

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

Здобувача вищої освіти Турченко Валерії Олегівни

академічної групи 281м-23з-1 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

за освітньо-професійною програмою 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Управління системою охорони здоров'я в Україні: ключові проблеми та напрями удосконалення»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:	Чикаренко О.О.			
------------	----------------	--	--	--

Нормоконтролер:	Кравцов О.В.			
-----------------	--------------	--	--	--

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Управління системою охорони здоров'я в Україні: ключові проблеми та напрями удосконалення».

90 с., 5 табл., 4 рис., 45 джерел.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА, МЕДИЧНА РЕФОРМА, СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, СТРАТЕГІЯ РЕФОРМУВАННЯ.

Об'єкт дослідження – державне управління системою охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – процеси удосконалення управління системою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення управління системою охорони здоров'я в Україні.

У першому розділі досліджено основи державного управління системою охорони здоров'я України. У другому розділі представлено аналіз сучасного стану реформування системи охорони здоров'я України. У третьому розділі окреслено ключові проблеми та напрями удосконалення управління системою охорони здоров'я України.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами публічної влади під час розробки заходів щодо удосконалення системи охорони здоров'я України.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Healthcare System Management in Ukraine: Key Problems and Areas for Improvement».

90 pages, 5 figures, 4 tables, 45 sources.

PUBLIC HEALTH, PUBLIC POLICY, HEALTHCARE REFORM, HEALTHCARE SYSTEM, REFORM STRATEGY.

Object of research – the public administration of the healthcare system in Ukraine.

Subject of research – the processes of improving the management of the health care system in Ukraine.

The purpose of research – to provide scientific substantiation of theoretical and analysis of practical recommendations for improving the management of the healthcare system in Ukraine.

The first section examines the foundations of public administration of the healthcare system in Ukraine. The second section provides an analysis of the current state of healthcare reform in Ukraine. The third section outlines the key problems and directions for improving the governance of the healthcare system in Ukraine.

The recommendations and suggestions provided in this paper can be used by public authorities in developing measures to improve the healthcare system of Ukraine.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
УКРАЇНИ.....	10
1.1. Система охорони здоров'я України: історія та сучасність.....	10
1.2. Державна політика в сфері охорони здоров'я України.....	24
1.3. Розвиток системи охорони здоров'я: досвід зарубіжних країн.....	30
РОЗДІЛ 2	
РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	44
2.1. Сутність та стратегія реформи системи охорони здоров'я	
в Україні.....	44
2.2. Нормативно-правове забезпечення реформування системи	
охорони здоров'я України.....	53
2.3. Реформування системи охорони здоров'я в країнах Європи.....	63
КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ	
УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	71
3.1. Реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.....	71
3.2. Ключові проблеми управління системою охорони здоров'я:	
виклики сьогодення.....	74
3.3. Пріоритетні напрями удосконалення управління системою	
охорони здоров'я України.....	77
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91

ВСТУП

Система охорони здоров'я України знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, змінюючись, формує багатоаспектні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я. Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015 – 2020 років визначає ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. Управління системою охорони здоров'я потребує системних змін, якісно нових підходів, альтернативних шляхів реформування організаційно-економічного механізму медичної сфери, розробки нових моделей взаємодії механізмів державного управління захистом працюючого населення.

Рівень здоров'я населення значно впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства. У сучасній Україні пошук вирішення проблем системи охорони здоров'я йде шляхом забезпечення належного рівня здоров'я населення. Про це наголошується в стратегічних документах міжнародного, європейського та національного рівнів, де головною метою є дії та завдання, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я, надання населенню доступної і якісної медичної допомоги відповідно до рівня технологічного розвитку медичних закладів, реальних потреб населення та з дотриманням принципів рівності та справедливості. Проте, стратегії, дії й соціальна прихильність до системи охорони здоров'я не можуть з'явитися безпосередньо. У сучасному суспільстві вплив на здоров'я настільки різнобічний і розгалужений у всіх секторах суспільства, що для зміцнення здоров'я необхідні дії на основі нового мислення і нової парадигми, тоді як традиційні лінійні раціональні моделі планування уже недостатні. Тому обґрунтування і розробка

національної кадрової політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням досвіду зарубіжних країн є нагальною необхідністю і умовою успішного запровадження реформ.

Трансформація в охороні здоров'я розпочалася з первинної ланки медицини і вже показала свою ефективність: сімейні лікарі отримали суттєве підвищення зарплат (часом втричі), а пацієнти – якісні послуги: 70 % українців, які підписали угоду зі своїм лікарем. Наступний крок – вторинна із поступовим переходом до третинної ланки (спеціалізована та високоспеціалізована допомога) стартувала 1 квітня 2020 року.

Найважливішими напрямками державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я визначені:

- формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я з метою реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;
- формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;
- формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;
- удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування, страхові медичні організації, органи виконавчої і законодавчої влади);
- орієнтація діяльності органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я на кінцевий результат;
- управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (установах охорони здоров'я) на основі системного підходу, який робить можливим комплексне вивчення інноваційної системи як єдиного цілого з

вивченням його структурних компонентів (підсистеми, елементи), взаємозв'язків і фінансово-економічних відносин, виявленням ролі кожного структурного компонента в інноваційній діяльності.

В основі інноваційного підходу до управління ресурсами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативне правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дозволяють, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а, з іншого боку, підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я. Це вимагає значного обсягу робіт з впровадження реформи на місцевому рівні.

Багато дослідників сьогодні вивчають проблему забезпечення населення України якісною охороною здоров'я та медичним обслуговуванням. Серед них можна назвати М. М. Білинський, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, І. М. Солоненко та ін. Серед напрямів їх досліджень передусім виділяється державне управління реформуванням системи охорони здоров'я України, створення автономності установ охорони здоров'я, вдосконалення правових основ та економічного забезпечення галузі.

Питання реформування сфери охорони здоров'я шляхом вдосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні також не є новим. Різні аспекти цієї проблематики були предметом наукових досліджень значної кількості науковців і практиків з правових та медичних спеціальностей. Йдеться про наукові здобутки Н. Б. Болотіної, І. О. Буряка, В. О. Галая, З. С. Гладуна, Б. О. Логвиненка, Р. А. Майданика, В. І. Олефіра, В. М. Пашкова, Я. Ф. Радиша, І. Я. Сенюти, Я. М. Шатковського та інших вчених.

Однак в вітчизняній літературі питання управління системою охорони здоров'я в Україні, розгляд наявних проблем та шляхів їх розв'язання мало досліджені, що визначає обрану тематику магістерської роботи актуальною.

Об'єкт дослідження – державне управління системою охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – процеси удосконалення управління системою охорони здоров'я в Україні.

Мета дослідження – наукове обґрунтування теоретичних та аналіз практичних рекомендацій щодо удосконалення управління системою охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення зазначеної мети були поставлені наступні завдання:

- дослідити історію розвитку та сучасний стан системи охорони здоров'я України;
- розкрити сутність державної політики в сфері охорони здоров'я України;
- вивчити досвід розвитку системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах;
- проаналізувати сутність та стратегію реформи системи охорони здоров'я в Україні;
- дослідити нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я України;
- проаналізувати процеси реформування системи охорони здоров'я в країнах Європи;
- дослідити сучасний стан реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні;
- проаналізувати ключові проблеми управління системою охорони здоров'я як виклики сьогодення;
- визначити пріоритетні напрями удосконалення управління системою охорони здоров'я України.

Для реалізації поставлених у магістерській роботі мети й завдань використовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів. В основу дослідження покладено системний підхід, який дав змогу розглянути основи публічного управління системою охорони здоров'я України як цілісний комплекс із взаємопов'язаними

та взаємозалежними елементами.

Для аналізу наукових та навчальних джерел, вивчення рівня розробки проблеми у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції державної політики щодо сфери охорони здоров'я застосовувалися історичний і логічний методи.

Методи наукової абстракції та узагальнення, а також прогностичний метод застосовувалися для формулювання висновків, рекомендацій і пропозицій щодо удосконалення процесів реформування системи охорони здоров'я.

Інформаційною основою дослідження слугували законодавчі та нормативно-правові акти органів державної влади та органів місцевого самоврядування, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях та мережі Інтернет, офіційні публікації Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Рекомендації та пропозиції, надані в роботі, можуть застосовуватись органами публічної влади під час розробки заходів щодо удосконалення системи охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 1

ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ

СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Система охорони здоров'я України: історія та сучасність

У 1991 р. Україна здобула свою незалежність, а українське суспільство отримало орієнтацію на інтеграцію з країнами європейської співдружності. Серед багатьох завдань, що виникли перед новою владою та суспільством, постала необхідність формування нової моделі організації надання медичної допомоги населенню, яка б була націлена на поліпшення громадського здоров'я та вдосконалення діяльності сфери охорони здоров'я в цілому [1, с. 680 – 681].

Згідно з ст. 3, 4 та 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, «охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя» (ст. 3); «охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державної діяльності» (ст. 12), «один із головних чинників виживання та розвитку народу України» (ст. 4) [2].

Історично прийнято характеризувати охорону здоров'я як систему державних і громадських заходів щодо охорони здоров'я, попередження та лікування хвороб і продовження життя людини. Наукова та енциклопедична література часів Радянського Союзу визначала охорону здоров'я як «систему соціально-економічних і медичних заходів, спрямованих на збереження і підвищення рівня здоров'я кожної окремої людини і населення в цілому» [3].

Сучасне визначення цього терміну соціальною медициною більш широке: «охорона здоров'я – система заходів (державних, громадських, медичних та індивідуальних), спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості

життя» [4].

Системою вважають сукупність взаємопов'язаних елементів, що утворюють єдине ціле, взаємодіють із середовищем та між собою і мають мету. Система, таким чином може розглядатись як набір компонентів з їх внутрішньою і зовнішньою взаємодією та визначеною метою. Сьогодні ми розуміємо систему охорони здоров'я як сукупність входу (структура або ресурси), процесів (технологія допомоги) та виходу (результат), що дає змогу визначити система охорони здоров'я [5] як:

- сукупність необхідних ресурсів, у тому числі матеріальних, людських, фінансових;
- формальну і неформальну організацію взаємодії та перетворення цих ресурсів при наданні послуг населенню з метою збереження доброго чи прийняттого рівня здоров'я або покращення його у разі хвороби, інвалідності, травми.

Кінцевим продуктом цієї системи має бути здоров'я, що зазвичай розуміють як стан повного фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя або як можливість жити своїм життям у спосіб, сумісний з досягненням соціальних і особистих цілей та збереженням гідності і прав людини [5].

Системи охорони здоров'я мають бути відкритими (взаємодіяти з зовнішнім середовищем) і здатними впливати на це середовище (політичне, економічне, соціальне, технологічне, фізичне). Тобто системи охорони здоров'я мають бути відкритими як до своїх місцевих і національних умов, так і до умов міжнародних, глобальних. Усі національні міністерства охорони здоров'я є членами ВООЗ, у той же час підпорядковуються місцевим національним органам влади, в окремих країнах вони також підзвітні людям, яким служать.

Не можна трактувати охорону здоров'я як систему заходів, галузь соціальної сфери, галузь народного господарства тощо, охорона здоров'я – це, по-перше, система; по-друге, це система соціальна, так як до її складу входять три системоутворюючі фактори: людський, технічний та організаційний, а

діяльність її спрямована також на людину (здорову і хвору) і фактори, що створюються в процесі соціальних відносин, а, по-третє, це система державна, так як вона утримується, фінансується і керується державою [6].

Державний характер системи охорони здоров'я означає провідну роль держави як власника, роботодавця і регулятора галузі. Провідна роль держави підкріпується ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де проголошено, що «охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямків державної діяльності» [7]. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію. Державна політика охорони здоров'я забезпечується бюджетними асигнуваннями. А відповідно, охорона здоров'я – це державна система. Система охорони здоров'я – складна організаційна багаторівнева соціальна система. Складні соціальні системи управління, до яких належить система охорони здоров'я, завжди розподіляються на дві основні підсистеми: керуючу (керівництво) і керовану (виконавці), кожен з яких можна, в свою чергу, розглядати як самостійні системи з властивими їм підсистемами.

Користуючись методичним підходом для характеристики системи охорони здоров'я можна визначити наступні її особливості:

– багатоцільова і багаторівнева система з ієрархічною формою управління (ієрархічними є системи, в яких кожен компонент у свою чергу може розглядатися як система. Зокрема, компонентом системи охорони здоров'я є державне управління даною галуззю). Ієрархічність і багаторівневність у системі охорони здоров'я – це властивості не лише побудови означеної системи, але і її поведінки. Цілісне функціонування системи охорони здоров'я є результатом взаємодії всіх її сторін і рівнів;

– складові її компоненти нерідко піддаються випадковим, неконтрольованим впливам; характер зв'язку складний, а система певною мірою має ймовірний, а не детермінований характер;

– система складається з надзвичайно великої кількості підсистем, які відрізняються не тільки ступенем складності, характером і складом елементів, але й організаційною структурою;

– характерним є: послідовне вертикальне розташування підсистем, що складають дану систему; пріоритет дій або право втручання підсистеми верхнього рівня; залежність дій підсистем верхнього рівня від фактичного виконання нижчими рівнями своїх функцій [8; 9].

Значний вплив на успішну діяльність системи охорони здоров'я мають горизонтальні зв'язки як між іншими системами і між підсистемами самої системи охорони здоров'я [9, с. 42]. Врахування і зміцнення горизонтальних зв'язків дає можливість системі охорони здоров'я України правильно будувати міжвідомчі державно-управлінські відносини з іншими системами і структурами державної влади з метою забезпечення ефективного публічного управління галуззю.

Резюмуюче вищевикладене, визначимо, що система охорони здоров'я – це відкрита, динамічна, складна соціально-економічна система, вона являє собою сукупністю різноманітних державних і недержавних органів та організацій, діяльність яких здійснюється на основі міжгалузевих відносин і направлена на збереження, зміцнення і відновлення здоров'я населення [8].

ВООЗ визначає три цілі систем охорони здоров'я:

- покращення здоров'я населення;
- відповідність очікуванням людей – тобто система надає послуги, що відображають потреби користувачів;
- забезпечення фінансового захисту в разі погіршення стану здоров'я.

Кінцевою метою систем охорони здоров'я є «сприяння та/або захист здоров'я людей. Функції системи охорони здоров'я: стратегічне управління, залучення ресурсів, надання послуг та фінансування» [5].

Регулювання охорони здоров'я є однією з основних функцій уряду, яка не може бути делегованою іншим учасникам системи. Існує угода про сильну роль держави у створенні ефективних систем охорони здоров'я через регулювання та насичення коштами проблемних сегментів ринку, вирішення проблеми нерівного доступу до медичної допомоги та створення сильної системи первинної медико-санітарної допомоги. Проте, чи повинна медична допомога

надаватись у державних закладах, чи цю функцію можна делегувати приватному сектору з державним контролем та регуляцією якості, залишається суперечливою площиною різних поглядів. Переважна більшість економічно розвинених країн мають високу залученість держави у витрати на охорону здоров'я, в той же час багато країн з середнім та низьким рівнем доходів просто не вкладають достатньо з існуючих ресурсів в охорону здоров'я [5].

Іншим напрямом державного регулювання є розроблення, прийняття і застосування різних стандартів та розглядається як державний контроль. Стандартизація може стосуватись різних компонентів системи охорони здоров'я, таких як:

- професійна діяльність, включно з ліцензуванням, заробітною платою, освітою та післядипломним навчанням;
- технічні характеристики і стандарти, у тому числі кількість і рівень високотехнологічного обладнання та доступ і час очікування для пацієнтів;
- фармацевтичні препарати, включно з безпекою, дозволом на продаж і цінами та запобіжні заходи від появи на ринку фальсифікованих лікарських засобів;
- маршрутизація пацієнтів від первинної ланки до госпітальної допомоги, забезпечення надання медичної допомоги у віддалених регіонах та населених пунктах, акредитація закладів охорони здоров'я, формування національних політик та керівних принципів і настанов, включно зі списками очікування, використанням електронної системи охорони здоров'я та медичних інформаційних систем, електронного навчання;
- плани страхування та медичні каси [5].

Децентралізація є однією з розповсюджених політик, в тому числі у сфері охорони громадського здоров'я, та представляє собою делегування повноважень на прийняття рішень від центрального до місцевого рівня влади.

На його думку Я. Радиша, в широкому розумінні «державна система охорони здоров'я України» – це складна організаційна соціальна функціональна багаторівнева ієрархічна керована система, діяльність якої спрямована на:

- раціональне використання наукового і соціально-економічного потенціалу країни;
- комплексне динамічне спостереження за станом здоров'я людини і всіх членів суспільства, здорових і хворих, забезпечуючи при цьому: їх максимальне творче довголіття; формування оптимальних параметрів здоров'я майбутнього покоління;
- вивчення проблем якості навколишнього середовища, шляхом використання: широкої мережі закладів охорони здоров'я; комплексу державних заходів профілактики для своєчасного виявлення ранніх форм захворювання;
- зниження тимчасової і стійкої втрати працездатності, смертності населення з метою: забезпечення життєдіяльності суспільства; зміцнення наукового й економічного потенціалу країни;
- збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя [9, с. 43].

У вузькому розумінні складовими охорони здоров'я визначаються дві підсистеми: управління і медична допомога.

Структура Державної системи охорони здоров'я України показана на рис. 1.1. Таким чином, державна система охорони здоров'я є широкою мережею закладів охорони здоров'я України, де здійснюється комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшенню здоров'я, підвищення санітарної культури, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з гострими і хронічними захворюваннями, реабілітацію хворих та інвалідів, організація роботи і управління цими закладами [9, с. 45].

В організаційному плані структура системи охорони здоров'я має два основні зрізи: адміністративно-територіальний та галузевий. В адміністративно-територіальному відношенні система охорони здоров'я є складною, багаторівневою, ієрархічно побудованою. В ролі елементів (підсистем) до неї входять лікувально-профілактичні заклади різних рівнів підпорядкування, окремі види медичної допомоги, служби, лікувально-діагностичні процеси, матеріально-технічна база, кадри, фінанси тощо. В адміністративно-територіальному аспекті структура

системи охорони здоров'я України має три основні рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий) [10, с. 476].



Рис. 1.1. Структура Державної системи охорони здоров'я України

До складу національного рівня системи охорони здоров'я входять: Міністерство охорони здоров'я України (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я державної форми власності, які безпосередньо йому підпорядковані (об'єкт управління).

Регіональний рівень системи охорони здоров'я складають: Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (суб'єкт управління) та державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, та закладами охорони здоров'я, які перебувають у спільній власності територіальних громад (обласні лікарні, діагностичні центри тощо) (об'єкт управління).

Субрегіональний (місцевий) рівень системи охорони здоров'я складають районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я, які підпорядковані цим органам на правах комунальної власності (об'єкт управління).

Існує велика кількість класифікацій систем охорони здоров'я, що ґрунтуються на різних принципах.

Так, М. Фотакі виділяє наступні моделі [11], що базуються на категоріальному поділі країн за типом розвитку: універсалістська (модель Беверіджа), соціального страхування (модель Бісмарка), «Південна модель» (Іспанія, Греція, Португалія), «Скандинавська модель» (соціал-демократична або інституціональна), ліберальна (залишкового соціального забезпечення), консервативна корпоративна (Японія), латиноамериканська, індустріальних держав Східної Азії, системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою.

Існує класифікація систем охорони здоров'я, що ґрунтується на економічних механізмах [9], відповідно до якої виділяють наступні моделі: бюджетна; державно-страхова; приватно-страхова; приватна; змішана.

Але найчастіше класифікації систем охорони здоров'я зводяться до трьох класичних моделей (рис. 1.2), що також пропонуються експертами ВООЗ [10]:

- державна система (модель Беверіджа) – Великобританія;
- страхова система (модель Бісмарка) – Австрія, Німеччина, Бельгія, Швейцарія;

Основними принципами обов'язкового медичного страхування та державного (бюджетного) фінансування охорони здоров'я є справедливість і солідарність, що являють собою підґрунтя сучасної соціальної держави. Справедливість у данному випадку означає, що громадяни мають рівне право на медичну допомогу, гарантовану державою, незалежно від рівня доходів, фінансового та соціального статусу. Солідарність означає, що більш заможні громадяни підтримують незаможних через систему оподаткування або

страхових внесків. Тобто реалізується принцип «Багатий платить за бідного, здоровий – за хворого» [11]. приватна система – США.

ОСНОВНІ ТИПИ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я



Рис. 1.2. Основні типи систем охорони здоров'я

Державна (бюджетна) система охорони здоров'я характеризується державним фінансуванням від податків, вертикальною ієрархічною організаційною та адміністративною структурою, наявністю адміністративного механізму для передачі та розподілу ресурсів, публічним характером закладів охорони здоров'я та винагородою медичних працівників у вигляді заробітної плати (модель Беверіджа) [11]. Основним джерелом фінансування охорони здоров'я виступають кошти державного та місцевого бюджетів. Державна система охорони здоров'я розвивається в країнах із соціально орієнтованою політикою та має посилений вплив держави на діяльність галузі охорони здоров'я. Державні системи охорони здоров'я умовно можна розділити на два типи: модель Беверіджа, модель Семашка.

Модель Беверіджа в своїй основі має доктрину соціальної солідарності, яка визначала необхідність державного регулювання та посилення ролі держави в соціальній сфері. Згідно з ідеям Беверіджа, національна система охорони здоров'я повинна фінансуватися з державного бюджету [12]. Запроваджена і функціонує державна (бюджетна) система охорони здоров'я у Великобританії та серед особливостей має наступні риси: основним джерелом фінансування є кошти держбюджету; пріоритетними визначаються профілактика та первинна ланка медичної допомоги; контракування провайдерів медичної допомоги; нарощування високих технологій; обмежений вибір пацієнтом закладу охорони здоров'я та «списки очікування» або черга на надання планової медичної допомоги; відповідальність постачальника за якість медичних послуг [13, 14].

Керівні принципи системи Семашка (колективного споживання та соціального захисту) в основному базувалися на концепції. У теорії, соціальний захист мав мати форму загальних (охоплення всіх громадян), повних (покриття від усіх ризиків) та адекватних (високого рівня) соціально-сервісних пільг, що поставляються державою без будь-яких затрат за місцем споживання як відображення основних цінностей суспільства – рівності та соціальної справедливості. Соціалістична модель спирається на централізований контроль та планування для розподілу ресурсів, забезпечення повної зайнятості, цінові субсидії і негайне надання послуги. Не зважаючи на очевидні проблеми, такі як неадекватність механізмів для підтримки доходів (низький рівень пенсійного забезпечення та заробітної плати), низький рівень розвитку послуг, нерівномірний розподіл ресурсів (привілеї для членів державної бюрократії), систему можна вважати функціональною в тому сенсі, що вона забезпечує широкий доступ до основних послуг соціального захисту. Функціональним недоліком системи є її низький рівень ефективності, обмежені наявні ресурси, а також той факт, що система соціального захисту являє собою частину більш широкого соціально-економічного утворення з неефективною економікою, яка в кінцевому результаті зруйнувалася [4].

На основі аналізу ряду публікацій [9, 11] можна виділити наступні

принципи моделі системи охорони здоров'я Семашка:

- централізоване державне фінансування системи охорони здоров'я;
- безоплатність та загальна доступність усіх видів медичної допомоги з рівними правами громадян на її отримання та дільничним принципом надання;
- ліквідація соціальних основ захворювань;
- єдині принципи організації охорони здоров'я;
- створення державної системи санітарних закладів;
- профілактична направленість медицини, «профілактика – це шлях, яким ми йдемо, диспансеризація – метод вирішення профілактичних задач», – писав Семашко [9];
- першочергова увага материнству та дитинству;
- єдині підходи до організації статистичного обліку захворюваності населення;
- наближеність медичної допомоги до людини (медичні пункти на заводах, у школах, дитячих садках, фельдшерсько-акушерські пункти в сільській місцевості), територіальна доступність;
- інформаційне забезпечення професійної медичної діяльності;
- систематична підготовка медичних кадрів;
- єдність медичної науки і практики;
- залучення громадськості до охорони здоров'я.

Недоліки системи Семашка [9, 11]:

- відсутність вибору пацієнтом лікуючого лікаря та лікарні, що унеможлиблювало конкуренцію;
- відсутність конкуренції сприяла недостатній увазі до потреб пацієнтів, тобто відсутність пацієнтоцентричності;
- дефіцит якісних послуг, пріоритетною була не якість медичної допомоги, а кількість;
- несформованість механізму фінансового стимулу медичних працівників, що мали виконувати професійний борг, працювати «за ідею», а не орієнтуватися на отримання прибутку;

- фінансувалась потужність лікарень (кількість ліжок), а не надані медичні послуги;
- хронічне недофінансування.

Як уже зазначалося вище, медична система України сьогодні складається з трьох рівнів або ланок надання медичної допомоги населенню: первинної (амбулаторної), вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо або вузькоспеціалізованої). Критеріями поділу на ці рівні є вид медичної послуги, специфіка складності її надання, рівень кваліфікації лікаря та тип спеціалізації медичної допомоги. Зокрема, первинна, або амбулаторна ланка відповідає за надання невідкладної допомоги населенню, а також допомоги, що надається пацієнтам лікарями загальної практики за місцем проживання або тимчасового перебування. До закладів первинного рівня медичної допомоги належать амбулаторії, поліклініки та кабінети сімейних лікарів.

Вторинна ланка передбачає процедуру стаціонарного лікування із залученням вузькопрофільних спеціалістів. На цьому рівні працюють районні та міські лікарні міст, СМТ та районних центрів.

Третинна ланка відповідає за надання висококваліфікованої медичної допомоги, а саме: проведення діагностики складних захворювань і нетипових відхилень, патологій та ускладнень. На цьому рівні працюють дослідницькі інститути, вузькоспеціалізовані лікарні та госпіталі.

Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я в Україні з метою зміцнення вітчизняної системи охорони здоров'я та її потенціалу, підвищення рівня її безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання, розбудови розвинутої й сталої демократії та ринкової економіки визначені:

- положеннями глави 22 «Громадське здоров'я» Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони;
- Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025 років;

– спільним зі Світовим банком проектом «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» на підтримку реформування охорони здоров'я.

Крім того, положеннями Талліннської хартії ВООЗ 2008 «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту»; «Здоров'я-2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття», визначено що, ефективні системи охорони здоров'я, які надають всебічні медико-санітарні послуги, у тому числі профілактичні, мають виняткову важливість для охорони здоров'я, економічного розвитку та добробуту і мають бути побудовані на засадах справедливого і сталого фінансування. Реалізація вказаних стратегій спрямована на підтримку дій держав і суспільства щодо значного покращання здоров'я, підвищення рівня благополуччя населення, має скоротити нерівність відносно здоров'я, посилити охорону громадського здоров'я і забезпечити наявність універсальних, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я.

Протягом 2016 – 2017 рр. в країні продовжувалося проведення реформування системи охорони здоров'я. Метою реформи є створення системи охорони здоров'я, яка здатна відповідати на реальні потреби людей, забезпечувати доступні та якісні послуги і гарантувати фінансовий захист у разі хвороби. Процес реформ має поетапний характер і дозволяє вдосконалювати роботу різних ланок та рівнів охорони здоров'я, покращувати технології надання медичної допомоги, впроваджувати нові організаційні форми, накопичувати необхідні ресурси.

Ключовими напрямками реформи системи охорони здоров'я визначені:

- створення та запровадження нової моделі фінансування галузі;
- запровадження в країні системи громадського здоров'я;
- дерегуляція фармацевтичної галузі;
- подальший розвиток первинної медичної допомоги;
- проведення державних закупівель лікарських засобів та медичного обладнання [12, с. 10].

Серед важливих положень медичної реформи слід виділити такі:

- оплата за послугу та договірні стосунки з медичними закладами. Головна

ідея реформи полягає у тому, щоб змінити систему, коли кошти спрямовувалися на підтримку мережі лікарень. Замість цього кошти виділятимуться на фінансування потреб пацієнтів. З 2020 р. фінансування медичних установ визначатиметься згідно з переліком послуг, які гарантовано сплачуватиме держава;

- впровадження «програми державних медичних гарантій», тобто переліку медичних послуг та ліків, які оплачуватиме держава. Цей перелік буде щорічно встановлюватися Кабміном Міністрів і затверджуватися парламентом. Наразі такого переліку ще немає. Для його складання МОЗ має отримати інформацію з медичних закладів для визначення вартості послуг і реальних потреб населення;

- впровадження системи e-Health, яка має знищити застарілу паперову звітність та дозволить збирати дані щодо необхідних послуг в окремих районах та розраховувати їхню вартість;

- створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ) – замовника медичних послуг, незалежного від постачальників (лікарень, місцевої влади та МОЗ). НСЗУ – центральний орган виконавчої влади, який замовлятиме послуги для пацієнтів, управлятиме бюджетом і його розподілом між медичними закладами. Щоправда, незалежність НСЗУ дещо руйнують положення про субвенцію на первинній ланці [15].

Практичне впровадження реформи охорони здоров'я в життя здійснюється Міністерством охорони здоров'я України. Ключовими датами реформи на 2018 – 2020 р. визначено:

- січень 2018 р. – початок підготовчого періоду – автоматизація закладів первинної медичної допомоги;

- квітень 2018 р. – старт кампанії з підбору лікаря з надання первинної медичної допомоги. Пацієнт може обрати для себе будь-якого лікаря, незалежно від місця реєстрації чи проживання;

- червень 2018 р. – початок роботи Національної служби здоров'я України;

- липень 2018 р. – початок фінансування закладів первинної медичної допомоги за новою моделлю;

- жовтень-грудень 2018 р. – друге і третє «вікна можливостей» для приєднання закладів первинної медичної допомоги до реформи;
- 2019 р. – початок реформи спеціалізованої допомоги;
- 2020 р. – старт змін у високоспеціалізованій допомозі (стаціонарне лікування у лікарнях) [16, с. 5].

В основі інноваційного підходу до управління ресурсами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативне правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дозволяють, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а, з іншого боку, підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я. Це вимагає значного обсягу робіт з впровадження реформи на місцевому рівні.

1.2. Державна політика в сфері охорони здоров'я України

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави [17, с. 14].

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ). На 17-ій 1963 р. (Нью-Йорк) і 35-ій 1983 р. (Венеція) сесіях ВООЗ визначено 12 принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи, які впливають із позиції повного дотримання

прав людини [11]. Дані принципи ґрунтуються на позиції, що всі люди мають однакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання. 35 асамблея 1983 р., яка прийняла поправки до рекомендацій 18-ої Хельсінкської асамблеї 1964 р. щодо приведення у відповідність із міською організацією охорони здоров'я у сільській місцевості, зобов'язала держави забезпечити такі умови роботи в державній системі охорони здоров'я, які були б достатньо привабливі для того, щоб система медичних послуг у сільській місцевості могла розвиватись такою ж мірою, як аналогічна система в містах. Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні визначені також у програмному документі ЄРБ ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті» [18, с. 138 – 139].

Основоположним документом ВООЗ є Оттавська хартія зі зміцнення здоров'я (1986 р.). Програмними документами для урядів країн-членів ВООЗ (у т.ч. й України) є «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», «Здоров'я-2020», у яких сформовані програмні дії урядів щодо забезпечення необхідного рівня здоров'я населення, управління детермінантами здоров'я, протидії ризикам для здоров'я.

Бангкокська хартія ВООЗ (2005 р.) сприяння здоров'ю у глобалізованому світі закликає до розвитку політики, спрямованої на активізацію громад, демократизацію процесів ухвалення політичних рішень у сфері охорони здоров'я, підтримку місцевих ініціатив.

Підходи до формування державної політики України в галузі охорони здоров'я визначені в Конституції України (ст. 43, 45, 46, 48-50) [19]. Деталізація та конкретизація основних конституційних положень, що стосуються правового регулювання охорони здоров'я, знайшли відображення у низці законодавчих і нормативних актів. У 1992 р. прийнято основоположний законодавчий акт – Основи законодавства України про охорону здоров'я, в якому визначені основні засади та принципи розбудови національної системи охорони здоров'я [2]. Основи державної політики у цій сфері закріплюються також міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Державна політика в галузі охорони здоров'я – це сукупність рішень чи

обов'язків держави щодо проведення органами влади узгодженого курсу дій у системі надання медичної допомоги, спрямованих на досягнення поставлених завдань з метою покращення здоров'я населення держави [20]. Політика України в галузі охорони здоров'я базується на тому, що держава визнає право кожного громадянина держави на охорону здоров'я, забезпечує його захист, а також гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у галузі охорони здоров'я.

Державну політику в галузі охорони здоров'я І. Солоненко трактує як комплекс прийнятих загальнодержавних рішень або взятих зобов'язань держави щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я населення України шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових, профілактичних та медичних заходів із метою збереження генофонду нації, її гуманітарного потенціалу та урахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної особистості, так і суспільства в цілому [21].

Колектив науковців на чолі з Н. Р. Нижник дає таке визначення державній політиці України в галузі охорони здоров'я: це невід'ємна складова частина внутрішньої та зовнішньої політики держави, змістом якої є оптимізація діяльності комплексного соціального інституту, який включає підготовку медичних кадрів, численні соціальні, організаційні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, що обов'язково проводить держава в інтересах своїх громадян. Особливістю проблеми державної політики в галузі охорони здоров'я є її комплексність, системність, загальний характер, що обумовлені зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до зміцнення взаємозв'язку та взаємозалежності складових системи охорони здоров'я [22].

Метою охорони здоров'я України в період реформування галузі є забезпечення права громадян на охорону здоров'я шляхом його збереження та зміцнення, профілактики захворювань і якісної доступної медичної допомоги при оптимізації витрат. Дослідники проблем державної політики України в галузі охорони здоров'я вважають, що галузь перебуває в кризовому стані. Основними причинами є: зміни соціально-економічної системи держави; низька оплата праці

медичних працівників; незадоволення пацієнтів і всього суспільства якістю та ефективністю медичної допомоги; тривалий період реформування без виділення належних коштів, тобто без суттєвої економічної та політичної підтримки, а це все призводить до вимирання нації [23 – 26].

Категоріями ефективності системи охорони здоров'я слід вважати:

- вплив на кінцеві результати, а саме – на здоров'я населення;
- соціальну справедливість, тобто забезпечення кожній людині рівного доступу до медичної допомоги;
- задоволення населення якістю медичного обслуговування [27].

На сучасному етапі суспільного розвитку Українська держава виступає як монополіст у формуванні політики щодо охорони здоров'я нації, але разом з тим вона не спроможна фінансово її підтримати в сучасних умовах. Одночасно спостерігаються децентралізація державного управління охороною здоров'я та підвищення ролі регіональних і місцевих органів державної влади, місцевого самоврядування, пов'язаних із охороною здоров'я та медичною допомогою. Вирішити означені проблеми у системі охорони здоров'я має запроваджена в країні медична реформа.

Комплексним механізмом державного управління розвитком системи охорони здоров'я населення України визначені завдання регіональних органів державного управління щодо подальшого розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та комунальному рівнях. Особлива увага звертається на вдосконалення порядку проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення та активізації роботи центрів здоров'я, розробку програми забезпечення медичних працівників житлом, посилення відповідальності за якість надання медичної допомоги під час проведення обов'язкових профілактичних оглядів населення.

Аналіз законодавчих документів, наукових джерел та інформації щодо практичної діяльності закладів системи охорони здоров'я дає підстави стверджувати, що тривалий час управління вітчизняною охороною здоров'я ґрунтувалося на прямому адмініструванні, а роль економічних методів була

незначна, що не сприяло підвищенню якості медичних послуг. Фінансування галузі традиційно базувалося на показниках ресурсного забезпечення (ліжковий фонд, число медичних працівників та ін.), а не кінцевих результатах роботи медиків.

Екстенсивний шлях розвитку системи охорони здоров'я, спрямованість на кількісні показники, спроби здешевлення медичної допомоги призвели до появи серйозних проблем, серед яких зниження якості медичної допомоги, брак устаткування, діагностичної апаратури, інструментарію і лікарських засобів. Наслідком недостатності економічних стимулів стали низька ефективність використання ресурсів, недостатній професіоналізм медиків, неувага до пацієнтів, побори з них та ін. [28, с. 53 – 54].

Повний перехід системи охорони здоров'я на ринкові відносини соціально вкрай ризикований. Впровадження реформ потребує значної зміни законодавчої бази. Згідно з конституцією України кожний громадянин нашої країни має право на безкоштовне лікування [19]. Тому, на нашу думку, спроби швидко внести зміни до конституції в аспектах медицини можуть викликати активний супротив, особливо серед старшого покоління. Задекларований перехід до обов'язкового медичного страхування, також доки не передбачений законом, а окрім того, має досить проблемне економічне підґрунтя. Причини цього не тільки в кризовому стані України в умовах конфлікту на сході, а й постійне погіршення соціально-економічного стану країни.

Відповідно до положень Стратегії сталого розвитку «Україна-2020», яка затверджена Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5 метою державної політики у сфері охорони здоров'я є системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав, що відповідає намірам наближення до законодавчих, нормативних та адміністративних актів держав-членів ЄС, які визначені програмою «Європейська стратегія здоров'я-2020» та іншими стратегічними документами, які формують політику в сфері охорони здоров'я.

На сучасному етапі вітчизняного державотворення державна політика охорони здоров'я реалізується на основі таких принципів, як:

- законність – відповідність Конституції та законам України, міжнародним договорам, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України;

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш уразливих верств населення;

- співробітництво – узгодження цілей, пріоритетів, завдань, заходів і дій центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, органів професійного самоврядування, забезпечення співробітництва між ними під час формування та реалізації державної політики охорони здоров'я;

- паритетність – забезпечення рівних можливостей доступу всіх суб'єктів охорони здоров'я до участі у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я;

- відкритість, публічність – забезпечення вільного доступу до інформації, що визначає державну політику охорони здоров'я і є у розпорядженні органів державної влади та органів місцевого самоврядування;

- координація – взаємозв'язок та узгодженість середньо- та довгострокових стратегій, планів і програм охорони здоров'я на державному та регіональному рівнях;

- історичне наступництво – урахування і збереження позитивних надбань попереднього періоду розвитку та функціонування національної і регіональних систем охорони здоров'я;

- сталий розвиток сфери охорони здоров'я, який передбачає її гармонізацію з розвитком суспільства і держави для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;

– об’єктивність – розроблення всіх документів, що визначають державну політику охорони здоров’я, на основі компетентного доказового менеджменту та реальних показників, які можна оцінити та реально досягти на практиці;

– орієнтація на сучасні стандарти здоров’я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров’я;

– ефективність – забезпечення досягнення максимально можливих позитивних результатів за рахунок мінімально необхідних витрат ресурсів громадян, громад, суб’єктів господарювання та держави;

– підзвітність – забезпечення періодичного звітування суб’єктів державної політики охорони здоров’я перед суспільством та громадами про прийняті рішення та їх результати, урахування думки громадськості для їх оцінювання та коригування;

– багатосекторальне співробітництво – залучення усіх секторів економіки, передусім таких, як охорона здоров’я, освіта, фінанси, екологія, соціальна політика, правосуддя, засоби масової інформації, до реалізації державної політики охорони здоров’я;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров’я на правовій і договірній основі [10, с. 486].

Розробка державної політики у сфері охорони здоров’я на сучасному етапі вітчизняного державотворення повинна здійснюватися з урахуванням специфіки медичної галузі. Корисним є також позитивний досвід інших країн.

1.3. Розвиток системи охорони здоров’я: досвід зарубіжних країн

Цікавими та корисними для наслідування є особливості формування та розвитку систем охорони здоров’я в зарубіжних країнах.

Система охорони здоров’я Великобританії фінансується до 82,6 % за рахунок загальних податків (частка приватного медичного страхування – 1,2 %,

виплат з кишені – 11,1 % від загального обсягу витрат) [5]. Витрати на охорону здоров'я складають 6,7 % ВВП. Первинний, вторинний і третинний рівень медичної допомоги найчастіше постачається державними надавачами послуг, фармацевтичні ж послуги надаються приватними постачальниками. Більшість лікарняних ліжок та медичних установ (95 %) знаходяться в державній власності, а працівники охорони здоров'я, найчастіше, є найманими працівниками в державних закладах [29, 30].

Доступ на ринок постачальників послуг регулюється державою: лікарі мають вступати в різноманітні трасти, які відповідають за надання первинної медичної допомоги. Лікарні мають бути схвалені Національною службою охорони здоров'я, оплата лікарням провадиться в рамках «оплати за результатами», а фінансова винагорода постачальникам послуг регулюється державою. Доступ пацієнтів до медичних послуг обмежений в рамках моделі воротаря: пацієнти вільно обирають сімейного лікаря/лікаря загальної практики, який направляє їх, у разі необхідності, до вузьких спеціалістів. Вибір лікарні обмежений, пацієнти можуть обирати поміж чотирма або п'ятьма лікарнями [31].

Національна служба охорони здоров'я розробляє, впроваджує і контролює виконання нормативної бази в системі охорони здоров'я, а на місцевому рівні існують місцеві підрозділи, які закупають медичні послуги у провайдерів для зареєстрованого населення на певній території [32]. Стандартизація медичної допомоги реалізується за допомогою клінічних рекомендацій, які створюються Національним інститутом здоров'я (NIH) і яких повинні дотримуватись всі державні заклади охорони здоров'я [30, с. 6].

Найстаріша універсальна система охорони здоров'я в Німеччині, вона функціонує з 1883 року і є моделлю обов'язкового соціального страхування. Фінансується на 70,2 % за рахунок внесків на соціальне забезпечення (7,1 % з податків, 9,7 % приватного медичного страхування, 12,3 % виплат з кишені) [30, с. 44]. За статистичними даними на 2007 рік чисельність населення складає 82,6 млн. Очікувана тривалість життя при народженні – 80 років (чоловіки – 77, жінки – 82) [33].

Федеральне міністерство охорони здоров'я розробляє нормативну базу стосовно медичної допомоги, основні виконавчі функції є сферою компетенції адміністрацій земель, уряд видає законодавчу базу, яка організовує і нормує медичну допомогу. Система соціального медичного страхування в Німеччині побудована на принципах солідарності та децентралізації, на місцевих рівнях функціонують лікарняні каси, що можуть бути загальні, професійні, компаній, рівень ставки внеску фіксується рівномірно для всіх лікарняних кас федеральним урядом з 2009 року, але дозволені і додаткові внески [31]. Працівники, що мають низький рівень доходу, повинні обов'язково бути учасниками системи страхування, у разі, якщо дохід перевищує встановлений мінімум, можливе добровільне державне соціальне страхування або страхування в приватній компанії.

Близько 88 % населення покривається соціальним медичним страхуванням. Витрати на охорону здоров'я ростуть, у тому числі і середня ставка внесків, і співплата, але росте і кількість людей, що звільняються від доплат (близько 30 %). Звільнення від доплат надається окремим групам населення, таким як діти і підлітки, малозабезпечені та люди з істотними потребами в охороні здоров'я. Доля ВВП на фінансування системи охорони здоров'я – 10,6 %, на душу населення – 3718 доларів США на рік [34].

Витрати на стаціонарну медичну допомогу складають 26,6 % від загальних витрат на охорону здоров'я, на амбулаторне лікування – 22,2 %, на лікарські засоби та товари медичного призначення – 19,8 %. Послуги надаються переважно приватними провайдерами, але стаціонарна допомога (40 % ліжок) – державними постачальниками. Доступ до ринка та винагорода регулюються соціальними суб'єктами, з метою отримання компенсації за надані послуги, лікарі та лікарні повинні співпрацювати з лікарняними касами. Рівень оплати узгоджується між професійними асоціаціями та лікарняними касами. У Німеччині відсутня система воротаря, пацієнти можуть вільно обирати лікаря для консультації, намагання посилити роль сімейних лікарів шляхом введення оплати за первинну консультацію вузького спеціаліста без направлення не були

вдалими. Пацієнти також можуть обирати лікарню, тобто доступ до постачальників послуг майже без обмежень. Медичні працівники для здійснення приватної практики мають отримати юридичний та професійний дзвіл [31].

Канадська система охорони здоров'я фінансується на 68,1 % від нецільових податків, 1,4 % – внесків до фонду соціального страхування, 15,5 % – виплат з кишені, 13,5 % – приватного медичного страхування [31, с. 44].

Чисельність населення Канади – 32,9 млн., очікувана тривалість життя при народженні – 81 рік (чоловіки – 78, жінки – 83). Частка ВВП у витратах на охорону здоров'я – 10 %, на душу населення – 3917 доларів США [35]. Фінансується до 68,1 % від нецільових податків, 1,4 % – внески до фонду соціального страхування, 15,5 % – виплат з кишені, 13,5 % – приватне медичне страхування [30].

Система охорони здоров'я забезпечує універсальне покриття і являє собою групу страхових планів, що охоплює всіх канадських громадян. Ця національна програма складається з 13 взаємопов'язаних територіальних та місцевих планів медичного страхування, що розділяють загальні риси і основні стандарти покриття, фінансується державою і здійснюється на місцевому рівні в рамках керівних принципів, що встановлюються федеральним урядом [15].

Досить обмежений доступ до приватного страхування, станом на 2010 рік шість з десяти провінцій не дозволяли приватне медичне страхування, а в провінціях, де приватне страхування дозволене, воно здійснюється, наприклад, для можливості мати окрему комфортну палату в разі госпіталізації.

Старіння населення, зростання витрат та необхідність скорочення дефіциту бюджету змушує політичне керівництво Канади зменшувати витрати на охорону здоров'я, тому мають місце тривалі черги для очікування медичної допомоги, що іноді сягають кілька років, і деякі канадці змушені отримувати медичну допомогу в США, сплачуючи за неї кошти з кишені. Практично вся основна медична допомога покривається, у тому числі по пологах і вагітності та по лікуванню безпліддя, у деяких провінціях не покривається стоматологія та офтальмологічні послуги, для чого може існувати страхування через

роботодавця в приватних компаніях.

Канадська система охорони здоров'я базується на 5 ключових принципах: доступність для всіх громадян; всестороннє охоплення; доступність, незважаючи на рівень доходу; якісна медична допомога; публічне управління [35].

Медичні послуги в основному надаються приватними постачальниками, що надають основну базову допомогу, стоматологічну допомогу та фармацевтичну допомогу. 15,2 % від загальних витрат на охорону здоров'я займає стаціонарна допомога, 25,4 % – амбулаторна допомога, 19,8 % – лікарські засоби та вироби медичного призначення. Майже всі лікарні є державними [31].

Доступ до ринка регулюється провінціями, що вирішують, які лікарні будуть мати субсидію і у якому розмірі, ведуть перемовини з постачальниками амбулаторних послуг щодо преїскуранту цін. Пацієнти мають право вільного вибору лікаря загальної практики, для консультацій вузьких спеціалістів повинно бути направлення (система воротаря). Вибір лікарні вільний в межах провінції [33].

Безоплатна медична допомога та право на охорону здоров'я для громадян задекларовані конституцією Польщі. З 1999 року, після адміністративної реформи, заклади охорони здоров'я втратили статус бюджетних установ та стали суб'єктами господарської діяльності і були передані на рівень місцевого самоврядування. Заклади охорони здоров'я мають укладати контракти на надання медичної допомоги населенню з замовниками та укладати контракт із працівниками. Відбулося відокремлення амбулаторної допомоги від стаціонарної, значно посилилась роль сімейного лікаря (система воротаря), у структурі медичної допомоги зросла питома вага більш дешевих медичних послуг, що мають ефективність, запроваджене обов'язкове медичне страхування, податки на охорону здоров'я зробили цільовими і відокремили від загального державного бюджету [30].

Приблизно 98 % населення має обов'язкове медичне страхування. Фінансування охорони здоров'я відбувається з Національного фонду медичного страхування, наповнювачем якого на дві третини є держава, внески медичного

страхування, добровільні страхові внески. Заклади охорони здоров'я належать органам місцевого самоврядування і є громадськими закладами. За рахунок державного бюджету покриваються витрати на високоспеціалізовану третинну медичну допомогу, за рахунок коштів обов'язкового медичного страхування покриваються первинна, вторинна медична допомога, лікарські засоби та вироби медичного призначення.

Частка ВВП на охорону здоров'я складає 6,2 %, на душу населення – 550 доларів США на рік. Кількість медичних працівників на 1000 населення складає: медичних сестер – 5,2; лікарів – 2,0; лікарняних ліжок – 5,2 [35].

Функції управління та фінансування розподілені між міністерством охорони здоров'я, Національним фондом медичного страхування та місцевим самоврядуванням. Національний фонд медичного страхування відповідає за планування та розподіл ресурсів, що здійснюється через децентралізовані гілки, також він є головним агентом по закупівлям медичних послуг. Національна програма охорони здоров'я прагне до зменшення лікарняних ліжок, тривалості госпіталізацій, посилення ролі сімейного лікаря та зосередженні на профілактиці і укріпленні здоров'я. Основною проблемою є недофінансування (оскільки рівень державного фінансування не встигає корелюватися з ростом ВВП, що призводить до черг на медичну допомогу, наприклад, онкологічні операції), дуже низька кількість вузьких спеціалістів і обмежене направлення до них, обмежений доступ до послуг, «неофіційна плата» для спеціалістів [35].

В амбулаторній та фармацевтичній допомозі постачальники переважно приватні, 81,4 % лікарень – в державній власності. Пацієнти можуть вільно обирати сімейного лікаря, консультація вузьких спеціалістів і госпіталізація можливі безоплатно лише за направленням (принцип воротаря) [31].

Система медичного страхування Чехії охоплює населення практично універсально і є обов'язковою, спектр послуг для застрахованих дуже широкий і включає в себе амбулаторне та стаціонарне лікування, фармацевтичні препарати за рецептом, реабілітаційні та деякі стоматологічні послуги, через що ринок добровільного медичного страхування невеликий. Приватне страхування

покриває витрати на медичну допомогу під час поїздок за кордон, додаткові до обов'язкового страхування елементи, охоплює іноземних громадян. Фінансування за рахунок внесків на соціальне медичне страхування складає до 77,1 %; приватне медичне страхування – 0,2 %; за рахунок податків – 5 %; виплати з кишені – 16,1%. Розміри внесків для роботодавців – 9 % від заробітної плати, для працівників – 4,5 %; для самозайнятих осіб – 13,5 %, для держави – 13,5 % від мінімальної заробітної плати.

Адміністрація Соціального Страхування Чехії акумулює внески на пенсійне основне забезпечення, медичне страхування та страхування на виробництві від нещасних випадків. Медичне страхування фінансується від окремих компаній (фондів), які є платниками та закупівельниками медичних послуг, і громадяни обирають собі такий фонд [5]. Фонди медичного страхування зобов'язані приймати всіх громадян, що мають правову основу для страхування, незалежно від віку, стану здоров'я та соціального стану, тобто без оцінки ризиків. 29,4 % від загального обсягу на витрачається на стаціонарну медичну допомогу; 25,7 % – на амбулаторну допомогу; 24 % – на лікарські засоби та вироби медичного призначення. Стаціонарна допомога надається державними лікарнями, в амбулаторній та фармацевтичній допомозі превалюють приватні постачальники [31, с. 38].

Обов'язки міністерства охорони здоров'я включають в себе визначення політики охорони здоров'я, контроль системи та підготовки законодавства в сфері охорони здоров'я. Громадянам з низьким рівнем доходів держава покриває страхові внески. Частка ВВП на охорону здоров'я складає 6,7 %; на душу населення – 1490 доларів США на рік. Кількість медичних працівників на 1000 населення: медичних сестер – 8,9, лікарів – 3,6; лікарняних ліжок – 8,2. Кількість медичних сестер до чисельності населення є одним з самих великих у Європі. З усіх лікарів, 47,5 % працюють в амбулаторній медичній допомозі на первинному рівні (лікарі загальної практики, педіатри, гінекологи, стоматологи) та 52,5 % – вузькі спеціалісти [37].

Пацієнти вільно обирають сімейного лікаря та можуть змінювати його

кожні три місяці. Система воротаря не запроваджена, можливо вільно отримувати консультації лікарів-спеціалістів без направлення сімейного лікаря, яке потрібне тільки для стаціонарного лікування. Лікарі та лікарні повинні заключати договори з лікарняними касами для отримання оплати за надану медичну допомогу, лікарні також мають глобальні бюджети. В системі охорони здоров'я недостатньо розвинене використання інформаційних і комунікаційних технологій. Основною метою системи охорони здоров'я є збереження доступності медичної допомоги для всіх громадян з урахуванням економічного розвитку, демографічного старіння та можливостей системи [30].

У США основний обсяг медичної допомоги забезпечується через приватне медичне страхування, системи обов'язкового соціального чи державного страхування в країні не існує, 53,3 % населення застраховані приватними компаніями. Державні програми, такі як Medicare, Medicaid, програма для військових покривають 30,6 % населення, 16,1 % населення не застраховані. Medicare покриває витрати на охорону здоров'я для людей похилого віку, старших 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям з хронічною нирковою недостатністю; програма Medicaid покриває витрати на визначений пакет медичної допомоги малозабезпеченому населенню, але має низькі тарифи, тому цю категорію пацієнтів майже не приймають у приватні медичні заклади (тарифи програми Medicare вищі) [36]. Витрати на охорону здоров'я складають 14 % ВВП та 10 271 долари США на душу населення на рік [38]. Очікувана тривалість життя – 79,5 років для жінок та 72,8 для чоловіків, кількість лікарів на 10 000 населення – 23 [31]. Внески на медичне страхування складають 39,6 %, податок на фінансування – 6,4 %.

Послуги охорони здоров'я постачаються, в переважній більшості, приватними постачальниками, включно з амбулаторними та стоматологічними послугами, виробами медичного призначення та значної частки стаціонарної допомоги. Державне регулювання приватних медичних планів є дуже обмеженим. Доступ постачальників на ринок охорони здоров'я залежить від контрактних деталей приватних планів, що частково спираються на акредитації

самоврядних некомерційних професійних організацій. Виплати за медичні послуги і доступ пацієнтів до провайдерів нерегульовані [38]. Переважна більшість приватного медичного страхування здійснюється роботодавцями повністю, або працівник також вносить певну частку, члени сім'ї страхуються через страховку працівника. Без страховки людина не має права на отримання медичної допомоги та має повну індивідуальну фінансову відповідальність. Наразі набуває попиту відносно новий продукт – страхування на випадок довгострокової допомоги, він покриває витрати на надання медичної допомоги в будинках пристарілих або в домашніх умовах, витрати на ерготерапію, допомогу у щоденному житті (приготування їжі, харчування, гігієнічні процедури, одягання, тощо) [31]. Державні програми стикаються з великою кулькою регулювання.

До реформи системи охорони здоров'я Естонія майже не мала приватного сектору медичної допомоги. З 1990 року почалось реформування охорони здоров'я, лікарні отримали автономію, в кожному регіоні створені державні фонди медичного страхування, діяльність яких регулюється Центральним фондом медичного страхування [8]. Фінансування системи охорони здійснюється за рахунок цільових податків, на долю яких припадає 67,8 % від загального обсягу витрат, з державного бюджету – 10,4 %, витрати з кишені – 21,1 %, приватне медичне страхування – 0,2 % [30].

Лікарні (стаціонари) є державними і на стаціонарну допомогу витрачається близько 25,8 % загальних витрат. Частка витрат на амбулаторне лікування – 21,9 %, на фармакологічну допомогу – 25,8 %. Доступ до медичної допомоги та оплата провайдерів регулюється державними структурами. Всі провайдери повинні заключати договір з Центральним фондом медичного страхування для допуску до надання медичних послуг та отримання винагороди, прайс (ціни на медичні послуги) затверджується міністерством охорони здоров'я. Центральний фонд медичного страхування відбирає та заключає договори з окремими, найбільш ефективними постачальниками послуг. Провайдери, що не мають договору з Центральним фондом медичного страхування, можуть

встановлювати ціни самостійно. Постачальники первинної медичної допомоги отримують капітаційну ставку.

Пацієнти можуть обирати сімейного лікаря, який працює за принципом воротаря. Для отримання консультації вузького спеціаліста або стаціонарної допомоги необхідне направлення сімейного лікаря.

Охорона здоров'я посідає одне з провідних місць у функціях публічного управління та діяльності урядів різних країн. На Саміті ООН з питань сталого розвитку (2015 р.) були затверджені глобальні Цілі сталого розвитку до 2030 року, серед яких Ціль 3 – «забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх і в будь-якому віці», що передбачає універсальне покриття охороною здоров'я через системи охорони здоров'я, які управляються та розвиваються таким чином, щоб люди могли отримувати континуум підтримки здорового способу життя, профілактики, діагностики, лікування, реабілітаційної та паліативної допомоги, координованих на різних рівнях і місцях надання допомоги відповідно до їх потреби протягом усього життя. У доповіді «Системи охорони здоров'я: фінансування. Шлях до загального охоплення» (2010 р.) Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає, що соціальна несправедливість убиває людей у великих масштабах, що обумовлює необхідність загального покриття та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги.

ВООЗ визначила фінансування охорони здоров'я як один із шести основних блоків систем охорони здоров'я, адекватність якого має велике значення для інших п'яти. Для фінансування охорони здоров'я поставлена мета не тільки залучення достатніх фінансових ресурсів, але і розподіл цих ресурсів за принципом справедливості. Визначена важливість фінансового захисту призвела до його включення в якості однієї з двох складових загального охоплення, на рівні із всеохоплюючим покриттям основними медичними послугами. ВООЗ наголошує на важливості та необхідності загального охоплення, що також визначають як «універсальне охоплення» або «соціальний захист здоров'я». Універсальне покриття визначається як забезпечення

загального доступу всіх людей до необхідних послуг охорони здоров'я – профілактики, діагностики, лікування, реабілітації з одночасною відсутністю фінансового краху домогосподарства через необхідність сплачувати за них. За рекомендаціями ВООЗ, дії країн для наближення до загального охоплення медичною допомогою повинні включати в себе: збільшення фінансування охорони здоров'я в країні; зниження фінансових бар'єрів для отримання медичних послуг за рахунок впровадження та збільшення частки таких джерел фінансування, як передплата та об'єднання коштів;

– підвищення ефективності та справедливості у способах використання ресурсів.

Світовий рівень витрат на охорону здоров'я демонструє табл. 1.1.

У табл. 1.2 можна прослідкувати глобальніше фінансування охорони здоров'я в розрізі окремих країн.

Видатки на охорону здоров'я в Україні зросли в реальному вираженні на душу населення (на 20 % з 2015 до 2020 року), але це збільшення частково пояснюється зниженням чисельності населення (на 2,9 % за аналізований період) та відбувається значно повільніше, ніж економічне зростання (табл.1.3). Крім того, консолідовані видатки на охорону здоров'я у відсотках від ВВП значно скоротилися (з 3,6 % до 3,0 %, тобто майже на 15%), що свідчить про те, що державні видатки на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка. Якщо така тенденція збережеться до 2021 року, залишаючись на рівні 3 %, то очікується, що реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення зменшаться на 8,4 %.

Вивчення систем охорони здоров'я різних країн показує, що весь світ стикається з проблемою зростання витрат на охорону здоров'я та недоступністю медичної допомоги для частини населення, і кожна країна намагається вирішити це питання власним шляхом. Наявність медичного страхування не забезпечує загального доступу до медичної допомоги, оскільки має місце дозування послуг та тенденції до зменшення їх вартості і загальних витрат.

При наявності централізованого державного контролю виникають, окрім

дозування послуг, черги на отримання медичної допомоги («списки очікування»), обмеження при виборі лікаря та лікарні, зайва бюрократизація в системі охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Витрати на охорону здоров'я: глобальний огляд

Стаття	Розмір
Разом глобальні витрати на охорону здоров'я	US \$ 6500000000000
Разом глобальні витрати на охорону здоров'я на людину на рік	US \$ 948
Країна з самою високою загальною сумою витрат на охорону здоров'я на людину на рік	США (US \$ 8362)
Країна з самою низькою загальною сумою витрат на охорону здоров'я на людину на рік	Еритрея (східна Африка) (US \$ 12)
Країна з самими високими держвитратами на охорону здоров'я на людину на рік	Люксембург (US \$ 6906)
Країна з самими низькими держвитратами на охорону здоров'я на людину на рік	М'янма (US \$ 2)
Країна з самими високими витратами «з кишені» домогосподарств на охорону здоров'я	Швейцарія (US \$ 2412)
Країна з самими низькими витратами «з кишені» домогосподарств на охорону здоров'я	Кірибаті (центральна та західна частина Тихого океану) (US \$ 0,2)
Середня сума, витрачена на охорону здоров'я на людину на рік у країнах, що входять до ОЕСР (організації економічного співробітництва та розвитку)	US \$ 4380
Частка світового населення, що проживає в країнах ОЕСР	18 %
ВООЗ-оцінка мінімальних витрат на людину на рік, необхідних для забезпечення основних та екстрених служб	US \$ 44
Кількість країн-членів ВООЗ, в яких витрати на охорону здоров'я, включно з витратами держави, домогосподарств, приватного сектору та коштів зовнішніх донорів, нижче \$ 50 на людину на рік	34 країн-членів
Кількість країн-членів ВООЗ, в яких витрати на охорону здоров'я нижче \$ 20 на людину на рік	7 країн-членів

Приватний тип системи охорони здоров'я визнає в якості товару медичні послуги, а систему охорони здоров'я – як організовану діяльність, результатом якої є виробництво цих послуг. Приватний тип спирається на конкуренцію, вільний ринок, ринкові ціни та свободу вибору споживача з відсутністю або мінімізацією втручання держави.

Таблиця 1.2

Глобальне фінансування охорони здоров'я

Країна	Витрати на охорону здоров'я на душу населення, 2016 (долари США)	Витрати на охорону здоров'я ВВП, 2016, %	Витрати на охорону здоров'я уряду від загальних витрат охорону здоров'я, 2016	Витрати з «власного карману» від загальних витрат на охорону здоров'я, 2016	У річному розрахунку темпи зміни витрат на охорону здоров'я у ВВП, 1995 – 2016, %
Австралія	5563	7	68	18	47
Австрія	5287	9	72	18	43
Білорусь	354	5	61	35	44
Болгарія	681	6	50	47	51
Канада	4875	8	73	14	3
Хорватія	939	5	77	15	25
Чехія	1515	5	82	14	84
Естонія	1392	6	75	22	14
Франція	4945	8	80	9	87
Грузія	319	6	34	59	21
Германія	5263	9	84	12	12
Гондурас	193	7	43	47	54
Угорщина	1029	5	66	29	4
Ісландія	6307	10	81	17	6
Італія	3059	7	74	23	15
Нідерланди	5329	8	80	11	11
Норвегія	8269	7	85	14	89
Польща	908	5	69	23	85
Словенія	2090	7	72	12	95
Швеція	6095	6	83	15	88
Україна	171	4	43	52	10
США	10 271	17	81	11	61
Об'єднані Арабські Емірати	1440	2	72	18	68

Такий тип системи охорони здоров'я призводить до істотного обмеження в доступі громадян до медичної допомоги та унеможлиблює втілення принципів загального покриття, доступності та соціальної справедливості.

То ж кожна з систем має свої недоліки та переваги і використовується в залежності від місцевих традицій, соціально-економічних та географічних особливостей конкретній території.

Таблиця 1.3

Зміни у фінансуванні охорони здоров'я у 2015 – 2020 роках

Найменування	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Різниця у %	
						план	прогноз	2020 до 2015	2020 до 2021
Консолідовані бюджетні видатки на охорону здоров'я									
Реальні видатки на охорону здоров'я на душу населення (2015, грн)	1657	1553	1850	1897	1959	1988	1848	20,2	-8,4
Реальні видатки на охорону здоров'я (2015, млрд грн)	71,0	66,3	78,6	80,2	82,3	83,2	77,0	17,1	-8,7
Видатки на охорону здоров'я (% ВВП)	3,6	3,2	3,4	3,3	3,2	3,0	3,0	-14,8	0
Ключові фактори									
Чисельність населення (млн)	42,8	42,7	42,5	42,3	42,0	41,8		-2,4	
Економічне зростання (зміна реального ВВП у %)	-9,8	2,4	2,5	3,4	3,2	3,7			
Консолідовані видатки (% ВВП)	34,2	35,0	35,4	35,1	34,5	32,9		-3,7	
Частка видатків на охорону здоров'я у консолідованих видатках	10,4	9,0	9,7	9,3	9,4	9,2		-11,5	

Наразі в кожній країні система охорони здоров'я не існує в чистому вигляді, вона змінюється, розвивається та еволюціонує шляхом включення окремих елементів інших систем.

РОЗДІЛ 2

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Сутність та стратегія реформи системи охорони здоров'я в Україні

Охорона здоров'я громадян є однією з найважливіших функцій держави. Здоров'я людини в усьому світі визначається настільки значущим, що входить першим показником до індексу людського розвитку [12].

Конституція України проголошує право кожного громадянина на охорону здоров'я та безоплатне надання медичної допомоги і її фінансування державою в комунальних та державних закладах охорони здоров'я.

Відповідно до основ законодавства України про охорону здоров'я [19], питання охорони здоров'я є пріоритетним в діяльності держави. Через державну політику в охороні здоров'я, що здійснюється вищими державними органами шляхом формування пріоритетів, концепцій, стратегій, програм, забезпечується гарантоване право громадян України на охорону здоров'я. Реалізацію цього права держава забезпечує шляхом, у тому числі, проведення державних заходів з охорони здоров'я, створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення (фінансування) надання безоплатної медичної допомоги в рамках гарантованого обсягу медичних послуг, базуючись на загальнолюдських цінностях і гуманістичній спрямованості з урахуванням рівноправності громадян з метою забезпечення загальної доступності медичної допомоги. Зважаючи на визначену пріоритетність охорони здоров'я, стає очевидною необхідність збільшення фінансування системи шляхом перерозподілу внутрішніх видатків на користь охорони здоров'я, за прикладом Великої Британії [20], для забезпечення загального доступу громадян до максимального обсягу медичної допомоги та її територіальної доступності.

Указом президента України від 7 грудня 2000 року № 1313 схвалена Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, що спрямована на

забезпечення доступності медичної допомоги громадянам та запровадження нових механізмів фінансування і окреслює державну політику у сфері охорони здоров'я, яка поділяється на державні і галузеві заходи.

Концепція передбачає розподіл рівнів медичної допомоги на первинний, вторинний та третинний; створення двох секторів медичної допомоги: сектору загальнодоступної медичної допомоги і сектору додаткових можливостей (використання технологій, що не входять до загальнодоступних); надання основної частини послуг на первинному рівні; реалізацію принципу децентралізації в управлінні системою охорони здоров'я; збереження управлінської вертикалі; упорядкування мережі закладів спеціалізованої медичної допомоги без визначення терміну «упорядкування»; раціоналізацію використання ліжкового фонду з імплементацією стаціонарозамісних технологій; пріоритет материнства та дитинства; контрактування медичних працівників; розвиток сестринства (збільшення кількості працівників середньої ланки) для зменшення потреби в лікарях у державі [28].

Джерелами фінансування Концепцією визначаються кошти державного та місцевих бюджетів, загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, добровільного медичного страхування, благодійних фондів, благодійних внесків, кошти за надання платних послуг. Визначається державно-комунальна модель надання медичної допомоги [28]. Концепція є застарілою та не враховує сучасного стану в державі, недостатньо окреслює сфери управління та медичних послуг, не визначає виведення коштів як цільових із структури загальних податків і потребує перегляду та нових сучасних напрацювань з позиції соціальної держави.

У 2010 році в Доповіді про стан охорони здоров'я в світі ВООЗ дає опис основних стратегій охорони здоров'я: лікувальна (curative care), реабілітаційна (rehabilitation care), підтримуюча (supportive care), профілактична (prevention) та паліативна.

Міжнародна класифікація медичних послуг співпадає з цими категоріями (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Основні стратегії охорони здоров'я, їх цілі та показники

Стратегія	Ціль здоров'я	Індикатор	
Превентивна	Профілактика стану здоров'я (профілактика хвороби)	Захворюваність	МКХ
Промотивна	Оптимальне біологічне здоров'я	МКФ – здатність	МКФ
Лікувальна	Контроль стану здоров'я (контроль хвороби)	Смертність	МКХ
Реабілітаційна	Оптимальне функціонування	МКФ – здатність та виконання	МКФ
Підтримуюча	Оптимальне здоров'я життя	МКФ – виконання	МКФ
Паліативна	Якість життя та благополуччя	Задоволення	

На сайті МОЗ України можна знайти Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [39], розроблену в серпні 2014 року, основними цілями якої є:

- покращення показників здоров'я населення;
- фінансова захищеність громадян від катастрофічних витрат у разі хвороби або травм з метою запобігання зубожіння домогосподарств;
- збереження спроможності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації.

Проміжними задачами реформи охорони здоров'я, згідно Стратегії, є:

- солідарна відповідальність за здоров'я;
- вільний вибір провайдера медичних послуг;
- прозорі умови роботи;
- підтримка незахищених груп населення.

Стратегія передбачає регуляторну роль держави в охороні здоров'я та узгодження з європейськими принципами, визначає основним джерелом фінансування охорони здоров'я кошти загального оподаткування без виокремлення цільових коштів, відтерміновує на невизначений час запровадження медичного страхування з одночасним введенням Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я та вводить поняття аутсорсингу міжнародних організацій щодо закупівлі лікарських засобів на

замовлення уряду [28].

На базі Стратегії розроблена і затверджена 30 листопада 2016 року постановою Кабінету міністрів України Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, метою якої є формування і впровадження нових механізмів фінансування та ефективного розподілу ресурсів [40]. Концепція реформи фінансування передбачає визначення обсягу безоплатної медичної допомоги та гарантії держави щодо його отримання, універсальність покриття та збереження доступності медичної допомоги, розділення функцій фінансування і надання послуг, субсидіарність з визначенням повноважень у фінансуванні охорони здоров'я, залишає кошти на медицину нецільовими в структурі загальних податків та надходжень державного бюджету і вводить ліберальні засади ринкової економіки в охорону здоров'я у вигляді конкуренції, вільного вибору та ефективності в аспекті максимальної віддачі від вкладених фінансових ресурсів.

Проблема збільшення витрат на охорону здоров'я в Україні залишається невирішеною, так, частка ВВП на охорону здоров'я складає 3,3 % у 2018 р.; 3,2 % у 2019 р. та до 2,9 % ВВП у 2020 р., що катастрофічно не відповідає потребам галузі та призводить до низької якості медичних послуг і низької доступності медичної допомоги. Зважаючи на високу значущість проблеми, виникає потреба в концентрації суспільних ресурсів в галузі охорони здоров'я шляхом змін у структурі суспільних видатків. Втім, в Україні проблема фінансування охорони здоров'я розглядається однобічно, з пошуком джерел фінансового збільшення виключно за рахунок структурних реформ в межах системи охорони здоров'я, які передбачають:

- зменшення частки вторинної медичної допомоги та зростання ролі первинної ланки (вирішується питання загального охоплення і доступу за мінімальним обсягом і мінімальними витратами на охорону здоров'я);

- запровадження обов'язкового медичного страхування з метою офіційного залучення коштів громадян (пацієнтів) на медичну допомогу та зменшення і викорінення неофіційних платежів;

– запровадження співоплати пацієнтів за медичну допомогу.

Тобто проекти збільшення фінансування охорони здоров'я за рахунок змін у структурі суспільних видатків з метою доведення фінансового забезпечення галузі до мінімальної для підтримання життєздатності і виконання своїх функцій (близько 6 % ВВП), не розглядаються.

В Україні проблема фінансування охорони здоров'я розглядається однобічно, з пошуком джерел фінансового збільшення виключно за рахунок структурних реформ в межах системи охорони здоров'я, які передбачають:

– зменшення частки вторинної медичної допомоги та зростання ролі первинної ланки (вирішується питання загального охоплення і доступу за мінімальним обсягом і мінімальними витратами на охорону здоров'я);

– запровадження обов'язкового медичного страхування з метою офіційного залучення коштів громадян (пацієнтів) на медичну допомогу та зменшення і викорінення неофіційних платежів;

– запровадження співоплати пацієнтів за медичну допомогу.

Проте, для успішного розвитку цього напрямку необхідні додаткові інвестиції в медицину для покращення бази медичного обладнання та сервісної складової. Медичний туризм – вигідний міжнародний бізнес і може бути успішним джерелом фінансових вливань в охорону здоров'я при загальному збереженні соціальної спрямованості розвитку медицини в Україні. Також в рамках розвитку рекреаційних зон і реабілітаційного туризму можливе використання лікувальних грязей в Бердянську, Одеській та Херсонській областях, джерел мінеральної води в Карпатах, тощо.

Відповідно до законів України та з метою реалізації положень Конституції щодо гарантії прав громадян на охорону здоров'я та забезпечення рівного доступу до медичної допомоги, уряд України визначив цілі у сфері охорони здоров'я [41]:

Ціль 1 уряду – Люди менше хворіють.

Ціль 2 уряду – Люди, які захворіли, швидше одужують.

Ціль 3 уряду – Люди довше живуть.

Із зазначених цілей уряду були сформовані пріоритетні цілі МОЗ:

- щасливий пацієнт;
- щасливий лікар;
- здорова нація;
- якісне управління.

В рамках реформування системи охорони здоров'я в Україні впроваджені кардинальні зміни: виокремлення первинного рівня медичної допомоги з вільним вибором сімейного лікаря та підписанням декларацій, зміна фінансування первинного рівня на основі капітаційної ставки (подушного фінансування), започаткування урядової програми «Доступні ліки» для реімбурсації лікарських засобів, закупівля ліків через міжнародні організації (міжнародний аутсорсинг), впровадження системи безперервного професійного розвитку лікарів, системи державних фінансових гарантій медичної допомоги, електронної системи охорони здоров'я E-Health, автономізація закладів охорони здоров'я, які стали некомерційними підприємствами і втратили захист Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо заборони безпідставного скорочення ліжок і закриття лікувальних закладів.

Результатом реформування, у тому числі, стала організація Національної служби здоров'я України (НСЗУ), що є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Координація діяльності НСЗУ здійснюється Кабінетом Міністрів України через Міністерство охорони здоров'я. Основними завданнями НСЗУ є оперування коштами державного бюджету за програмою державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення; керівництво Програмою медичних гарантій (державним гарантованим пакетом); формування тарифів і коригування коефіцієнтів; виконання функцій замовника медичних послуг, укладання договорів з надавачами послуг.

Кроками реформи від НСЗУ є: стратегічний план розвитку лікарні з формулюванням власного бачення, автономізація закладу охорони здоров'я із

зміною організаційно-правової форми на комунальне некомерційне підприємство, отримання ліцензії на медичну практику, комп'ютеризація кожного робочого місця, підключення до E-Health, затвердження фінансового плану, укладення нового колективного договору та підписання договору з НСЗУ на надання медичних послуг. Кроки реформи 2018 – 2020 рр. представлені на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Кроки реформи 2018 – 2020 рр.

У Державному бюджеті на 2020 рік на охорону здоров'я заплановано 113,3 млрд грн (що відповідає 2,9 % ВВП), з них майже 64 % (72 млрд. грн.) повинно бути спрямовано на програму медичних гарантій. Програма медичних гарантій – це перелік найнеобхідніших медичних послуг, які держава гарантує пацієнтам безоплатно, вона розрахована на всіх громадян країни, включно із працюючим населенням, пенсіонерами, дітьми, людьми з інвалідністю та мала запрацювати повномасштабно з 1 квітня 2020 року.

До переліку послуг Програми медичних гарантій включені первинна, спеціалізована амбулаторна, госпітальна, екстрена та паліативна медична допомога, реабілітація а також реімбурсація лікарських засобів. НСЗУ має оплачувати надані послуги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом»

спеціалізованим закладам, електронна система охорони здоров'я сприятиме прозорості процесу, а субвенція з державного бюджету на утримання медичних закладів з квітня 2020 року не передбачена. Послуги спеціалізованої амбулаторної та госпітальної медичної допомоги за Програмою медичних гарантій можна буде отримати безоплатно тільки за направленням лікаря первинки, з яким пацієнт підписав декларацію, або лікуючого лікаря. Без направлення, відповідно до медичних показань, спеціалізовану медичну допомогу можна буде отримати безоплатно при зверненні до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, психіатра, нарколога та при невідкладних станах.

Всі існуючі в Україні нормативні акти, застаріла Концепція та Стратегія реформування охорони здоров'я з трьох складових системи охорони здоров'я (управління, медичні послуги та фінансування) зосереджується лише на фінансуванні, що також розглядається обмежено лише в частині внутрішніх структурних змін і зовсім не торкається перерозподілу державних видатків на користь охорони здоров'я. Також слід зазначити, що скорочення (так звана оптимізація) лікувальних закладів, внесене до Стратегії реформування охорони здоров'я, йде всупереч із Основами законодавства України про охорону здоров'я, де зазначена реалізація прав громадян на охорону здоров'я, у тому числі створенням розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я для забезпечення територіальної доступності медичної допомоги. Необхідна оптимізація лікувальних закладів має включати забезпечення широкого спектру медичних послуг, у тому числі спеціалізованих, технологічну модернізацію та організацію освітніх заходів для медичного персоналу з відповідними фінансовими стимулами. У доступних статистичних джерелах надаються дані про витрати закладів охорони здоров'я на заробітну плату, медикаменти та виробу медичного призначення, утримання будівель, але ніде не приймаються до уваги та не визначаються витрати на навчання та підвищення кваліфікації персоналу, що має дуже велике значення для забезпечення якості медичної допомоги.

До уваги слід прийняти також недосконале, а подекуди і відсутнє нормативне регулювання. Так, в Україні призупинена робота в напрямку стандартизації медичної допомоги, впродовж останніх років не було затверджено жодного уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги. Намагання затвердити іноземні клінічні рекомендації, що є джерелом найкращих медичних практик, в якості протоколів медичної допомоги – мінімального обсягу медичної допомоги, що має надаватись в закладах охорони здоров'я, у тому числі через забезпечення маршрутизації пацієнтів, не мають прецедентів в жодній країні світу. Необхідно також враховувати, що не всі заклади входять в реформу на рівних умовах. Наприклад, порівняння матеріально-технічної бази обласної лікарні та хронічно недофінансованої провінційної лікарні буде не на користь останньої, що значно зменшує її конкурентні спроможності.

Тобто реформування системи охорони здоров'я має здійснюватись на базі сучасної обґрунтованої концепції та стратегії, затвердженої в установленному порядку, та передбачати удосконалення форм організації всіх рівнів надання медичної допомоги, модернізацію технологічного забезпечення і матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, фінансову та іншу мотивацію медичних працівників, створення системи контролю якості медичної допомоги. Зміни повинні носити поетапний комплексний характер, а метою реформ повинна бути реалізація суспільно очікуваних результатів для забезпечення широкого спектра якісної медичної допомоги і рівного доступу до неї.

Метою економічного розвитку повинно бути не отримання прибутку, а забезпечення соціального добробуту громадян, важливою складовою якого є здоров'я.

2.2. Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я України

Державне регулювання сфери охорони здоров'я – складна система заходів, що включає використання різноманітних інструментів і стратегій, програм і настанов, що вирішують різноманітні завдання – від терапії гострих випадків до профілактики, від індивідуального лікування до заходів, що стосуються населення в цілому, від стаціонарного лікування до первинної допомоги, від стоматологічних послуг до лікування професійних і психічних захворювань, це знаходить своє відображення в нормах права та законодавстві в охороні здоров'я.

Формування державної політики у сфері охорони здоров'я, насамперед визначається якістю та змістом відповідного законодавства. Резолюція Всесвітньої Асамблеї охорони здоров'я, прийнята у 1980 р., наголошувала на тому, що відповідна законодавча база є невід'ємним важливим компонентом системи охорони здоров'я та охорони навколишнього середовища.

За роки незалежності України її парламентом та органами виконавчої влади здійснено відповідну роботу щодо формування нормативно-правової бази системи охорони здоров'я громадян держави. В Україні з урахуванням «Загальної декларації прав людини» та Конституції України формується нормативно-правова база галузі, яка складається із законів України, указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України та наказів Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України.

В Україні зроблено суттєвий крок вперед у процесі реформування чинного законодавства в галузі охорони здоров'я. За період 1991 – 2012 рр. в Україні сформована нормативно-правова база з питань охорони здоров'я, що складається майже із 350-ти законів України. Найвагоміші з них такі нормативно-правові документи: «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992 р.), «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994 р.), «Про психіатричну допомогу» (2000 р.) тощо. Чинне законодавство про охорону здоров'я, перебуваючи в активній

стадії свого розвитку, ще не є цілком завершеною системою. Саме тому практично в усіх державних програмах проголошується необхідність розроблення та вдосконалення законодавства про охорону здоров'я.

Основою розвитку та вдосконалення чинного законодавства, своєрідним фундаментом побудови правової системи, здійснення державно-правової реформи є конституція. Об'єктом конституційного врегулювання є здоров'я людини та його охорона, а предметом – суспільні відносини в галузі охорони здоров'я. Згідно зі ст. 3 Конституції України здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей держави. Право на охорону здоров'я закріплене в ст. 49 Конституції України, згідно з якою кожен громадянин держави має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Реформування законодавства, як і самої галузі, розпочалося у листопаді 1992 р. після прийняття Основ законодавства України про охорону здоров'я. Це свого роду медична конституція України, що доопрацьовується шляхом прийняття нових норм і законодавчих актів. Крім того, ця медична конституція визначає організаційні, професійні, правові, економічні та соціальні засади охорони здоров'я.

Відповідно до положень ст. 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України формує основи державної політики системи охорони здоров'я шляхом закріплення законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, установлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм з охорони здоров'я.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів державної виконавчої влади, проводить у життя державну політику з охорони здоров'я та здійснює інші механізми державного управління, передбачені Конституцією України.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, забезпечує проведення єдиної науково-технічної політики, створює економічні, правові та організаційні механізми, які стимулюють ефективну діяльність системи охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, спрямовує і координує діяльність спеціально уповноваженого центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади в системі охорони здоров'я забезпечує реалізацію державної політики в цій сфері в межах повноважень, визначених положенням про нього, що затверджено Кабінетом Міністрів України.

Реформу системи охорони здоров'я визначають як діяльність, у процесі якої відбувається зміна концепції, стратегії та підходів до управління, розвитку системи охорони здоров'я, структури та діяльності основних інститутів системи. Реформування системи охорони здоров'я здійснюється на основі нормативно-правового регулювання (табл. 2.2), наявних ресурсів, а також їх перерозподілу зокрема матеріально-технічних ресурсів, фінансових ресурсів, зміни організаційних структур та кадрового забезпечення.

В Україні реформування сфери охорони здоров'я було започатковано у 2000 році з затвердженням Указом Президента України Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. У 2002 році Кабінетом Міністрів України затверджено Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки, що слугувала початком упровадження інституту сімейних лікарів та сімейної медицини.

Наступним етапом удосконалення моделі вироблення державної політики з питань охорони здоров'я стало підписання у 2005 році Указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», відповідно до якого необхідними напрямами визначено підвищення якості медичних послуг населенню, забезпечення безперервного надання

медичних послуг, підвищення рівня освіченості та мотивації праці медичних працівників.

Таблиця 2.2

Нормативно-правове забезпечення реформування системи охорони здоров'я України

Етапи формування системи охорони здоров'я	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
1991 – 1999 рр.	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасові стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей»	Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні
2000 – 2007 рр.	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації»; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Початок упровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини
2008 – 2014 рр.	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр.; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів

Продовж. табл. 2.2

Етапи формування системи охорони здоров'я	Нормативно-правові акти	Основні напрями реформування
2015 – 2020 рр.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакета медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального медичного страхування. Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією

На виконання цього нормативно-правового акту в Україні вжито таких заходів: розроблено Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»), державну програму запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006 – 2010 рр.; галузеву програму «Підтримка грудного вигодовування дітей в Україні на 2006 – 2010 роки»; розроблено та затверджено Положення про диспансеризацію та реабілітацію працівнів вугільних підприємств; регламентовано організацію заходів щодо поліпшення медичного обслуговування дітей, які постраждали внаслідок Чорнобильської та інших екологічних катастроф; регламентовано організаційні аспекти боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом і туберкульозом та запроваджено низку інших важливих заходів.

Зазначені заходи стали основою реформування системи охорони здоров'я, що виступає складовим елементом програми реформ Президента України: «Реформи заради людини». Запуск реформи розпочався з прийняття Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві».

На сьогодні можна виділити чотири рівні регулювання системи охорони здоров'я України, що становлять нормативне підґрунтя реформування:

- конституційне регулювання;
- загальне нормативне регулювання;
- спеціальне регулювання;
- концептуальне регулювання.

В Україні відбувається реформування старої радянської моделі охорони здоров'я, що діяла за радянських часів, призначеної для функціонування в умовах планової економіки (так званої моделі Семашко) та формується нова модель охорони здоров'я, заснована на досвіді Великої Британії, США та інших країн. Відтак відбувається оновлення правової бази та розроблення нормативно-правового забезпечення функціонування нових інституцій.

Перші спроби реформування системи охорони здоров'я здійснювались починаючи з 1991 року. У період з 1999 до 2007 рік були вироблені концепції розвитку охорони здоров'я та напрямки необхідних змін. У цей час науковцями запропоновано низку стратегій та заходів реформування, зокрема реорганізація комунальних лікарень у неприбуткові підприємства.

У період з 2008 по 2014 рік було зроблено певні кроки у напрямі запровадження системних реформ в охороні здоров'я. Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 р. № 815 затверджено Національний план розвитку системи охорони здоров'я на 2008 – 2010 роки, оновлено Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», розроблено концепцію розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах розвитку сімейної медицини. Проте суттєвого реформування та кардинальних змін, які б

забезпечили збільшення тривалості життя, скорочення смертності та рівня захворюваності в Україні, не відбулося.

Найбільш показовими є перетворення, що відбувались починаючи з 2008 року. Тому розглянемо цей період більш детально.

За період 2008 – 2014 років реалізовано конкретні заходи та дії в межах основних розроблених державних документів, що забезпечують вектор розвитку галузі охорони здоров'я. Структурна реорганізація системи передбачала трансформацію усіх рівнів поетапно та передусім охопила первинний рівень (сімейні лікарі, педіатри, терапевти). Зміни передбачали чітке фінансове та функціональне розмежування первинного та вторинного рівня, формування мережі медичних закладів первинного рівня як амбулаторій загальної практики / сімейної медицини, їх обладнання відповідно до таблиця оснащення. Після формування мережі амбулаторій сімейної медицини, а при наявності необхідних умов, то й одночасно, було створено центри первинної медико-санітарної допомоги. В цей період активно створювалися подібні центри в інших регіонах України. Постановою Кабінету Міністрів України від 05 березня 2012 р. № 209 «Деякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» було запроваджено нові умов оплати праці медичних працівників у первинній ланці. Водночас протягом цього періоду загалом не відбулося суттєвих зрушень та підвищення якості медичних послуг та обслуговування населення. Системні проблеми залишилися не вирішеними.

З кінця 2014 року із прийняттям Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років було впроваджено нові стратегічні підходи задля підвищення якості медичних послуг та медичного обслуговування. Стартував перехід на нові модель охорони здоров'я та систему закупівель медичних послуг. Розпочався новий етап реформування системи охорони здоров'я, що передбачає системні зміни та трансформацію моделі охорони здоров'я України в усіх визначених напрямках (рис. 2.2).

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015 – 2020 роки передбачає реалізацію ідеї перетворення державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що є бюджетними установами, у неприбуткові підприємства з метою подальшого запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування.

З прийняттям Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» в країні почалася активна робота з автономізації закладів охорони здоров'я.

В умовах впровадження Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» змінюється система фінансування закладів охорони здоров'я, а відповідно і організація їх діяльності, що суттєво позначається і на процесі їх підготовки до автономізації.



Рис. 2.2. Трансформація моделі охорони здоров'я України
(напрямки реформування) [42]

У 2016 році розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р було прийнято Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, що передбачає перехід до фінансування медицини на основі страхового принципу шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Виплати для лікування хворого не прив'язуються до розміру індивідуальних внесків. Концепцією пропонується модель державного солідарного медичного страхування. Фінансування кошторисів за статтями витрат поступово скасовується та впроваджується оплата результату – проліковані випадки або постійне населення – закладам, які реорганізовані у комунальні некомерційні підприємства тобто є автономними постачальниками медичних послуг. Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом», що передбачає заміну фінансування інфраструктури медичних закладів та інших надавачів послуг.

У 2018 році було розпочато низку медичних реформ в Україні, що мають завершитися у 2020 році. Нова модель охорони здоров'я, яка будується в Україні, стає все більше зрозумілою та реальною. Нова модель охорони здоров'я передбачає спрямування усіх напрямів медицини до сучасного рівня якісного обслуговування відповідно до усталених європейських підходів. Основна мета реформи – забезпечення громадянам України рівного доступу до якісних медичних послуг та переорієнтація системи охорони здоров'я на пацієнта.

Основними змінами трансформації галузі охорони здоров'я є:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- розбудова мережі кардіоцентрів;
- створення Єдиного національного закупівельника медичних послуг;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- автономізація постачальників медичної допомоги;
- створення контрактної моделі фінансування охорони здоров'я;
- запровадження системи e-Health;
- прозора та ефективна закупівля ліків.

У березні 2018 року була створена Національна служба здоров'я України, яка підписала 623 договори з комунальними, приватними медичними закладами та лікарями-ФОП, які надають первинну медичну допомогу. Пацієнти мають право обирати лікаря незалежно від форми власності, фінансування лікування здійснюється Національною службою здоров'я. Партнерами Національної служби здоров'я України станом на 01 квітня 2019 р. стали 1238 медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу в Україні. З них 117 – приватні клініки, 110 – лікарі-ФОП. За 2018 – 2019 року Національна служба здоров'я України виплатила закладам за договором понад 7 мільярдів гривень. Лікарі та медичні сестри отримали можливість достойної зарплати, пацієнти – гарантований державою пакет медичних послуг, сервіс та піклування.

Реформування системи охорони можна розглядати також з позицій напрямів реформування [43]. Відтак в Україні приділяється значна увага перетворенням, спрямованим на поліпшення якості медичного обслуговування. З 1999 року усі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності підлягають обов'язковій акредитації з періодичністю один раз на три роки, а з 2001 року відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності», обов'язковим стало ліцензування медичної практики в закладах охорони здоров'я усіх типів. У напрямі уніфікації соціальних послуг також затверджено низку законодавчих та нормативно-правових актів, що сприяють подальшому розвитку забезпечення гарантованого рівня якості мінімальних соціальних потреб в країні та удосконаленню управління якістю медичної допомоги.

Отже, в Україні реформування сфери охорони здоров'я здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та узгоджується з основними напрямами нової Європейської політики в сфері охорони здоров'я «Здоров'я-2020» [43, 44].

2.3. Реформування системи охорони здоров'я в країнах Європи

Вивчення досвіду інших країн щодо моделей систем охорони здоров'я показало, що останніми роками всі країни Європи здійснюють реформування сфери охорони здоров'я. Потреба змін викликана об'єктивними обставинами: зростанням рівня захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання, появою нових сучасних методів лікування і медичних технологій, а також зростанням очікувань населення.

Вивчення останніми роками ситуації в різних країнах експертами ВООЗ дало змогу не тільки показати суть реформ, а й оцінити їх ефективність, а також визначити провідні фактори впливу, що надає можливість використати отриманий досвід у процесі реформування системи.

Уряди країн європейського регіону переглядають свої системи охорони здоров'я, шукаючи альтернативні стратегії більш ефективного і справедливого фінансування галузі та надання якісних послуг населенню. Разом з тим реформа охорони здоров'я включає не тільки економічний, а також нормативний і організаційний види діяльності. Вимоги щодо посилення контролю за витратами, підвищення продуктивності й ефективності пов'язуються із забезпеченням загальної доступності необхідної медико-санітарної допомоги, підвищенням ступеня рівності і справедливості отримання послуг різними прошарками суспільства.

Заходи з реформування охорони здоров'я мають оцінюватися не тільки з позицій короткострокового заощадження державних бюджетних коштів, а й щодо їх вкладу в покращення здоров'я всього населення відповідно до стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх».

Зростання вартості медичного обслуговування стало серйозною проблемою для реалізації сучасної політики в галузі охорони здоров'я в Європі. З метою розв'язання цієї проблеми більшість європейських країн вживають низку заходів щодо стримування зростання витрат.

На зміну централізованого виділення бюджетних коштів за «залишковим принципом» у перехідний економічний період прийшло розуміння необхідності збільшення асигнувань галузі, причому одночасно виникла стурбованість щодо неефективного використання наявних ресурсів. Крім того, економіка перехідного періоду не надавала можливості належного фінансування галузі відповідно потреб.

ВООЗ визначає термін «реформа» як послідовні довгострокові зміни, що включають глибокі інституційні та структурні зміни, що проводяться урядом і мають своїм завданням досягнення низки чітко визначених цілей. Незважаючи на те, що запроваджений термін став особливо популярним останніми роками, досі не склалося цілісного загально визнаного уявлення реформ сектора охорони здоров'я, що можна пояснити різними національними умовами та станом як економіки, так і безпосередньо галузі охорони здоров'я в різних країнах.

На нашу думку, відповідно до принципів інноваційного менеджменту, часткою якого є вчення про реформи, слід чітко диференціювати поняття «змін» та «реформ». Доцільно відрізнити структурні реформи від поетапних змін. У науці державного управління також прийнято пов'язувати поняття реформування сектора охорони здоров'я зі зміною політики і інститутів охорони здоров'я, через яку вона проводиться, що можна визначити лише як зміну політики. Водночас реформи мають включати не тільки зміну однієї ланки, а й системи охорони здоров'я в цілому. Для розв'язання проблеми сектора охорони здоров'я необхідна інституційна реформа і перетворення існуючих установчих, організаційних структур і систем управління. Однак значні зміни мають бути послідовними. У зв'язку з таким підходом реформа системи охорони здоров'я включає визначення пріоритетів, удосконалення політики і реформування інститутів державного управління, через які ця політика здійснюється згори донизу.

У документах Європейського Союзу розрізняють еволюційні та поетапні зміни системи охорони здоров'я від фундаментальних структурних перетворень. У доповіді Організації економічного співробітництва і розвитку

(ОЕСР) розрізняються залежно від того, чи переживають країни, у яких заявлені реформи, еволюційні зміни або радикальні структурні реформи. У доповіді наголошується, проте, що відмінність між еволюційними і структурними змінами є деякою мірою довільною і суб'єктивною.

Реформа має бути низкою послідовних логічно пов'язаних довгострокових змін. У зв'язку з цим владними структурами реформи, як правило, обговорюються і приймаються не як єдине ціле, а як пакет різних заходів, кожен з яких потребує самостійної оцінки. Цілі кожного етапу програми реформування, відповідно, відрізняються, що враховується експертами змін, які, зазвичай, є експертами ВООЗ або інших міжнародних структур ЄС.

ВООЗ визначено, що ключові елементи реформи системи охорони здоров'я оцінюють хід процесу реформ та їх зміст.

Оцінка процесу включає диференціацію того, що відбувається:

- структурні перетворення чи поетапні або еволюційні зміни;
- зміна цілей політики в галузі охорони здоров'я з подальшими інституційними змінами чи лише постановка нових завдань;
- цілеспрямовані чи випадкові зміни;
- чи послідовні й довгострокові зміни;
- чи це політичний процес знизу вгору під керівництвом національних, регіональних і місцевих органів державної влади.

Оцінка змісту:

- різноманітність заходів, що вживаються;
- визначення специфічних характеристик систем охорони здоров'я в різних країнах.

Документами ВООЗ реформа визначається як процес, який включає послідовні й глибокі інституційні та структурні зміни, що запроваджуються урядом і що мають завданням досягнення низки чітко визначених політичних цілей. Широкий характер реформ у галузі охорони здоров'я країн Європи

свідчить про те, що вони викликані до життя глибинними тенденціями в суспільстві.

На процес реформ впливають політичні, ідеологічні, соціальні, історичні, культурні та економічні чинники, усю сукупність яких необхідно враховувати для розуміння умов, що визначають необхідність реформ. У багатьох випадках реформи охорони здоров'я є не ізольованим процесом, а складовою широким структурних перетворень у соціальному забезпеченні та в інших соціальних сферах.

Значна група чинників пов'язана з існуючими проблемами, які стосуються стану здоров'я населення і сектора охорони здоров'я. До них належать специфічні загрози для здоров'я населення Європи, їх наслідки для моделей медичного обслуговування, затребуваних суспільством, загострення труднощів з фінансуванням охорони здоров'я, низка організаційних і структурних проблем.

Рівень економічного розвитку країни визначає обсяг ресурсів, що є наявності для цілей медичного обслуговування. Такі міжсекторальні чинники, як житловий фонд, соціальне страхування, харчування та забруднення навколишнього середовища мають важливе значення. Роль освіти, зокрема чисельності добре підготовлених управлінців, ступінь упровадження і рівень якості інформаційних систем впливають на здатність системи охорони здоров'я до серйозної і довгострокової реформи.

У країнах Європи ресурси системи охорони здоров'я формуються різними шляхами. Деякі з них походять від традицій країни, інші відображають політичні або фінансові рішення, що відбулися останнім часом. Медичне обслуговування відображає глибоко вкорінені соціально-культурні очікування суспільства в цілому (ЄС). Ключовим показником, що визначає тип реформ, є традиційні уявлення щодо місця здоров'я та його охорони в житті суспільства і людини. У деяких суспільствах воно розглядається як переважно соціальне або колективне благо, яким можуть користуватися всі громадяни під час отримання необхідних медичних або профілактичних послуг. В інших суспільствах

медичне обслуговування все частіше розглядається як товар, який можна купити і продати на відкритому ринку. За цим підходом головний акцент робиться на технічну ефективність і динамізм ринкових стимулів, які можна ввести в механізм медичного обслуговування, і на внесок, який, за задумом, можуть внести ці стимули до справи стримування зростання майбутніх витрат. Хоча концепція медичного обслуговування як товару постійно обговорюється в політичних колах багатьох європейських країн, вона не була прийнята за основу для розробки політики в жодній з них.

Важливу роль у реформуванні сектора охорони здоров'я відіграє держава, а також добровільні, саморегульовані організації та громадськість у цілому.

У таких європейських країнах, як Велика Британія, Німеччина, Нідерланди держава традиційно відігравала головну роль у розвитку сектора охорони здоров'я. Проте в країнах, де запроваджується ринкова економіка, держава втрачає можливості належного фінансування охорони здоров'я і, відповідно, уряди намагаються створити збалансовану систему громадських, урядових і приватних об'єднань для здійснення реформ охорони здоров'я. Політичні керівники цих країн сподіваються на актуалізацію ролі населення в питаннях охорони здоров'я і медичного обслуговування.

У країнах Європи значною є соціальна роль системи охорони здоров'я. На сферу охорони здоров'я покладаються: етична, професійна, юридична, політична і фінансова відповідальність перед суспільством, що також визначає спрямування і здійснення реформ охорони здоров'я. Тому реформа систем охорони здоров'я не може зводитися до чисто механічних дій, що полягають у реалізації раціонального плану щодо ефективнішого використання ресурсів.

Стабільність такої важливої соціальної системи, як охорона здоров'я є результатом комплексу цінностей суспільства і соціальної структури інститутів, що забезпечують охорону здоров'я. Ця структура складається з процесів, законів і нормуючих актів, що визначають розподіл ресурсів і владних повноважень у секторі охорони здоров'я.

Пануючий світогляд щодо цінності здоров'я і важливості його охорони визначає скільки і які ресурси будуть відведені для розвитку галузі. Так, свого часу в країнах СНД охорона здоров'я отримувала матеріальні ресурси за «залишковим принципом». При цьому важко підтримувати головні принципи демократичної держави: рівність та доступність ефективної медичної допомоги для всіх.

Реформування галузі охорони здоров'я за принципом розподілу ресурсів включає визначення джерел фінансування та розподілу ресурсів між секторами. З одного боку, це відображає існуючу в суспільстві думку про обов'язкову фінансову відповідальність за надання необхідної медичної допомоги. З другого боку, це відображає систему оптимального розподілу державних ресурсів між охороною здоров'я і медичним обслуговуванням, а також між державним і приватним секторами системи. Такий підхід відповідає потребам населення в країнах з усталеними юридичними нормами, зокрема там, де запроваджене медичне право.

У країнах з невизначеними юридичними правами і обов'язками сторін у сфері надання медичної допомоги такі взаємозв'язки є саморегульованими. Переважаюча модель, вибрана для тієї або іншої системи охорони здоров'я, відображає пріоритети суспільства і визначається рівнем суспільно-політичного та соціально-економічного розвитку.

У професійній саморегульованій моделі використання ресурсів охорони здоров'я залежить від лікарів, які є центральною ланкою системи медичного обслуговування. Виступаючи як представники пацієнтів, вони мають доступ до всієї інформації про їх потреби і повинні надавати свої послуги на цій основі. Ця модель припускає передачу професіоналам-медикам контролю над системою охорони здоров'я. Такий підхід має також ризики, які пов'язані зі зловживаннями, урахувавши ті переваги, які дають лікарям інформація і знання, їх головну роль у визначенні використання ресурсів і відсутність реального юридичного контролю за медичною практикою. У цьому разі необхідним є контроль з позицій жорсткого кодексу професійної етики який дає змогу уникнути

надмірного або недостатнього надання послуг. На контроль за медичною практикою впливає також поширена в професійних кругах прихильність певним етичним нормам.

У разі достатньо розвиненого громадянського суспільства в країнах кожен громадянин несе відповідальність за своє здоров'я. Це демократичне право може здійснюватися в прямій або непрямій формі.

Демократична модель сприяє залученню населення до процесу формулювання потреб, проблем, пріоритетів і рішень у сфері адміністративного управління системою охорони здоров'я.

Викладене означає, що процес реформування у сфері охорони здоров'я значною мірою визначається особливостями як політичного укладу, так і рівнем розвитку економіки і громадських інституцій. Разом з тим сфера охорони здоров'я через свою специфіку і соціальну роль спирається на загальнолюдські цінності, які є спільними для різних країн. Це – життя, здоров'я, милосердя. Ці форми системи цінностей визначають розподіл матеріальних ресурсів і владних повноважень та створюють широку систему стимулів, заборон, зобов'язань і норм під час прийняття рішень. Соціальна і матеріальна структури створюють «поле стимулів», у якому здійснюються реформи сфери охорони здоров'я.

Структура і стан національної економіки також є важливим фактором, що визначає характер реформи охорони здоров'я. Національні, регіональні та муніципальні органи управління багатьох країн перебувають під потужним фінансовим пресом.

Крім економічних факторів, проведенню реформ сприяють такі соціально-демографічні фактори, як: рівень технічного прогресу. Постійно розробляються нові лікарські препарати і методи лікування, з'являється можливість лікувати раніше невиліковні хвороби. Усе це призводить до дорожчання медичних послуг. До постачальників медичних послуг висуваються більш жорсткі вимоги щодо застосування найновіших методів лікування, які вимагають значних капітальних витрат на нове обладнання і модернізацію технічної бази; старіння населення. Зростання очікуваної

тривалості життя, а також зниження смертності і народжуваності, зростання коефіцієнта демографічного навантаження. Тенденція подальшого старіння населення є дуже важливою для країн Європи. Частка людей старших 65-ти років і, особливо, людей дуже похилого віку буде зростати. Хоча використання особами похилого віку медичних послуг варіюється залежно від країни і групи населення, уряди стурбовані тим, що ще більшій кількості громадян буде необхідна медична допомога, що викликає додаткове навантаження на бюджет держави; очікування відповідності міжнародним стандартам. Уряди країн з бюджетною формою фінансування охорони здоров'я відчують на собі значний тиск громадськості, що вимагає скоротити час очікування в чергах, усунути інші перешкоди, пов'язані з розкладом роботи медичних закладів. Від медичних працівників теж очікують надання більш якісних послуг, що відповідають міжнародним стандартам. Пацієнти рішуче вимагають надання вільного вибору послуг та підвищення їх якості. Таким чином, уряди більшості країн усвідомлюють неможливість нескінченного збільшення державних витрат на охорону здоров'я, оскільки ресурси навіть найбагатших і найбільш економічно розвинених країн обмежені. Разом з тим скорочення державних гарантій у цій сфері неможливо, оскільки певний рівень медичного обслуговування населення став невід'ємною частиною суспільного життя та його погіршення викликає різкий протест населення.

Проведений аналіз принципів реформування в різних країнах показав, що погляди європейських політиків і урядів на основні цілі охорони здоров'я близькі. Їх можна визначити наступним чином: загальнодоступність охорони здоров'я, ефективність і висока якість медичної допомоги, раціональне використання засобів і чуйне ставлення до потреб хворого. Визначені цілі підтримують не тільки політики різних країн, а й політики різних партій у країнах. Проте подібна однаковість відмічена лише на теоретичному рівні. На практиці загальні принципи здійснюються різними підходами, особливо у фінансуванні та визначенні права власності.

РОЗДІЛ 3

КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Реформування системи охорони здоров'я на місцевому рівні

Реформування вітчизняної системи охорони здоров'я – це кардинальна зміна організаційно-економічних принципів управління відповідно до ринкових умов та європейських стандартів. Сучасний етап – перехідний в активній фазі реалізації. І хоча багато вже зроблено та «точки незворотності» ще не досягнуто.

Щоб забезпечити продовження та незворотність реформи, необхідно здійснити такі кроки:

- завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД та впровадити їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- інституційно закріпити «маршрутизацію пацієнта»: візит до лікарів-спеціалістів та отримання інших послуг на безоплатній основі – лише за направленням сімейного лікаря;
- затвердити програму медичних гарантій для всіх рівнів надання медичної допомоги;
- забезпечити повний електронний документообіг в системі охорони здоров'я;
- завершити реформу закупівель лікарських засобів та медичних виробів, впровадити єдину стокову систему з відслідковування маршруту закуплених ліків та медичних виробів;
- завершити розбудову системи громадського здоров'я, здійснити розподіл функцій та повноважень між КМУ, МОЗ України та іншими органами влади в системі громадського здоров'я;

- забезпечити умови для реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року;
- запровадити європейські підходи до проведення епідеміологічного нагляду, який буде охоплювати як інфекційні хвороби, так і неінфекційні захворювання, удосконалити механізм інфекційного контролю та епіднагляду;
- реалізувати план боротьби з неінфекційними захворюваннями та здійснити заходи з євроінтеграції, зокрема імплементації директив ЄС у сфері трансплантології, безпеки крові, контролю над тютюном;
- створити мережу центрів біологічної безпеки на основі концепції «Єдине здоров'я» при МОЗ України;
- продовжувати активно впроваджувати заходи з імунізації з метою забезпечення «високого рівня імунізації населення» як частини плану національної безпеки;
- забезпечити реалізацію програми розвитку сільської медицини;
- забезпечити інституційне впровадження реформи екстреної медичної допомоги, ухвалити Закон України «Про доброго самаритянина»;
- забезпечити впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та розпочати повноцінну реформу реабілітації та встановлення інвалідності (МСЕК);
- реформувати патентну систему та забезпечити умови для вільної конкуренції на ринку лікарських засобів та медичних виробів
- реформувати систему до та післядипломної медичної освіти на основі досягнень сучасної медичної науки та доказової медицини;
- запровадити систему професійного ліцензування для лікарів;
- забезпечити розвиток лікарського самоврядування як інституту регулювання якості медичної послуги та захисту прав медичних працівників;
- забезпечити залучення неурядових організацій до надання медико-соціальних послуг та забезпечити фінансування цих послуг, у тому числі з місцевих бюджетів;

– продовжувати активну співпрацю з громадським сектором, максимально долучаючи громадські організації до процесу ухвалення рішень та здійснюючи оперативну й прозору комунікацію про трансформації системи охорони здоров'я.

Основний очікуваний результат реформи охорони здоров'я – рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання. Він вимагає значного обсягу робіт з впровадження реформи на місцевому рівні.

1 квітня 2020 року розпочався другий етап медичної реформи [45]. Національна служба здоров'я України підписала договори з 1 524 закладів спеціалізованої медичної допомоги. Тим самим розпочавши другий етап трансформації фінансування системи охорони здоров'я.

Це 90 % закладів, які подали свої пропозиції НСЗУ. Ще 138 проєктів договорів очікують на підписання. З півтори тисячі договорів з закладами спеціалізованої допомоги 50 підписано з приватними закладами.

Таким чином, практично всі комунальні медичні заклади (районні, міські, обласні лікарні) країни увійшли в реформу і будуть отримувати кошти за прямим договором з НСЗУ. Від сьогодні «гроші підуть за пацієнтом» у поліклініки, лікарні та інші спеціалізовані заклади. Загалом проєкти договорів отримали 1 662 заклади, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Найбільше договорів підписали у таких областях: Харківська – 132, Дніпропетровська – 110, Львівська – 102. Є відмови у підписанні: 3 – через те, що заклад не пройшов процес автономізації, 20 – відсутня ліцензія на медичну практику, 9 закладів подали невірні статистичні дані. Договори з цими закладами планується укласти протягом першої половини квітня 2020 року.

У переважній більшості регіонів заклади подали пропозиції та отримали проєкт договору на всі 26 пакетів медичної допомоги. Отже, ця допомога буде доступною громадянам. Відтепер лікарні отримуватимуть гроші за медичні послуги, надані конкретному пацієнту. Ефективні лікарні, яких обиратимуть пацієнти, зможуть збільшити своє фінансування за новою системою. Приблизно

у 40 % медзакладів збільшився бюджет у порівнянні з минулорічним державним та місцевим фінансуванням. Ще у 20 % лікарень бюджет став більшим за медичну субвенцію.

Розвиток ринку медичних послуг в нашій країні має поетапний характер, останній етап розпочався у 2020 році і характеризується як криза, викликана впливом пандемії COVID-19. 2021 рік розпочався введенням в медичну практику нового поняття – державна некомерційна організація – як форма медичної установи. Початок широкомасштабних воєнних дій в Україні у 2022 році приніс нові трансформаційні проблеми, пов'язані з інфраструктурними, кадровими і фінансовими втратами, як наслідками війни.

Завданням державного управління у сфері охорони здоров'я стає своєчасна і адекватна відповідь на цю кризу, що дає можливість продовження реформаційної роботи, забезпечує ефективність впровадження запланованих нововведень і змін.

3.2. Ключові проблеми управління системою охорони здоров'я: виклики сьогодення

Державне управління системою охорони здоров'я в Україні виступає основним ініціатором інноваційних змін і відіграє основну роль у забезпеченні їх втілення, створює можливість доступності і якості медичних послуг для всіх категорій і верств населення. На думку А. Худій [45], «реформування системи охорони здоров'я, зокрема через впровадження програми медичних гарантій та реформування первинної ланки, спрямоване на підвищення ефективності управління галуззю та покращення медобслуговування громадян».

Для сучасного стану державного управління у сфері охорони здоров'я основні проблеми формують широкий спектр викликів, що характерні для більшості країн світу та є незалежними від їх рівня та соціального розвитку та економічного стану.

До основних проблем сьогодення відносяться:

– недостатнє фінансування (наявна обмеженість бюджетних коштів як наслідок етапу кризи зумовлює недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, що відображається на закупівлях обладнання, медикаментів, заробітній платі працівників медичної сфери);

– неефективне використання ресурсів (викликане прорахунками планування, розподілу і використання всіх видів ресурсів: фінансових, матеріальних, людських, енергетичних інш.

– нестача кваліфікованих кадрів (особливо помітна щодо висококваліфікованих медичних працівників та в сільській місцевості);

– проблеми доступності медичної допомоги (обмежений доступ для певних верств населення, сільського населення, вразливих груп населення, людей з обмеженими можливостями, людей, що мешкають на прифронтових територіях);

– застаріла інфраструктура та обладнання (необхідність модернізації медичної інфраструктури, оновлення медичного обладнання для відповідності сучасним стандартам):

– корупція (закупівлі, ліцензування, розподілу ресурсів та інш.);

– відсутність ефективної системи моніторингу та оцінки;

– відсутність систематичного збору даних та аналізу інформації про стан здоров'я населення та ефективність медичних інтервенцій;

– проблеми з якістю медичних послуг (відповідність медичних протоколів, якість та відповідність стандартів);

– регуляторні та законодавчі виклики (необхідність оновлення та адаптації законодавчої бази до сучасних потреб і викликів);

– пандемії та надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я.

Таким чином, охорона здоров'я може бути охарактеризована як сфера, що сприяє формуванню здоров'я як цінності, оскільки люди звертаються за медичними послугами не просто заради отримання певного виду допомоги, але з метою поліпшення свого фізичного стану.

Ефективна взаємодія здійснюється через активну співпрацю між трьома ключовими учасниками: особою, державою (через реалізацію завдань державного управління) та об'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я. Вирішення зазначених проблем вимагає комплексного підходу ключових учасників, а також збільшення інвестицій у сферу охорони здоров'я, реформування системи управління та фінансування, покращення доступності та якості медичних послуг, а також зміцнення механізмів контролю та підзвітності.

З початком масштабного вторгнення система охорони здоров'я зазнала безпрецедентного стресу. На відміну від інших публічних сфер, лікарні та лікарі працювали у найгарячіших точках навіть у найбільш гострі фази війни. Лікарні та медики масово стали об'єктом російських атак: щонайменше 300 медичних закладів було знищено або сильно пошкоджено, багато медичних працівники вбито. У першій фазі війни доступ до життєво необхідних ліків та послуг було порушено, а тисячі лікарів та медсестер, а також мільйони їхніх пацієнтів залишили свої домівки та місця роботи.

Однак система змогла вистояти, зберегла керованість і здатність виконувати свої функції. Цьому посприяли кілька факторів: відданість і служіння з боку багатьох лікарів, медсестер, керівників медичних закладів, рішення МОЗ, Кабміну та парламенту, а також попередні структурні реформи, які допомогли системі стати більш життєздатною. Чимало лікарів, медсестер та керівників залишилися у своїх закладах у найтяжчі часи та продовжували надавати допомогу або ж узялися допомагати тисячам внутрішньо переміщених осіб на нових місцях. Лікарі продовжували тримати зв'язок онлайн зі своїми пацієнтами; утворювалися цілі онлайн-спільноти медичних фахівців, які надавати допомогу всім, хто її потребує.

Критично важливу роль у стійкості медичних закладів зіграла їхня повна управлінська та фінансова автономія, упроваджена під час реформ у 2018 – 2021 роках. Делеговані повноваження та можливість ухвалювати оперативні рішення на місцях допомогли не лише нашому війську, але й медичним закладам, особливо у перші місяці вторгнення. В умовах, коли вертикальні зв'язки у

системі були порушені або відсутні, ініціативні директори закладів мали необхідне правове поле, щоб самостійно ухвалювати рішення про тимчасову релокацію відділень, евакуацію пацієнтів, залучення гуманітарної допомоги та фахівців тощо. Разом з цим, війна значно загострила проблеми у сфері охорони здоров'я в Україні. Внаслідок війни було пошкоджено або знищено значну кількість медичних закладів, а також було евакуйовані чи загинуло багато медичних працівників. Це призвело до значного погіршення доступності медичних послуг 86 для населення України.

Для успішного реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах війни необхідно продовжувати:

- децентралізацію (децентралізація системи охорони здоров'я націлена на підвищення ефективності використання ресурсів і якості медичних послуг);
- інновації (впровадження інноваційних технологій і новітніх методів і методик лікування сприяє підвищенню якості медичної допомоги та доступності до неї);
- пріоритетність охорони здоров'я (підвищення рівня пріоритетності охорони здоров'я в економічній та політичній політиці держави може сприяти вирішенню проблем у цій сфері).

3.3. Пріоритетні напрями удосконалення управління системою охорони здоров'я України

Указом Президента України № 55/2020 було створено тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров'я», якій було доручено проаналізувати до 1 березня 2020 року хід реформування системи охорони здоров'я, у тому числі щодо реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги, готовності закладів охорони здоров'я до реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою

медичних гарантій для інших видів медичної допомоги; за результатами такого аналізу внести пропозиції щодо подальшого реформування сфери охорони здоров'я. На сьогодні такі висновки відсутні.

18 лютого 2020 року на засіданні Правління Асоціації міст України було розглянуто питання проведення медичної реформи, зокрема перехід з 1 квітня 2020 року всіх закладів охорони здоров'я на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Члени Правління АМУ – сільські, селищні, міські голови висловили стурбованість цією ситуацією та зазначили, що багато медичних закладів не зможуть перейти на нову форму роботи через недостатні фінансові та кадрові ресурси, застарілу або відсутню матеріально-технічну базу. Значна кількість населення буде позбавлена можливості отримати доступну та якісну медичну допомогу. Сьогодні вже маємо перші негативні наслідки.

Асоціація міст України здійснює моніторинг проведення реформ в охороні здоров'я та їх вплив на доступність та якість медичної допомоги в громадах. Слід зауважити, що АМУ постійно захищає інтереси громад особливо в рамках трансформації охорони здоров'я.

АМУ вкрай стурбована ситуацією в охороні здоров'я та передбачала, що залишаться медичні заклади, які не зможуть перейти на нову форму роботи через недостатні фінансові та кадрові ресурси, застарілу або відсутню матеріально-технічну базу. Вирішення цих питань потребують колосальних витрат, які є непосильними для місцевих бюджетів протягом короткого проміжку часу. Значна кількість населення буде позбавлена можливості отримати доступну та якісну медичну допомогу. Така ситуація може спричинити соціальну напругу.

Асоціація міст України, захищаючи інтереси органів місцевого самоврядування, зібрала та надіслала до Офісу Президента, МОЗ України та НСЗУ проблемні питання (Додаток Б), які виникли перед громадами у зв'язку з укладанням договорів з НСЗУ зі змінами у фінансовій діяльності медичних закладів і потребують першочергового вирішення.

АМУ впевнена, що порушені громадами проблеми повністю

віддзеркалюють реальну ситуацію в охороні здоров'я. Адже у медичних закладах відсутні у достатній кількості необхідне спеціальне медичне обладнання для діагностики та лікування, засоби індивідуального захисту, дезінфекційні засоби тощо. А відсутність необхідних засобів захисту та діагностики піддає ризику медичних працівників, що унеможлиблює, у разі їх захворювання, своєчасне надання медичної допомоги іншим хворим на коронавірус. У загальній структурі хворих на коронавірусну інфекцію COVID-19 по країні 20 % становлять медичні працівники. Це один з найвищих показників серед інших країн.

Недостатній рівень фінансування не дозволяє органам місцевого самоврядування забезпечити виконання вимог Програми медичних гарантій та виконувати делеговані державою повноваження на забезпечення доступності і безоплатності медобслуговування. Зкладами охорони здоров'я було обраховано реальні тарифи на пакети медичних послуг і вони значно вищі, ніж ті, що затверджені постановою КМУ від 05.02.2020 р. № 65. Ці тарифи у більшості значно занижені та не покривають реальної собівартості таких послуг. Крім того, Національною службою здоров'я покривається обмежений обсяг пакетів медичних послуг, так званих пріоритетних. А тому відсутня перспектива для утримання лікарень, збільшення заробітної плати медичних працівників тощо. Захист медичних працівників повинен бути першочерговим заходом зупинення COVID-19 і він повинен бути як фізичний, так і матеріальний.

Перехід медичних закладів на роботу за договорами з НСЗУ з 1 квітня ускладнився надзвичайною ситуацією, в якій опинилася країна. Тому виникла серйозна проблема від початку другого етапу реформи, а саме: зупинка планових хірургічних втручань, планових госпіталізацій хворих, зменшення амбулаторних відвідувань. Більшості проблемних питань можна було б уникнути, якби органи державної влади частіше прислухалися до органів місцевого самоврядування.

Асоціація міст України впевнена, що злагоджена взаємодія між органами державної влади та органами місцевого самоврядування є важливою, а конструктивний діалог і прийняті правильні рішення сприятимуть позитивному розвитку охорони здоров'я на рівні муніципалітетів.

Питання доступності будівель та приміщень медичних закладів наразі є надзвичайно актуальним. Адже більшість будівель закладів охорони здоров'я побудовані у минулому столітті, а тому зовсім не відповідають будівельним нормам щодо інклюзивності. Асоціація міст України отримує численні звернення від органів місцевого самоврядування щодо цього питання.

Проблема полягає в тому, що Національна служба здоров'я України буде відмовляти в укладанні договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з медзакладами на 2021 рік у зв'язку з відсутністю підтверджень доступності будівель та приміщень. З 1 січня 2021 року для того, щоб підписати договір з НСЗУ, медичний заклад має подати скановану копію документа, що підтверджує доступність медичних закладів для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, відповідно до будівельних норм і правил, виданого фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має відповідний кваліфікаційний сертифікат. Втім у закладів охорони здоров'я виникла проблема з проведенням технічного обстеження та отримання такого сертифікату. Значних коштів потребує обстеження медичних закладів і отримання сертифікату відповідності, а також виготовлення проектно-кошторисної документації, реконструкція або капітальний ремонт (під що підпадає переважна більшість медичних закладів).

Епідемія COVID-19, недостатній рівень фінансування Програми медичних гарантій, занижені тарифи на медичні послуги повністю виснажили місцеві бюджети. За даними Держказначейства, на початок листопада з місцевих бюджетів вже здійснено платежів на придбання товарів та послуг для боротьби з COVID-19 на суму майже 4 млрд грн. Наразі складно профінансувати з місцевих бюджетів проведення технічних обстежень будівель, виготовлення проектно-кошторисної документації, проведення реконструкції або капітальний ремонт будівель. Адже медзаклади потрібно постійно забезпечувати необхідним медичним обладнанням, киснем, засобами індивідуального захисту.

Крім цього, у результаті проведення реформи місцевого самоврядування та територіальної організації влади був змінений адміністративно-

територіальний устрій держави. Уряд визначив адміністративні центри та затвердив території громад усіх областей, а Верховна Рада схвалила постанову № 807 «Про утворення та ліквідацію районів». Таким чином, були сформовані 1469 територіальні громади та 136 райони. Такі зміни призведуть до реструктуризації мережі медичних закладів, передачі майна між органами місцевого самоврядування тощо. Зокрема, відбуватиметься передача з районного рівня медичних закладів, що надають первинну та вторинну медичну допомогу, на рівень сільських, селищних, міських територіальних громад. На цьому етапі є важливим збереження безперервності надання медичних послуг населенню, укладених декларацій між пацієнтами та лікарями і фінансування закладів охорони здоров'я. Тобто після проведених місцевих виборів розпочався процес передачі будівель медичних закладів між органами місцевого самоврядування. Лише після цього нові власники зможуть визначити відповідність таких будівель вимогам доступності.

Асоціація міст України, розуміючи необхідність забезпечення доступності, зручності, інформативності і безпеки для потреб осіб з інвалідністю та високу відповідальність органів місцевого самоврядування за інклюзивність будівель вважає, що доцільно передбачити перехідний період для проведення всіх необхідних для цього заходів. АМУ звернулася до Прем'єр-міністра України Д. Шмигала з пропозицією під час перехідного періоду при укладанні договорів про медичне обслуговування населення з НСЗУ застосувати норму п. 4.1 ДБН В.2.2-40:2018. Згідно цієї норми, якщо в існуючих житлових та громадських будівлях і спорудах неможливо у повному обсязі забезпечити вимоги доступності, зручності, інформативності та безпеки для потреб осіб з інвалідністю, з урахуванням думки громадських об'єднань осіб з інвалідністю здійснюється їх розумне пристосування.

Асоціація міст України звернулася до Прем'єр-міністра з проханням дати доручення МОЗ щодо невідкладного внесення зміни до п. 2 урядової постанови № 410, а саме цифру «2020» замінити на «2021». Якщо не буде перенесено термін подачі сканованої копії документа, що підтверджує доступність будівлі та

приміщення, багато медзакладів не зможуть підписати договір з НСЗУ на 2021 рік. А це поглибить кризу медичної галузі в Україні.

Відповідно до Національної Стратегії реформування охорони здоров'я в Україні на 2015 – 2020 роки, розробленої в межах Програми дій Уряду України, роль та місце місцевих органів самоврядування змінюється в напрямі розробки заходів управління на регіональному рівні, реалізації програм на місцях та розширення функцій щодо послуг громадського здоров'я, які надаватимуться різним верствам населення. Зокрема, до таких функцій відносяться:

- поширення здорового способу життя серед різних верств населення;
- створення відповідних умов для роботи медичного персоналу в селі;
- відновлення соціальної інфраструктури та забезпечення доступу до якісних послуг охорони здоров'я;
- удосконалення транспортного сполучення сільських населених пунктів із обласними медичними закладами;
- розширення послуг працівників соціальних закладів у сфері захисту та допомоги соціально-вразливим групам населення;
- підтримка територіальними громадами функціонування лікарняних закладів шляхом фінансування роботи інфраструктурних об'єктів (харчоблоків, тепло-, електро- та водопостачання);
- організація контролю населенням громади дотримання прав громадян в отриманні якісних медичних послуг.

Місцевій владі сьогодні надана особлива роль у прийнятті відповідальності за ефективне функціонування медичних закладів, але без безпосередньої участі у щоденному управлінні ними. Аналіз законодавчих та нормативних документів, а також літературних джерел дозволив визначити основні проблеми у сфері охорони здоров'я:

- несприйняття медичної реформи населенням та лікарями, оскільки немає чіткого розуміння що відбувається та які зміни відбудуться в подальшому;
- велика вартість медичних послуг та неможливість населення оплатити

за послугу відразу;

- низька якість медичних послуг;
- брак кваліфікованих медичних кадрів;
- проблеми доступу до служб медичної допомоги, особливо в сільській місцевості;
- недостатньо серйозне ставлення до профілактики захворювань як з боку населення, так і державної влади;
- демографічне старіння населення;
- брак фінансових ресурсів на розвиток медицини;
- екологічні проблеми;
- економічна криза.

Сьогодні прийнято низку законодавчих актів та нормативних документів, які дозволяють наблизити систему охорони здоров'я України до світового зразку. Але залишаються ризики якісної імплементації реформи охорони здоров'я на регіональному рівні.

В сучасних умовах стратегічно важливо:

- забезпечити регулярну та якісну комунікацію з місцевими органами влади, громадськістю та представниками медичної спільноти, гарантувавши повне розуміння всіх процесів на рівні виконавців;
- забезпечити вчасне досягнення поставлених у межах реформи цілей. Це продемонструє високий рівень підготовки та злагодженість дій на найвищому державному рівні і сприятиме авторитетному сприйняттю впровадження медичної реформи на місцевому рівні.
- впроваджувати механізми інноваційного розвитку з врахуванням стану та можливостей регіонів.

Таким чином основними напрямками удосконалення процесів реформування системи охорони здоров'я повинно стати:

- забезпечення реальної автономізації закладів охорони здоров'я й запровадження нової моделі фінансування на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги;

- забезпечення розвитку належної інфраструктури для впровадження медичної реформи в сільській місцевості;
- вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні;
- ефективний перерозподіл повноважень із здійснення закупівель лікарських засобів та медичних виробів між міжнародними організаціями, програмою «Доступні ліки» (реімбурсація), центральною закупівельною організацією та регіональними закупівлями;
- реформування патентної системи та забезпечення умов для вільної конкуренції на ринку лікарських засобів та медичних виробів;
- впровадження міжнародних протоколів лікування;
- розширення мережі підстанцій, створення відділень невідкладної допомоги та модернізація диспетчерської системи;
- розробка навчальних програм для фахівців із догоспітальної допомоги, а також для співробітників поліції, пожежників, працівників ДСНС, Національної гвардії України.

Реалізація даних напрямів сприятиме розбудові системи охорони здоров'я, підвищенню якості надання медичних послуг населенню, технологічному переоснащенню медичної галузі, вдосконаленню підготовки медичних кадрів.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження щодо проблем управління системою охорони здоров'я в Україні, ключових проблем та напрямів удосконалення дає можливість сформулювати наступні загальні висновки.

1. Відповідно до «Основ законодавства України про охорону здоров'я» здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад, а охорона здоров'я – це система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Система охорони здоров'я України знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, змінюючись, формує багатоаспектні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах охорони здоров'я.

2. Громадське здоров'я – комплексна політична, економічна, соціальна і медична категорія, що інтегрує індивідуальне здоров'я громадян, обумовлене дією сукупності політичних, економічних, соціальних і біологічних чинників, визначає демографічний, соціальний, економічний потенціал суспільства, є фактором національної безпеки та об'єктом соціальної політики держави.

Публічне управління у сфері охорони здоров'я визначається державною політикою у сфері охорони громадського здоров'я, яка зорієнтована на забезпечення рівноправності кожної людини і окремих громад у доступі до медичного обслуговування.

Державна політика в сфері охорони здоров'я формується і реалізується відповідно до стратегічних напрямів, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Дані принципи ґрунтуються на позиції, що всі люди мають

одинакові права на отримання медичної допомоги незалежно від місця проживання. Ціль 3 сталого розвитку, «Міцне здоров'я і благополуччя», передбачає загальне покриття охороною здоров'я, доступність медичної допомоги та соціальну справедливість (рівний доступ).

3. Охорона здоров'я посідає одне з провідних місць у функціях публічного управління та діяльності урядів різних країн. За рекомендаціями ВООЗ, дії країн для наближення до загального охоплення медичною допомогою повинні включати в себе: збільшення фінансування охорони здоров'я; зниження фінансових бар'єрів для отримання медичної допомоги; підвищення ефективності та справедливості у способах використання ресурсів.

ВООЗ визначає три цілі системи охорони здоров'я:

- покращення здоров'я населення;
- відповідність очікуванням людей;
- забезпечення фінансового захисту в разі погіршення стану здоров'я.

Кінцевою метою системи охорони здоров'я є сприяння та/або захист здоров'я людей.

Функціями системи охорони здоров'я є стратегічне управління, надання послуг та фінансування.

4. Згідно з Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років основними цілями є:

- покращення показників здоров'я населення;
- фінансова захищеність громадян від катастрофічних витрат у разі хвороби або травм з метою запобігання зубожіння домогосподарств;
- збереження спроможності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації.

Проміжними задачами реформи охорони здоров'я, згідно Стратегії, є:

- солідарна відповідальність за здоров'я;
- вільний вибір провайдера медичних послуг;
- прозорі умови роботи;
- підтримка незахищених груп населення.

Стратегія передбачає регуляторну роль держави в охороні здоров'я та узгодження з європейськими принципами, визначає основним джерелом фінансування охорони здоров'я кошти загального оподаткування без виокремлення цільових коштів, відтермінує на невизначений час запровадження медичного страхування з одночасним введенням Національного агентства з питань фінансування охорони здоров'я та вводить поняття аутсорсингу міжнародних організацій щодо закупівлі лікарських засобів на замовлення уряду.

5. В Україні зроблено суттєвий крок вперед у процесі реформування чинного законодавства в галузі охорони здоров'я. За період 1991 – 2019 рр. в Україні сформована нормативно-правова база з питань охорони здоров'я, що складається більше ніж з 350-ти законів України.

6. Вивчення досвіду інших країн щодо моделей систем охорони здоров'я показало, що останніми роками всі країни Європи здійснюють реформування сфери охорони здоров'я. Потреба змін викликана об'єктивними обставинами: зростанням рівня захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання, появою нових сучасних методів лікування і медичних технологій, а також зростанням очікувань населення.

Вивчення ситуації в різних країнах експертами ВООЗ дало змогу не тільки показати суть реформ, а й оцінити їх ефективність, а також визначити провідні фактори впливу, що надає можливість використати отриманий досвід у процесі реформування системи охорони здоров'я України.

7. Потреба забезпечити продовження та незворотність реформи вимагає здійснити певні кроки, серед яких основними є:

– завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД та впровадити їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);

- інституційно закріпити «маршрутизацію пацієнта»: візит до лікарів-спеціалістів та отримання інших послуг на безоплатній основі – лише за направленням сімейного лікаря;
- затвердити програму медичних гарантій для всіх рівнів надання медичної допомоги;
- забезпечити повний електронний документообіг в системі охорони здоров'я;
- забезпечити умови для реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення.

В сучасних умовах стратегічно важливо:

- забезпечити регулярну та якісну комунікацію з місцевими органами влади, громадськістю та представниками медичної спільноти, гарантувавши повне розуміння всіх процесів на рівні виконавців;
- забезпечити вчасне досягнення поставлених у межах реформи цілей. Це продемонструє високий рівень підготовки та злагодженість дій на найвищому державному рівні і сприятиме авторитетному сприйняттю впровадження медичної реформи на місцевому рівні.
- впроваджувати механізми інноваційного розвитку з врахуванням стану та можливостей регіонів.

8. До ключових проблем сьогодення відносяться:

- недостатнє фінансування (наявна обмеженість бюджетних коштів як наслідок етапу кризи зумовлює недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, що відображається на закупівлях обладнання, медикаментів, заробітній платі працівників медичної сфери);
- неефективне використання ресурсів (викликане прорахунками планування, розподілу і використання всіх видів ресурсів: фінансових, матеріальних, людських, енергетичних інш.);
- нестача кваліфікованих кадрів (особливо помітна щодо висококваліфікованих медичних працівників та в сільській місцевості);

- проблеми доступності медичної допомоги (обмежений доступ для певних верств населення, сільського населення, вразливих груп населення, людей з обмеженими можливостями, людей, що мешкають на прифронтових територіях);

- застаріла інфраструктура та обладнання (необхідність модернізації медичної інфраструктури, оновлення медичного обладнання для відповідності сучасним стандартам):

- корупція (закупівлі, ліцензування, розподілу ресурсів та інш.);

- відсутність ефективної системи моніторингу та оцінки;

- відсутність систематичного збору даних та аналізу інформації про стан здоров'я населення та ефективність медичних інтервенцій;

- проблеми з якістю медичних послуг (відповідність медичних протоколів, якість та відповідність стандартів);

- регуляторні та законодавчі виклики (необхідність оновлення та адаптації законодавчої бази до сучасних потреб і викликів);

- пандемії та надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я.

Для успішного реформування системи охорони здоров'я в Україні в умовах війни необхідно продовжувати:

- децентралізацію (децентралізація системи охорони здоров'я націлена на підвищення ефективності використання ресурсів і якості медичних послуг);

- інновації (впровадження інноваційних технологій і новітніх методів і методик лікування сприяє підвищенню якості медичної допомоги та доступності до неї);

- пріоритетність охорони здоров'я (підвищення рівня пріоритетності охорони здоров'я в економічній та політичній політиці держави може сприяти вирішенню проблем у цій сфері).

9. Пріоритетними напрямками удосконалення управління системою охорони здоров'я України мають стати:

- забезпечення реальної автономізації закладів охорони здоров'я й запровадження нової моделі фінансування на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги;
- забезпечення розвитку належної інфраструктури для впровадження медичної реформи в сільській місцевості;
- вдосконалення діяльності управління фізичною культурою і спортом на регіональному рівні;
- ефективний перерозподіл повноважень із здійснення закупівель лікарських засобів та медичних виробів між міжнародними організаціями, програмою «Доступні ліки» (реімбурсація), центральною закупівельною організацією та регіональними закупівлями;
- реформування патентної системи та забезпечення умов для вільної конкуренції на ринку лікарських засобів та медичних виробів;
- впровадження міжнародних протоколів лікування;
- розширення мережі підстанцій, створення відділень невідкладної допомоги та модернізація диспетчерської системи;
- розробка навчальних програм для фахівців із догоспітальної допомоги, а також для співробітників поліції, пожежників, працівників ДСНС, Національної гвардії України.

Реалізація даних напрямів сприятиме розбудові системи охорони здоров'я, підвищенню якості надання медичних послуг населенню, технологічному переоснащенню медичної галузі, вдосконаленню підготовки медичних кадрів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Місцеве самоврядування в умовах децентралізації влади в Україні : кол. монографія / за заг. ред. Р. М. Плюща. Київ : Рідна мова, 2016. 744 с.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-ХІІ. URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
3. Українська радянська енциклопедія : в 12 т. / редкол. : М. П. Бажан [та ін.]. Київ : Книжкова фабрика, 1982. Т. 8. 527 с.
4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / за ред. Н. І. Кольцової. Івано-Франківськ, 2000. 286 с.
5. Москаленко В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / В. Москаленко. URL: <http://amnu.gov.ua/aktualni-problemy-zdorov-ya-ta-ohorony-zdorov-ya-u-iii-tysyacholitti/>.
6. Ярменчук А. Д. Менеджеру охорони здоров'я. Теорія исскуства управління : в 2 ч. / А. Д. Ярменчук. Киев, 1991. Ч. 2. 300 с.
7. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 227 – 231.
8. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україна: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
9. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія / Я. Ф. Радиш. Київ : Вид-во УАДУ, 2001. 358 с.
10. Соціальна і гуманітарна політика : підручник / авт. кол. : В. П. Трощинський, В. А. Скуратівський, М. В. Кравченко [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського. Київ : НАДУ, 2016. 792 с.

11. Сенюк Ю.І., Надюк З.О. Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я: аналіз реформування системи. *Право та державне управління*. 2020 р., № 2. URL: http://pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/2_2020/34.pdf.
12. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні : вибір національної моделі розвитку. *Державне управління : удосконалення та розвиток*. 2013. № 2. URL : <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>.
13. Гончарова О. Реформа медичної галузі – панацея чи остаточне знищення? Права Людини в Україні. Інформаційний портал Харківської правозахисної групи. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1484060362>.
14. Воронка Г. Особливості медичної реформи в Канаді та Великій Британії. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2015. № 1. С. 199–108.
15. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2016 рік / МОЗ України, ДУ УІСД МОЗ України. Київ, 2017. 516 с.
16. Лопушняк Г. С. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації стратегії сталого розвитку «Україна-2020». *Соціально-трудова відносина : теорія та практика*. 2017. № 1. С. 61–79.
17. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я : механізми формування та реалізації : автореф. дис... д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н. П. Кризина ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2008. – 36 с.
18. Юристовська Н. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління : зб. наук. пр. / за заг. ред. В. С. Загорського, А. В. Ліпенцева*. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2017. Вип. 2 (51). С. 138-147.
19. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. *Відом. Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
20. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник*

АПСВТ. 2020. № 1–2.

21. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 166–173

22. Державне управління в Україні : наукові, правові, кадрові та організаційні засади / за заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. Львів : Львів. політехніка, 2002. 352 с.

23. Аналіз деяких показників громадського здоров'я, системи охорони здоров'я і медичної освіти в Харківській області. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 227 – 231.

24. Богомазова І. О. Право на якісні та безпечні лікарські засоби в системі прав на охорону здоров'я. *Медичне право*. 2017. № 3. С. 9 – 17.

25. Дацій Н. В., Драган І. В., Мосюрчак К. О. Публічне управління здоров'ям населення як системотворчою ланкою та кінцевим результатом діяльності системи охорони здоров'я та надання медичних послуг. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2023. № 10. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2023_10_7

26. Слабкий Г. О. Проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4. С. 5 – 9.

27. Державне управління охороною громадського здоров'я в Україні : генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.

28. Дубінський С. В. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2016. № 1 (20). С. 51 – 59.

29. Брижовата О. С. Вплив підвищення кваліфікації сімейних лікарів на залучення людей, які живуть з ВІЛ, до каскаду медичних послуг в загальній системі охорони здоров'я України: досвід проекту USAID/ Україна. *Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 304–305.

30. Звірич В. В. Становлення системи державного управління в галузі охорони здоров'я в Україні: історія та сучасні виклики. Державне управління:

удосконалення та розвиток. 2022. № 6. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2022_6_9.

31. Бобришева О.В. Ефективний розвиток і функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка»*. Вип. 8-2. 2014. С. 12–18

32. Голованова І. А. Досвід організації та фінансування системи охорони здоров'я Угорщини. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2017. № 1. С. 41 – 43. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2017_1_9.

33. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади / за заг. ред. Н. Р. Нижник, В. М. Олуйка. Львів : Львів. політехніка, 2002. 352 с.

34. Державне управління в Україні : організаційно-правові засади : навч. посіб. / Н. Р. Нижник, С. Д. Дубенко, В. І. Мельниченко [та ін.] ; за заг. ред. Н. Р. Нижник. – Київ : Вид-во УАДУ, 2002. – 164 с.

35. Державне управління : теорія і практика / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. – Київ : Юрінком Інтер, 1998. – 432 с.

36. Державне управління охороною громадського здоров'я : навч. посіб. / за ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – Київ : Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.

37. Стратегія сталого розвитку «Україна 2020» : Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» від 12 січня 2015 року. – 2015. – № 5.

38. Вартамян Ф. Е. Современные тенденции медицинской реформы в западно-европейских странах / Ф. Е. Вартамян, Д. А. Орлов, Ю. А. Матвеев // Советское здравоохранение. – 2009. – № 8. – С. 63 – 68.

39. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2025. – Київ, листопад 2014 р. – URL : <https://moz.gov.ua/strategija>.

40. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. – URL : <http://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>.

41. Ключові дати реформи // Урядовий кур'єр. – 2018. – 11 січня. – С. 5.
42. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. № 2/2020. URL: <http://www.investplan.com.ua/?op=1&z=7011&i=20>
43. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис / В. М. Пашков // Актуальні питання медичної практики. 2017. № 2. С. 1–6. URL : <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya>.
44. Петрова С. В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2014. № 2. С. 34 – 45.
45. Приходченко Л. Л., Малачинська М. Й. Управління системою охорони здоров'я в умовах системних криз: аналіз проблем та перспектив кризь призму нормативно-правового законодавства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2023. № 7. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2023_7_4