рівнів охорони здоров'я. Кадрова політика в медичних установах повинна бути спрямована на посилення відповідальності працівників і їх зацікавленості в отриманні нової інформації і результати своєї праці. Однією із умов проведення ефективної кадрової політики має стати зміцнення кадрової служби в медичних організаціях. Більш того, особливу увагу варто приділити підготовці управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я, оскільки проведення реформ вимагає кваліфікованих фахівців з навичками організаційної роботи.

Разом з тим, в результаті дослідження зарубіжного досвіду було виявлено – велике значення має перспективне кадрове планування, яке можливе при наявності достовірної та повної інформації про кадрове забезпечення. Таким чином, удосконалення системи управління медичними кадрами повинно ґрунтуватися на посиленні суб'єктно-об'єктних відносин, застосування нового підходу до організації кадрової діяльності і сприяти підвищенню ефективності в цілому.

Поряд із вищевказаними заходами досвід багатьох країн демонструє, що одним із ключових механізмів вирішення проблем кадрової політики в умовах реформування медичної системи є послідовна реалізація стратегії сталого розвитку медичної організації, принципи якої відображені на рисунку 3.1.



Рис. 3.1. Основні принципи реалізації стратегії сталого розвитку медичної організації

Ефективне функціонування медичних організацій, забезпечення доступності і якості медичної допомоги для населення, можливі при комплексному підході до управління кадровими процесами, що включає не тільки аналіз проблем кадрової забезпеченості, регулювання кадрових процесів, а й впровадження сучасних технологій в медичні організації.

Варто вказати, що головний результат даної політики є підготовка та перепідготовка кадрів, які є сучасними фахівцями із високим рівнем знань та здатні досягти високого рівня розвитку, використовувати високі медичні технології і нові методи діагностики, лікування і профілактики, а також досягнення оптимального співвідношення кількості лікарів та середнього медичного персоналу.

Одним із напрямків організаційних інновацій, впроваджених в роботу медичної організації, може стати удосконалення кадрової політики з використанням концепції сталого розвитку медичної організації, деталі якої зображені на Рисунку 3.2.



Рис. 3.2. Основні напрямки удосконалення кадрової політики в концепції сталого розвитку медичної організації

Аналіз кількісних і якісних показників кадрового складу галузі охорони здоров'я дозволив виявити комплекс проблем, які потребують нагального рішення за допомогою управлінського втручання. Основні з них: неефективне управління галуззю, неприйняття новаторських методів управління, неготовність керівників до використання сучасних методів і форм управління соціальними процесами; дефіцит професійно підготовлених управлінських кадрів охорони здоров'я; невідповідність професійної освіти медичних працівників кваліфікаційним вимогам; недосконалість нормативної бази реалізації програми модернізації вітчизняної охорони здоров'я.

Отже, авторкою магістерського дослідження було проаналізовано сучасний стан та особливості впровадження медичної реформи в Україні, досліджено досвід реформування сфери охорони здоров'я у зарубіжних країнах, на основі якого було зроблено висновки, що в ході реформування медичної сфери недостатня увага приділяється кадровій політиці у сфері охорони здоров'я, що особливо продемонстрував 2020 рік та криза кадрового забезпечення медиків у зв'язку із пандемією Covid-19.

Таким чином, у ході виконання дослідження визначено, що основні концептуальні завдання по реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування полягають у:

- забезпеченні розвитку комплексної системи планування кадрових ресурсів з урахуванням структури потреби галузі, їх раціонального розміщення і ефективного використання.

- підвищення професійного рівня працівників охорони здоров'я на основі подальшого розвитку системи безперервної освіти, вдосконалення системи державних освітніх стандартів підготовки фахівців.

- підйомі рівня життя працівників охорони здоров'я, приведення системи оплати праці у відповідність зі складністю, кількістю і якістю надання медичної допомоги.

– забезпеченні правового і соціального захисту працівника галузі, розвиток державного і соціального страхування, підвищення ефективності заходів з охорони праці.

– реформування роботи кадрових служб охорони здоров'я відповідно до принципів і вимог сучасної теорії наукового управління людськими ресурсами.

ВИСНОВКИ

Здійснивши дослідження та детальний аналіз державного забезпечення реалізації медичної реформи, авторці магістерської роботи вдалося проаналізувати теоретичні засади дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні, де детально розкрито стан наукової розробки дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні, а також висвітлено особливості впровадження медичної реформи в Україні. Також здійснено аналіз світового досвіду реформування сфери охорони здоров'я, особливо кадрового забезпечення та, відповідно, здійснено розробку шляхів удосконалення державної політики кадрового забезпечення в умовах кризи пандемії Covid-19 в контексті реформування медичної системи.

Таким чином, у магістерській роботі наведено нове бачення відносно вирішення актуального наукового завдання з обґрунтуванням теоретичних положень та розроблення практичних рекомендацій щодо державного забезпечення реалізації медичної реформи.

1. Останнім часом в наукових колах України проводиться активна робота з дослідження державної політики в сфері охорони здоров'я загалом та в галузі державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні зокрема. Зауважимо, що існуючі наукові напрацювання, численні теоретичні положення логічно доведені до рівня конкретних пропозицій, котрі придатні для впровадження ВРУ та КМУ, однак не знаходять свого відображення на сьогодні. Наголосимо, що державне управління діяльності охорони здоров'я має певні особливості. Зокрема, у відповідності до норм вітчизняного законодавства – це один із пріоритетних напрямів діяльності держави.

Щодо формування політики ОЗ в Україні, то варто зазначити, що саме держава формує дану політику, а також визначає та гарантує право на ОЗ.

Законодавство України в контексті ОЗ базується на положеннях Основного Закону України, наголошується право на ОЗ кожен громадянин нашої держави має з моменту народження. Зокрема, стаття 3 вказує, що найвищою соціальною цінністю в Україні визнаються людина, її життя та здоров'я, честь та гідність, недоторканність та безпека.

Головною метою системи ОЗ є поліпшення стану здоров'я населення. Для досягнення цієї мети існують різноманітні організації, інститути і ресурси, які повинні надаватися послуги та вчасно реагувати на потреби. Для належного функціонування системи ОЗ існує необхідність в наявності відповідних кадрових ресурсів, фінансових коштів, інформації, устаткування та матеріалів, транспорту, комунікацій, а також ефективного загального керування та керівництва.

Розглядаючи питання медичної реформи і належне забезпечення її реалізації з боку держави, варто зазначити, що у сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем політики в галузі ОЗ загалом і державної політики забезпечення реалізації медичної реформи зокрема таких учених, як В. Лехан, І. Солоненко, Я. Радиш, С. Стеценко, Н. Рингач та інших.

У навчальному посібнику з аналізу політики ОЗ, автором якого є Т. Семигіна пропонується таке визначення: «політики ОЗ, це політика, котра ґрунтується на визнанні державою права кожного на ОЗ, забезпечення захисту та гарантуванні всім громадянам реалізації їх прав у галузі охорони здоров'я». Основний напрям політики держави щодо сфери ОЗ, на думку авторки – це створення як ідеології стратегії збереження здоров'я, так і конкретних структур й інституцій задля її реалізації, в тому числі законодавчої бази правового регулювання.

В монографії «Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального та локального», котра побачила світ у 2013 р., Т. Семигіна приходить до висновку, що сучасна політика ОЗ базується на тому, що уряди

більшості країн є відповідальними за стан здоров'я власного населення, а не лише за стан та фінансування СОЗ.

Нажаль, аналіз існуючої літератури показує, що зважаючи на значну кількість публікацій щодо різних аспектів політики ОЗ, в українській політологічній науці вкрай мало праць, присвячених аналізу проблемам ОЗ. Проте що стосується науки публічного управління у сфері ОЗ, то варто зазначити позитивну динаміку роботи науковців цієї сфери. До них відносимо Т. Курило, В. Григорович, О. Перетяка, В. Шевцов, Т. Педченко, Н. Авраменко та інші. Зокрема, на думку С. Петрової державна політика України у сфері ОЗ – це рішення, які прийняті на загальнодержавному рівні та зобов'язання, які бере на себе держава по збереженню та зміцненню здоров'я та соціального благополуччя населення. Так як саме ці компоненти, як стверджує автор, є найважливішою складовою національного багатства.

Отже, більшість існуючий праць та їх автори наголошують, що основою нової сучасної парадигми вітчизняної державної політики щодо сфери ОЗ повинно бути покладено усвідомлення того, що здоров'я людини – є соціально-економічною цінністю, а здійснення скоординованих дій, котрі спрямовані на покращення здоров'я нації, – є стратегічним пріоритетом держави.

2. Основними напрямками медичної реформи в Україні є первинні ланки медичних закладів, тобто поліклінічних відділень, а також медичні працівники. Кожному громадянину країни надано можливість обирати собі того лікаря, якому довіряє власне здоров'я та здоров'я своїх дітей. З ним пацієнт підписує договір щодо надання конкретних медичних послуг. Чимало спрощується система ліцензування лікарської практики. Вагомим завданням сімейного лікаря є не виконання всіляких паперових справ, а підтримання здоров'я своїх пацієнтів. Разом із тим, лікарняні та медичні довідки в навчальні установи також видає сімейний лікар.

Нововведена реформа поділяє всі свої медичні послуги на три різновиди, а саме: платні, частково оплачувані державою та повністю безкоштовні. Тільки з 2020 р. визначено послуги, які громадяни оплачують самостійно, а які фінансує державний бюджет. Також наразі реалізовується придбання полісу добровільного медичного страхування, який теж передбачає покривання певних медичних послуг. Реформа передбачує, що в лікарні платними може бути не більше 20% від усіх медпослуг. До переліку платних послуг на сьогоднішній день входить лише естетична медицина. Тобто якщо виникає бажання змінити зовнішній вигляд, то за такі операції доведеться сплатити самостійно.

Наразі, кошти державного бюджету виділяються не лікарням, а пацієнтам на лікування, тобто реформа реалізує свій головний девіз «Гроші йдуть за пацієнтом», тим самим держава оплачує лікарю конкретну послугу, яка надана пацієнту. Разом з тим за даним принципом, залежить і заробітна плата лікаря, так як дана система передбачає, що чим більше у лікаря пацієнтів, тим більша оплата праці. Отже, за такої системи лікар зацікавлений більш якісно надавати свої послуги, оскільки може втратити фінансово. Тим більше, не тільки лікарі конкурують між собою, а також і медичні заклади, тим самим теж підвищують якість своїх послуг.

Таким чином, в нашій державі розпочато розроблення значної кількості медичних стандартів, основні їхні форми представлені соціальним стандартами надання медичної допомоги, медико-економічні стандарти й клінічні протоколи. Наряду з цим актуальним залишається питання впорядкування вказаної значної за обсягами бази медичних стандартів з метою їхнього приведення у відповідність до існуючих міжнародних вимог та стандартів. Однак стандарти за наших умов зовсім нічого не означають, оскільки державне фінансування не здатне забезпечити й половини тих, котрі затверджено державою. Крім того вітчизняна медицина почне застосовувати міжнародну практику – європейські протоколи лікування котрі

регулюватимуть методи лікування та ліки, котрі виписуватиме лікар.

Отже, на сьогодні існує позитивна динаміка щодо реалізації медичної реформи в нашій державі. Держава практично повністю намагається виправдовувати покладені на неї очікування, а більшість вітчизняних громадян вже встигли відчутти на собі позитивні результати проведеної реформи.

3. Щодо світового досвіду реформування системи охорони здоров'я, то вважаємо за доцільне розділити його на два окремих підрозділи: досвід країни пострадянського простору та досвід країн ЄС та США.

На сьогодні більшість країн пострадянського простору взяли курс на перехід до ринкової економіки. Саме під час таких еволюційних перетворень всі галузі економіки зазнають реформування (зокрема, й галузь ОЗ).

Таким чином, обґрунтовано, що наша держава повинна взяти до уваги кращі практики пострадянських країн щодо медичної сфери. Більшість країн розпочинали своє реформування фінансування галузі ОЗ із впровадження обов'язкового медичного страхування, введення цільових податків й децентралізації управління ОЗ. Однак більшість із них не змогли швидко та ефективно отримати необхідні позитивні зміни, оскільки економічне зростання в одних країнах надавало можливість отримувати необхідні податки, а економічна нестабільність в інших призводила до практичної неможливості отримання задекларованих податків. Крім того, виникають проблеми щодо ефективного розподілу та перерозподілу коштів, що стало свідченням недосконалості регулюючих органів.

Оскільки наша держава переживає тривалу економічну нестабільність та геополітичну кризу, більшість населення перебувають на межі зuboжіння, потрібними є добре продумані, ефективні, інколи навіть не популярні кроки, задля того аби забезпечити необхідну доступність медичної допомоги для всіх верст населення без виключення. Тому є доцільним сформуванню саме

таку модель котра поєднуватиме в собі частково бюджетну систему фінансування, медичне страхування й приватні медичні послуги.

В цілому, для країн ЄС та США важливі складові фінансової політики зводяться до необхідності:

– забезпечення координації всіх джерел фінансування на загальній політичній основі;

– створення пулу фінансових коштів і розподіл відповідальності за надання МП мінімізування СОЗ, які пов'язані з конкретною ланкою в структурі органів адміністративної влади;

– вирішення питання, що стосуються доступності медобслуговування і фінансової захищеності бідних верств населення шляхом проведення чіткої політики, підкріпленої певними матеріальними стимулами

Моделі охорони здоров'я, що використовуються в зарубіжних країнах

Переваги	Недоліки
Модель обов'язкового медичного страхування з інтеграцією між страховиками і виробниками МП	
1 Відсутній відбір ризиків; 2 Низькі адміністративні витрати; можливість обмеження попиту, що стимулюється виробниками МП	1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів; 2. Обмеження вибору і доступу до медичної допомоги; 3. Відсутність стимулів до ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами
Модель обов'язкового медичного страхування – модель регульованої конкуренції	
1. Відсутній відбір ризиків; 2. Вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; 3. Створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами.	1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів.
Модель обов'язкового медичного страхування з відшкодуванням вартості медичних послуг	
1. Відсутній відбір ризиків; 2. Низькі адміністративні витрати; відсутні стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів	1. Неможливо обмежити попит, стимульований виробниками МП
Модель обов'язкового медичного страхування з незалежними виробниками МП	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Відсутній відбір ризиків; вільний вибір і рівний доступ до медичної допомоги; 2. Створюються умови для ефективного витрачання фінансових коштів медичними установами 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Є стимули до надмірного споживання МП у пацієнтів.
--	---

4. Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я стратегія розвитку гуманітарних ресурсів в сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на створення системи раціонального управління кадрами, під якою мається на увазі грамотне планування, підготовка і використання медичного персоналу. Кінцевою метою кадрового планування в охороні здоров'я має бути задоволення поточних і очікуваних потреб населення у медичній допомозі з урахуванням кліматично-географічних особливостей тих чи інших територій, демографічної ситуації, потреб суспільства в поліпшенні здоров'я, фінансової доступності медичної допомоги та повноти охоплення різних верств і груп населення медичними заходами.

Однак через існування значних міжнаціональних і міжтериторіальних відмінностей ВООЗ досі не вдавалося виробити універсальну методіку кадрового планування в секторі охорони здоров'я, придатну для загальносвітового користування. Проте, провідними експертами ВООЗ вироблена загальносвітова стратегія кадрового планування, покликана допомогти багатьом країнам, що розвиваються в рішенні найбільш гострих кадрових проблем. Зокрема, експерти ВООЗ виділяють чотири найважливіші напрямки кадрового планування в охороні здоров'я:

1) забезпечення наявності достатньої кількості медичних працівників, що володіють відповідними професійними компетенціями, і відповідають потребам охорони здоров'я і населення;

2) забезпечення доступності медичної допомоги за рахунок справедливого територіально-просторового розподілу медичних працівників відповідно до щільності населення, транспортних можливостей, часової,

інфраструктурної, фінансової, організаційної та фізичної доступності, особливо для людей з обмеженими фізичними можливостями;

3) забезпечення прийнятності моральних якостей медичної робочої сили, здатності до надання медичної допомоги всім пацієнтам незалежно від їх стану здоров'я, віку, віросповідання, соціокультурних установок;

4) забезпечення якості медичної допомоги за рахунок професійної компетентності медичних працівників та володіння необхідним обсягом знань, навичок, умінь, які повністю відповідають існуючим нормам і стандартам.

При плануванні потреби системи охорони здоров'я в медичних кадрах вкрай важливо враховувати такі фактори, як щорічний базовий рівень медичних працівників; щорічна кількість випускників; рівень щорічної еміграції та імміграції медичних працівників; щорічні втрати медичних кадрів через вихід на пенсію, повної втрати працездатності.

В умовах кадрового дефіциту керівникам органів управління охороною здоров'я вкрай важливо застосовувати правильну тактику планування потреби в медичних кадрах і послугах.

Таким чином, у наступні десятиліття приплив молодих фахівців не зміг заповнити природний і міграційний спад лікарів і середніх медичних працівників. В цілому існуючі кадрові проблеми вітчизняної охорони здоров'я можна поділити на такі категорії:

- дефіцит медичних кадрів;
- дисбаланс між різними медичними спеціальностями;
- дисбаланс між рівнями надання медичної допомоги (в основному лікарі вважають за краще працювати в стаціонарі, а в первинній ланці охорони здоров'я їх не вистачає);
- недостатній рівень кваліфікації лікарського і середнього медичного персоналу, незбалансованість підготовки медичних кадрів з урахуванням потреб медичних кадрів з урахуванням потреб практичної охорони здоров'я.

5. На сучасному етапі формування національної системи охорони здоров'я та впровадження медичної реформи рельєфно виступає комплекс проблем, пов'язаних із кадровим забезпеченням і низькою соціально-економічною ефективністю діяльності медичних організацій, науково-дослідних інститутів і центрів цієї соціальної сфери. Результати дослідження проблем кадрової політики в системі охорони здоров'я свідчать про нагальну необхідність концептуалізації державної кадрової політики в сфері медичного обслуговування населення країни, обґрунтування її стратегічних напрямків, поглибленого аналізу умов і факторів, які впливають на кадрові процеси і відносини як об'єкти кадрової політики, вироблення надійних механізмів її реалізації.

Дослідження світових практик реформування медичної системи, представлені у другому розділі магістерської роботи, дозволили виявити основні проблеми, вирішення яких має стати першочерговим завданням у наступний період реалізації медичної реформи в Україні.

Встановлено, що формування ефективного процесу управління системою охорони здоров'я в Україні залежить від діяльності державних органів по своєчасному оновленню нормативно-правової бази, що регулюють процеси, які відбуваються в галузі охорони здоров'я, а також від рівня та актуальності державної політики ефективного кадрового забезпечення медичними працівниками. В системі охорони здоров'я проблема з'являється тоді, коли населення не задовольняє свої потреби в отриманні якісної медичної допомоги. Зазначене питання вирішується при ефективній державній політиці, яка визначає вектор розвитку всієї системи охорони здоров'я на перспективу.

Розвиток системи охорони здоров'я передбачає ефективну і злагоджену діяльність на усіх рівнях управління, перш за все у вирішенні питання щодо заповнення кадрових ресурсів і якісного використання усього кадрового потенціалу. Не можна не відзначити, що найбільша відповідальність лягає на

діяльність медичних установ (організацій), чия ефективність і результативність безпосередньо залежить від високопрофесійної підготовки та якісної роботи медичного персоналу. Зауважимо, що в цілому реалізовану кадрову політику у сфері охорони здоров'я варто доопрацювати. Наразі доопрацювання потребують наступні проблеми:

- неефективна система оплати праці, що підтверджується низьким рівнем задоволеності даного показника;
- недостатньо ефективна система безперервного професійного розвитку медичного персоналу;
- високий рівень можливого відтоку медичних кадрів з країни (мобільність) за умови надання більш сприятливих умов для трудової діяльності, що підтверджено досить високим відсотком бажаючих переїхати закордон;
- наявність дефіциту кадрів, який особливо помітний в часи пандемії Covid-19.

В умовах кризи пандемії Covid-19 необхідна реалізація продуманої і адекватної політики в галузі управління кадрами, спрямованої на випереджаюче прогнозування процесу відтворення кадрів в системі охорони здоров'я, виходячи з передумови про ключову роль кваліфікованих медичних кадрів в наданні якісної лікарської допомоги.

Таким чином, у ході виконання дослідження визначено, що основні концептуальні завдання по реалізації кадрової політики у сфері охорони здоров'я в контексті її реформування полягають у:

- забезпеченні розвитку комплексної системи планування кадрових ресурсів з урахуванням структури потреби галузі, їх раціонального розміщення і ефективного використання.
- підвищення професійного рівня працівників охорони здоров'я на основі подальшого розвитку системи безперервної освіти, вдосконалення системи державних освітніх стандартів підготовки фахівців.

– підйомі рівня життя працівників охорони здоров'я, приведення системи оплати праці у відповідність зі складністю, кількістю і якістю надання медичної допомоги.

– забезпеченні правового і соціального захисту працівника галузі, розвиток державного і соціального страхування, підвищення ефективності заходів з охорони праці.

– реформування роботи кадрових служб охорони здоров'я відповідно до принципів і вимог сучасної теорії наукового управління людськими ресурсами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Аналіз політики охорони здоров'я: навч. посіб. / Тетяна Семигіна. – К. : ВПЦ НаУКМА, 2012. – 479 с.
3. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: [навч. посібник] / О. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
4. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – 2014. – К. : ТОВ «Аграр Медіа Груп». – 2014. – 52 с.
5. Булеца С.Б. Правові проблеми захисту прав медичних працівників / С.Булеца // Часопис Академії адвокатури України. – 2014. – № 1. – С. 130-136.
6. Булеца С.Б. Відмова лікаря від лікування пацієнта / С.Б. Булеца / Римське право і сучасність: міжн. наук-метод. конф. 11 травня 2012 р. / За ред. Є.О. Харитонова : Вид-во УжНУ «Говерла», 2012. – С. 68-70.
7. Вакуленко О.В. Здоровий спосіб життя як соціально-педагогічна умова становлення особистості у підлітковому віці : автореф. дис... канд. Пед. наук: 13.00.05 / О.В. Вакуленко ; Нац. пед. ун-т ім. М.П.Драгоманова. – К., 2011. – 20 с.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/countries/ru>.
9. Всі офіційні документи з медичної реформи в Україні станом на 01.07.2018. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.sunrisemy.com/vsi-oficijni-dokumenty-z-medichno%D1%97-reformi-v-ukra%D1%97ni-stanom-na-01-07-2018>

10. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : моногр. / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.

11. Голованова І.А. Практичні проблеми формування медичного права в Україні: основні тенденції судової практики всфері захиступрава на охорону здоров'я / І.А. Голованова, А.О. Шерстюк. Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні:збірник матеріалів наук.-прак. конф. – Полтава : ТОВ «Техсервіс», 2014. – С. 38-45.

12. Данилишин Б.М. Децентралізація управління в Україні: з чого почати? [Електронний ресурс] / Б.М.Данилишин // Режим доступу : <http://kontrakty.ua>

13. Даценко І. І. Профілактична медицина: загальна гігієна з основами екології : підруч. для студент мед. ВНЗ / І. І. Даценко, Р. Д. Габович. – Вид. 2-ге, перероб. і допов. – Київ : Здоров'я, 2014. – 788 с.

14. Децентралізація влади. Реформа медицини [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://decentral+ ization.gov.ua/reforms/item/id/6>.

15. Дешко Л. До питання про визначення охорони здоров'я в законодавстві України / Л. Дешко // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – № 4. – С. 65-68.

16. Дешко Л. До питання про поняття та види медичної діяльності /Л. Дешко // Підприємництво, господарство і право. – 2017. – № 6. – С. 21-30.

17. Досягнення і проблеми надання медичної допомоги населенню Тернопільщини з акцентом на первинну ланку / Л.С. Бабінець, О.О. Ткач, Л.М. Матюк [та ін.] //Сімейна медицина. – 2015. – № 3 (59). – С. 28-31.

18. Жалінська І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07 / І. В. Жалінська ; НАН України ; Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. – К., 2011. – 20 с.

19. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

20. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України № 2206-VIII від 14.11.2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>

21. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я / Т. М. Камінська // Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право: зб. наук. пр. / Національний університет «Юридична академія України ім. Ярослава Мудрого». – Х. : Право, 2012. – № 1 (8). – С. 284-285.

22. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні / Т. М. Камінська // Економічна теорія та право. – 2015. – № 1. – С. 38-50.

23. Карпишин Н.І. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в реалізації державних функцій на ринку медичних послуг : автореф. дис... канд. екон. наук: 08.04.01 / Н.І. Карпишин ; Терноп. держ. екон. ун-т. – Т., 2006. – 21 с.

24. Кикиш О. Умови реформування ринку медичних послуг / О. Кикиш // Галицький економічний вісник. – 2012. – № 1 (34). – С. 38-42.

25. Кодекс України про адміністративні правопорушення: Закон України від 07 груд. 1984 р. № 80731-10 (поточна редакція від 27.09.2018). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>

26. Кондратюк С.М. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.07 / С.М. Кондратюк ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2013. – 20 с.

27. Конституція України : Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР (поточна редакція від 30.09.2016) // База даних «Законодавство України» / ВР України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

28. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України, підготовлена робочою групою з питань реформи фінансування охорони здоров'я при МОЗ України. – 2016. – Лютий. – 112 с.

29. Корнієць В. В. Адміністративно-правові основи відповідальності за правопорушення у санітарно-епідеміологічній сфері в контексті адміністративно-правової реформи в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / В. В. Корнієць ; Класич. приват. ун-т. – Запоріжжя, 2010. – 20 с.

30. Кризина Н.П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених / Н. Кризина. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf>

31. Кринична І. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров'я в Україні: історичний аспект / І. Кринична // Теорія та історія публічного управління. – 2015. – № 3 (17). – С. 19-26.

32. Кузьменко В.Ю. Виховання в учнів 8-9 класів здорового способу життя : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.07 / В.Ю. Кузьменко ; Ін-т пробл. виховання АПН України. – К., 2013. – 20 с.

33. Кульчицький М.І. Децентралізація як основа розбудови регіонів та підвищення фінансового забезпечення територій / М.І. Кульчицький, О.В. Заброцька // Бізнесінформ. – 2016. – № 4. – С. 88-95.

34. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Е. О. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Е. Еінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5-19.

35. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Е. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – Число 1 (105). – С. 20-36.

36. Людиноцентрична система державного управління в Україні: утопія чи шанс // Монографія [за заг. ред. Г. А. Дмитренка]. – К., 2014. – 350 с.

37. Малець К. М. Використання маркетингових інструментів у сфері медицини в Україні / К. М. Малець, М. Ф. Гончар // Маркетинг та логістика в системі менеджменту: тези доповідей ІХ Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 8-10 листопада 2012 р.). – Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2012. – С. 265-266.

38. Малік Є.О. Система фінансування охорони здоров'я: конкурентні та соціальні критерії розвитку: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.00.08 / Є.О. Малік ; Держ. вищ. навч. заклад «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – К., 2017. – 18 с.

39. Мартусенко І. В. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країн / І. В. Мартусенко, Т. Д. Сіташ // Проблеми економіки. – 2013. – № 1. – С. 321-325.

40. Махнуша С. М. Маркетингова система охорони здоров'я у сучасних соціально-економічних умовах / С. М. Махнуша, О. Ю. Шевченко / Економічні проблеми сталого розвитку: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті проф. Балацького О. Ф. (м. Суми, 24-26 квітня 2013 р.): у 4 т. / За заг. ред. О. В. Прокопенко. – Суми: Сумський державний університет. – 2013. – Т. 4. – С. 86-87.

41. Мачуга Н. З. Деякі аспекти функціонування ринку медичних послуг / Н. З. Мачуга // Соціально-економічні, політичні та культурні оцінки і прогнози на рубежі двох тисячоліть: Тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених. – Тернопіль, 2007. – С. 230-232.

42. Медична реформа: 2019 рік має бути переламним для усієї галузі [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/article/135044/medichna-reforma-2019-rik-maye-buti-perelamnim-dlya-usiyeyi-galuzi>

43. Медична реформа: інструкція з використання [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dw.com/uk/медична-реформа-інструкція-з-використання/a-41028428>

44. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16 грудня 1966 р. [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua>

45. Миколаєць І.В. Методи державного регулювання надання медичних послуг та управління якістю / І.В. Миколаєць // Публічне управління та митне адміністрування. – 2017. – № 2 (17). – С. 17-21.

46. Миколаєць І.В. Вплив державного регулювання на формування моделі соціального захисту населення / І.В. Миколаєць // Інвестиції: практика та досвід. – 2017. – № 24. – С. 127-130.

47. Миколаєць І.В. Державне регулювання надання медичних послуг, як складова соціального захисту населення [Електронний ресурс] / І.В. Миколаєць // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2016. – № 10. – Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua>.

48. Миколаєць І.В. Механізм державного регулювання організаційно-економічного забезпечення надання якісних медичних послуг / І.В. Миколаєць // Nauka i studia. – Przemysł : Nauka i studia, 2017. – № 15 (176). – Р. 9-19.

49. Миколаєць І.В. Становлення та розвиток державного регулювання надання медичних послуг / І.В. Миколаєць // Інвестиції: практика та досвід. – 2017. – № 23. – С. 113-116.

50. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я; підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Таран та ін. – Вінниця : Нова Книга, 2010. – 288с.

51. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf.

52. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (поточна редакція від 10.06.2018). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

53. Офіційний сайт Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua>

54. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>

55. Офіційний сайт Національної служби охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/>

56. Офіційний сайт Українського незалежного центру політичних досліджень [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine_Decentralisation_UK_2017.pdf

57. Павлюк К.В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2015. – № 4. – С. 67-85.

58. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівні в Україні: сучасний стан та перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

59. Пашков В. М. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти [Електронний ресурс] / Щотижневик АПТЕКА. – 32(1003) від 24.08.2015 р. – Вип. 6-7. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua>.

60. Пашков В. М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) : моногр. / В. М. Пашков. – К. : МОРІОН, 20019. – 448 с.

61. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування [Електронний ресурс] / С. Петрова // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2014. – № 2. – Режим доступу : http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf

62. Пефтієва Ю. Є. Реформування системи охорони здоров'я в аспекті соціальної відповідальності / Ю.Є. Пефтієва // Соціальна відповідальність: сучасні виклики: матер. міжнар. наук.-практ. конф. (21-22 квіт. 2016 р., м. Краматорськ). – Краматорськ : ДДМА, 2016. – С. 221-223.

63. Планування та управління фінансовими ресурсами територіальної громади/О. Кириленко, Б. Малиняк, В. Письменний, В. Русін / Асоціація міст України – К., ТОВ «ПІДПРИЄМСТВО «ВІЕНЕЙ», 2015. – 396 с.

64. Порівняльна характеристика реформ України та Грузії, наслідки та результати / [В. Чала, Н. Дорошенко, Н. Філімонова] // Економічний простір: збірник наукових праць. – № 103. – Дніпропетровськ : ПДАБА, 2015. – С. 34-43.

65. Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 06.08.2014 р. № 385 / Законодавство України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/385+2014+%D0%BF>

66. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] // Проект розпорядження КМУ від 12.06.2014. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140612_0.html.

67. Проць Н.В. Формування податкових надходжень місцевих бюджетів в контексті бюджетної децентралізації / Н.В. Проць // Фінансовий простір. – 2016. – № 1. – С. 221-227.

68. Прутько С.Г. Політико-правові засади екологічно безпечного розвитку України : автореф. дис... канд. політ. наук: 23.00.02 / С.Г. Прутько ; Ін-т держави і права ім. В.М.Корецького НАН України. – К., 2017. – 19 с.

69. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореф. дис... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01 / Я.Ф. Радиш ; Укр. Акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2013. – 35 с.

70. Реформа охорони здоров'я: важкі перші кроки / [К. Руських, Є. Курагіна, В. Бальошенко] // Популярна економіка: моніторинг реформ. – 2012. – № 4. – 20 с.

71. Реформа первинної ланки охорони здоров'я: що думають медичні працівники? [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.ier.com.ua/files/Public_events/2019/RFR_Healthcare/Betliyi_healthcare_ref_pp.pdf

72. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / [К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе]. – К. : ТОВ «НВП «Інтерсервіс», 2014. – 52 с.

73. Рингач Н. Вплив глобальної економічної кризи на здоров'я населення України і завдання державного управління охороною громадського здоров'я / Н. Рингач // Збірн. наук. праць Національної академії державного управління при Президентові України [за заг. ред. В. П. Приходька]. – К. : НАДУ, 2009 – Вип. 1. – С. 212-222.

74. Рингач Н.О. Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.О. Рингач ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – К., 2010. – 36 с.

75. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К. : Сфера, 2015. – 272 с.

76. Семигіна Т. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального : монографія / Т. Семигіна. – К. : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2013. – 400 с.

77. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні : моногр. / І. Я. Сенюта; Акад. прав. Наук України, НДІ держ. буд-ва та місц. самоврядування. – Л. : Вид-во «ПАІС», 2007. – 223 с. – (Пр. Львів. лаб. прав людини і громадянина. Сер. І. Дослідж. та реф.; Вип. 14).

78. Сімейна медицина на Тернопільщині: успіхи, проблеми, шляхи вирішення / Л.С. Бабінець, О.О. Ткач, Л.М. Матюк [та ін.] //Сімейна медицина. – 2014. – № 6 (56). – С. 4-6.

79. Слабкий Г. О. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. О. Петриченко, С. І. Лупей-Ткач // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1(25). – С. 79-84.

80. Снегірьов П. Г. Базові характеристики провідних систем охорони здоров'я в контексті визначення стратегії для України [Електронний ресурс]/ П. Снегірьов // Український медичний часопис. – Вип. 6 (116). – XI/XII. – 2016 р. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua>

81. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою галузі охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: Автореф. дис...канд.наук з держ. упр.: 25.00.02 / Н.Д. Солоненко ; Нац. акад. держ.упр. при Президентіві України. – К., 2014. – 20 с.

82. Степанова О.В. Обов'язкове медичне страхування як фактор фінансової стійкості охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / О.В.Степанова // Ефективна економіка. – 2015. – № 11. – Режим доступу : <http://www.m.nauka.com.ua/?op=1&j=efektyvna-ekonomika&s=ua&z=4578>

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні характеристики способів фінансування систем охорони здоров'я

Критерії	Загальне оподаткування	Обов'язкові нески	Добровільне страхування	Особиста оплата медичних послуг
Справедливість	Фінансування слабо пов'язане зі здатністю до оплати. Структура податків визначає прогресивність і соціальну справедливість.	Забезпечується соціальна справедливість (багатий платить за бідного)	Відрахування пов'язані з потребою (ризиком), а не зі здатністю платити	
Загальність	Однаковий обсяг послуг для всіх жителів		Диференційовані програми допомоги. Обмеження, встановлене на обсяг послуг в цілому	Індивідуальний обсяг послуг для кожного пацієнта в залежності від здатності оплати
Індивідуальний вибір	Вибір обмежений умовами контрактів між покупцем і виробником медичних послуг або відсутній		Вільний вибір поліса і обсягу послуг. Страховик може обмежити вибір виробника медичних послуг	Вільний вибір виробника і обсяг медичних послуг
Ефективність при розподілі	Залежить від способу передачі фінансових коштів виробниками		Деякі пацієнти можуть відмовитись від	

фінасових коштів	медичних коштів		високоєфективного лікування через нездатність оплатити його.	
Прозорість системи фінансування і визначеність гарантій	Витрати спеціально не призначені для охорони здоров'я. Витрати і обсяг послуг, які можна очікувати, не визначені. Влада безпосередньо несе відповідальність за рішення по видаткам	Вплив збільшення обсягу послуг на витрати не визначено	При певних відрахуваннях гарантується надання послуг	
Макроефективність	Глобальний бюджет дозволяє успішно контролювати витрати. Якщо бюджет на охорону здоров'я віднесений до числа місцевих пріоритетів, контролювати загальні витрати може бути складніше.	Залежить від наявності центрального контролю за глобальними витратами. Велика прозорість забезпечує краще уявлення про зв'язок витрат і обсягів послуг	Залежить від методів оплати виробників медичних послуг.	Відсутнє

Джерело: складено автором із врахуванням [63].

Кількість лікарів-інтернів у м. Миколаїв

Рік	Рік навчання	Бюджет	Контракт	усього
2017	1 рік навчання	39	14	53
	2 рік навчання	24	13	37
	3 рік навчання	2	1	3
ВСЬОГО		65	28	93
01.08.2018				
	1 рік навчання	34	31	65
	2 рік навчання	35	17	52
	3 рік навчання	2	6	8
ВСЬОГО		71	54	125
01.08.2019				
	1 рік навчання	33	25	58
	2 рік навчання	35	30	65
	3 рік навчання	3	2	5
ВСЬОГО		71	57	128
01.09.2020				
	1 рік	29	21	49

	навчання			
	2 рік навчання	35	26	61
	3 рік навчання	3	4	7
ВСЬОГО		67	51	118
01.10.2021	1 рік навчання	31	24	55
	2 рік навчання	34	25	59
	3 рік навчання	4	5	9
ВСЬОГО		69	54	123
01.10.2022	1 рік навчання	27	22	49
	2 рік навчання	31	27	58
	3 рік навчання	3	4	7
ВСЬОГО		61	53	114

Джерело: складено автором

**Спеціалізації, на які виділені бюджетні кошти для лікарів-інтернів
м .Миколаїв**

БЮДЖЕТ			
МЛ № 1	1 рік навчання	Внутрішні хвороби	4
	1 рік навчання	Анестезіологія та інтенсивна терапія	1
	2 рік навчання	Внутрішні хвороби	2
	2 рік навчання	Анестезіологія	3
МЛ № 3	1 рік навчання	Внутрішні хвороби	1
	1 рік навчання	Ортопедія і травматологія	3
	2 рік навчання	Ортопедія і травматологія	1
	1 рік навчання	Хірургія	3
	2 рік навчання	офтальмологія	1
	2 рік навчання	Анестезіологія	3
МЛ № 4	1 рік навчання	Внутрішні хвороби	1
	2 рік навчання	Анестезіологія	1
МЛ № 5	2 рік навчання	стоматологія	1
	2 рік навчання	неврологія	1
	2 рік навчання	Дитяча отоларингологія	1
ЛШМД	2 рік навчання	Внутрішні хвороби	1
	2 рік навчання	неврологія	1
	2 рік навчання	хірургія	1
	2 рік навчання	Ортопедія і травматологія	1
	2 рік навчання	отоларингологія	1
	3 рік навчання	хірургія	3
ДЛ № 2	1 рік навчання	педіатрія	1

	2 рік навчання	Дитяча анестезіологія	2
ЦПМСД № 1	1 рік навчання	Внутрішні хвороби	1
	1 рік навчання	ЗПСМ	2
	2 рік навчання	Внутрішні хвороби	1
ЦПМСД № 2	1 рік навчання	Внутрішні хвороби	2
	1 рік навчання	ЗПСМ	1
ЦПМСД № 4	1 рік навчання	ЗПСМ	1
ЦПМСД № 5	1 рік навчання	ЗПСМ	1
ЦПМСД № 6	2 рік навчання	ЗПСМ	1
	2 рік навчання	Внутрішні хвороби	3
	2 рік навчання	педіатрія	2
ЦПМСД № 7	2 рік навчання	ЗПСМ	3
ПБ № 1	1 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
	2 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
ПБ № 2	1 рік навчання	Акушерство і гінекологія	2
	1 рік навчання	неонатологія	2
	2 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
	2 рік навчання	неонатологія	2
ПБ № 3	1 рік навчання	Анестезіологія та інтенсивна терапія	1
	1 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
Контракт			
МЛ № 1	1 рік навчання	неврологія	1
МЛ № 3	1 рік навчання	урологія	1
	1 рік навчання	хірургія	2
	3 рік навчання	хірургія	1

МЛ № 5	1 рік навчання	стоматологія	2
ЛШМД	1 рік навчання	Ортопедія і травматологія	1
	1 рік навчання	хірургія	2
	2 рік навчання	хірургія	2
	2 рік навчання	урологія	1
	2 рік навчання	Анестезіологія	1
	3 рік навчання	хірургія	1
ЦПМСД № 3	2 рік навчання	ЗПСМ	1
ЦПМСД № 6	1 рік навчання	ЗПСМ	1
ПБ № 1	3 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
ПБ № 2	1 рік навчання	Акушерство і гінекологія	2
ПБ № 3	1 рік навчання	Акушерство і гінекологія	3
	2 рік навчання	Акушерство і гінекологія	2
	1 рік навчання	Анестезіологія та інтенсивна терапія	1
	3 рік навчання	Акушерство і гінекологія	1
СП № 1	1 рік навчання	Стоматологія	2
	2 рік навчання	Стоматологія	5
СП № 2	1 рік навчання	Стоматологія	2
	2 рік навчання	Стоматологія	11
«МСП»	1 рік навчання	Стоматологія	1
	2 рік навчання	Стоматологія	3

Джерело: складено автором