

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ФІНАНСІВ, ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ ТА ПРАВА

Дипломна кваліфікаційна робота
на тему:

“ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ”

Виконала:

студентка групи 2 мДС
спеціальності 281
«Публічне управління та адміністрування»
Квачан А.С.

Керівник:

Кандидат державного управління,
доцент
Кульчій І.О.

Полтава – 2023 рік

Завдання буде надано на кафедрі

Бібліографічний опис та анотація дипломної магістерської роботи

Бібліографічний опис: Квачан Антоніна Сергіївна. Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах реформування.

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний університет імені Юрія Кондратюка. Кафедра публічного управління, адміністрування та права.

Науковий керівник: к. держ. упр., доцент Кульчій Інна Олексіївна. Полтава, 2023 рік.

Зміст роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, додатків.

Анотація. У роботі вирішено актуальне наукове завдання обґрунтування функціонально-організаційної моделі реформи охорони здоров'я в Україні; систематизовано та узагальнено існуючі підходи у провідних країнах світу щодо створення сучасних систем охорони здоров'я; встановлено, що система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою з жорсткими процедурами управління та фінансування; визначена стратегія та основні напрями і терміни проведення реформи охорони здоров'я що полягають в запровадженні сучасної системи фінансування закладів охорони здоров'я та структурній перебудові системи надання медичної допомоги населенню з пріоритетним розвитком медичної допомоги та формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: система охорони здоров'я, реформування, фінансування охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України, реорганізація, спроможна мережа закладів охорони здоров'я, Полтавський кластер

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Основні аспекти реформування системи охорони здоров'я.....	8
1.2. Державне регулювання та організаційно-правові засади в охороні здоров'я	16
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ТА МОДЕЛІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
	26
2.1. Класифікація моделей та систем охорони здоров'я.....	26
2.2. Організація охорони здоров'я в економічно розвинених країнах світу.....	40
2.3. Фінансування системи охорони здоров'я країни	48
РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
.....	52
3.1. Механізми реформування системи охорони здоров'я	52
3.2. Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я, створення спроможної мережі	56
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	71

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ПМСД – первинна медико-санітарна медична допомога

ВМД – вторинна медична допомога

ТМД – третинна медична допомога

ОТГ – об'єднана територіальна громада

ГО – госпітальні округи

ОЗ – охорона здоров'я

СОЗ – система охорони здоров'я

ОВА - обласна військова адміністрація

СМ- спроможна мережа

ЄС – Європейський союз

ВСТУП

Сучасний період у житті українського суспільства характеризується трансформаційними процесами в економіці, активізацією політичних процесів, а також реформування соціальної сфери, важливим елементом якої є національна система охорони здоров'я. В Україні відбувається фундаментальне реформування, фактично створення нової системи охорони, яка має відповідати основним пріоритетним напрямкам державної політики - **якість, доступність, безоплатність** медичних послуг для пацієнта.

Показники стану здоров'я населення, а саме: тривалість життя, фізичне та психічне здоров'я, смертність та народжуваність на сьогодні є загрозливими. Згідно статистичних даних, Україна має досить низькі показники з питань охорони здоров'я серед країн Європи знаходячись на другому місці за рівнем смертності (14,9 на 1000 населення), яка зросла на 12,7% за останні 25 років, тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. Показники чоловічої смертності у віці 15 - 60 років в Україні є одними з найгірших у світі, і більшість смертей у цій віковій групі класифікуються як такі, яких можна було уникнути або попередити шляхом належного лікування. З усіх смертей 79 % трапляється через неінфекційні хвороби, такі як серцево-судинні та цереброваскулярні онкологічні захворювання, хвороби обміну речовин тощо. Вказані показники залишаються незмінними за останні роки - серцево-судинні захворювання були основною причиною смертності (67,3%), новоутворення (13,3%), а зовнішні причини смертності знаходилися на третьому місці (6,3%).

При цьому Україна є четвертою в світі державою за кількістю лікарняних ліжок (879 на 100 тис. населення) та другою у європейському регіоні за середнім рівнем тривалості госпіталізації (11,8 дня). У країнах - членах ЄС

у середньому ці показники становлять відповідно 527,4 на 100 тис. населення та 8,08 дня, тобто в 1,7 та 1,4 рази нижчі.

Однією з головних причин такої ситуації є низький економічний розвиток країни та події в останні роки - пандемія та війна. Інша важлива причина незадовільних показників – це недоліки, які накопичені у системі охорони здоров'я. Від радянських часів нашій державі дісталася система охорони здоров'я Семашка, яка мала гіпертрофовану мережу медичних закладів. З одного боку, кожна людина могла без проблем потрапити до лікарні ледь не за кожним рогом. З іншого, це призводило до розпорошення ресурсу, як фінансового, так і людського, що суттєво погіршувало якість допомоги. З 1991 року мережа поступово почала скорочуватися, але все ще залишається найбільшою в Європі.

Трансформація СОЗ в країні почала активно впроваджуватися з 2012 року, однак, незважаючи на те, що вже відбулися значні зміни в медичній галузі нашої країни, але в цілому перед системою ще стоїть багато викликів, які пов'язані з умовами сьогодення. Необхідно докласти ряд зусиль уряду, а також усього суспільства для досягнення удосконалення системи охорони здоров'я для задоволення потреб населення, зміцнення здоров'я та благополуччя.

Організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші фундаментальні помилки заважають Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу, навіть незважаючи на те, що українці витрачають на охорону здоров'я значну частку свого доходу. Крім того, існує невідповідність між тим, що обіцяє держава і тим, що вона може забезпечити. Також одним з факторів, який має суперечливий характер є нерегульованість законодавчої бази в сфері охорони здоров'я, зокрема на рівні держави не вносяться зміни до положень статті 49 Конституції України.

В ній гарантована безоплатність медичної допомоги у необмеженому обсязі та неможливість скорочення медичної інфраструктури для надання медичної допомоги.

Мета реформи – забезпечити всім громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та перебудувати систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт.

Актуальність вивчення проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні є високою, оскільки якість та доступність медичних послуг стосується кожного.

Малодослідженим залишається розкриття питання зміни та удосконалення роботи ЗОЗ в умовах реформування галузі.

З огляду на актуальність теми, *метою роботи* є дослідження основних напрямків та механізмів реформування системи охорони здоров'я в Україні в контексті сучасних трансформаційних процесів.

Виходячи з поставленої мети сформовано *наступні завдання*:

1. Розкрити основні аспекти реформування системи охорони здоров'я.
2. Дослідити організаційно - правові засади та державне регулювання управління системою охорони здоров'я.
3. Проаналізувати організацію охорони здоров'я в країнах світу.
4. Розкрити систему фінансування охорони здоров'я в країні.
5. Визначити основні проблеми розвитку системи охорони здоров'я в Україні.
6. Визначити напрями та механізми реформування системи охорони здоров'я.
7. Проаналізувати проблеми розвитку системи охорони здоров'я в Україні та механізми їх вирішення.

Об'єктом дослідження виступає система охорони здоров'я в Україні в

умовах реформ.

Предмет дослідження – напрямки удосконалення роботи ЗОЗ в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні.

У процесі виконання кваліфікаційної роботи було застосовано ряд загальнонаукових та специфічних методів наукового дослідження: системного підходу та аналізу – для проведення кількісного та якісного аналізу проблем наукового забезпечення реформування системи охорони здоров'я України; бібліографічний – для вивчення існуючих світових та вітчизняних підходів до вирішення проблеми ефективного проведення реформи охорони здоров'я; статистичний – для аналізу основних показників результатів проведення реформи системи охорони здоров'я та забезпечення фінансування цього процесу; елементів методу SWOT-аналізу – з метою встановлення сильних та слабких сторін урядових актів з питань реформування системи охорони здоров'я.

У ході ґрунтовного вивчення питання було проаналізовано нормативно-правові акти та проекти документів, що стосуються реформ, наукові публікації, повідомлення засобів масової інформації, тощо.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Основні аспекти реформування системи охорони здоров'я

Ключовими завданнями та викликами, які постають перед сучасним суспільством та керівництвом України, є формування власної системи охорони здоров'я, враховуючи історичні передумови розвитку охорони здоров'я в країні та світовий досвід. Це потребує комплексного аналізу еволюції розвитку, складових елементів та характерних ознак, що властиві для існуючих моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я - це сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, діяльність яких спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян, надання медичної та лікарської допомоги, проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду [27].

В. Д. Долот визначає систему охорони здоров'я як «сукупність організацій, інститутів ресурсів, головною метою яких є поліпшення здоров'я» [10].

Законодавчо охорона здоров'я визначається як «система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями 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» [18].

Таким чином, охорона здоров'я представляє собою систему - сукупність елементів, що пов'язані між собою для досягнення поставленої мети, а саме: сукупність органів управління, установ та закладів охорони здоров'я, що діють у межах законодавства, діяльність яких регулюється ринковим механізмом господарювання та спрямована на збереження і зміцнення здоров'я громадян.

Система охорони здоров'я є одним з головних елементів людського розвитку, що визначається суспільством як пріоритетна цінність. Здорове населення і ефективні системи охорони здоров'я мають вирішальне значення для економічного зростання. Відповідно основною метою системи охорони здоров'я є збереження та зміцнення стану здоров'я населення країни.

Мета системи охорони здоров'я передбачає розв'язання цілої низки конкретних завдань, а саме: надання якісної медичної допомоги; проведення державного санітарно-епідеміологічного нагляду; зменшення рівня смертності від захворювань; захист населення від необґрунтованих фінансових витрат, пов'язаних із захворюваністю; збереження людської гідності під час надання медичної допомоги; здійснення превентивної та профілактичної діяльності.

Проблема реформування системи охорони здоров'я в Україні неодноразово була предметом спеціального дослідження українських вчених. Різні аспекти цієї проблеми вивчали, зокрема: М. М. Білинська, Ю. В. Вороненко, Л.І. Жаліло, В. М. Ждана, В. М. Лехан, В. Ф. Москаленко, Я. Ф. Радиш, В. А. Русняк, І.М. Солоненко, Н. Д. Солоненко та інші.

Розвиток СОЗ після здобуття країною незалежності можна розділити на чотири періоди: 1) 1991–2000 рр., 2) 2000–2010 рр.; 3) 2010–2013 рр. 4) з 2014 р. і до теперішнього часу.

Характеристика першого періоду. В перше десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони практично не проводилися. Головні зусилля уряду України і МОЗ, як центрального виконавчого органу влади

в сфері охорони здоров'я були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою. Другий період – визначення основних напрямків та механізмів реформування СОЗ. За підтримки міжнародних організацій проводилася робота з визначення основних напрямків та апробації ключових механізмів реформування СОЗ. У 2001 р. за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані провідні напрямки розвитку української охорони здоров'я, з їх подальшим відпрацюванням та розробкою відповідних рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр.

Першим прийнятим нормативним актом, спрямованим на реформування СОЗ в Україні стала Концепція розвитку охорони здоров'я населення України (затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000), яка досі є чинною, хоча більшість її положень вже застаріли [15]. Ідеї щодо подальшого розвитку перетворень СОЗ отримали у низці постанов уряду. Однак широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, до 2010 р. не проводилося. Разом з тим часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я здійснювалися. Вони переважно були локальними і мали фрагментарний характер. Найбільш вагомими з них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян для добровільної солідарної участі населення у додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запровадження нових методів фінансування на рівні первинної ланки (експеримент у м. Горішні Плавні Полтавської області щодо укладання контрактів між міською адміністрацією і підготовленими сімейними лікарями про надання первинної допомоги населенню з подушного оплатою їх послуг), автономізація постачальників

медичних послуг (експеримент – в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» у 2-х районах Харківської та Житомирської областей щодо зміни закладами охорони здоров'я господарського статусу бюджетних установ на некомерційні державні/комунальні підприємства), структурно функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в т.ч. реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги, а також комплекс підходів, спрямованих на поліпшення якості медичного обслуговування (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я тощо). Третій період – проведення масштабної реформи ОЗ в пілотних регіонах. У 2010 р. в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» були розпочаті масштабні перетворення в українській системі охорони здоров'я. Змістовне наповнення реформ базувалося на ретельно проаналізованих та узагальнених вітчизняними та закордонними експертами з урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найбільш успішними системами охорони здоров'я, матеріалах проектів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, які реалізовувалися в Україні в період 2003–2009 рр. [30].

Виходячи з того, що в Україні не було досвіду проведення широкомасштабних багатоаспектних перетворень в секторі охорони здоров'я, для відпрацювання форм і механізмів реформи та мінімізації можливих її негативних наслідків попередня апробація основних складових згідно з прийнятим спеціальним законом здійснювалася на експериментальних майданчиках – пілотних областях. Урядом та МОЗ у 2011–2012 рр. була

розроблена нормативно правова база щодо проведення перетворень, яка корегувалася на основі даних моніторингу з врахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти та населення [25].

В процесі реалізації пілотних проектів було доведено доцільність та ефективність:

1) розмежування первинної та вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвинутою мережею амбулаторій в містах і сільській місцевості;

2) об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної та екстреної допомоги на регіональному рівні;

3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості і складності захворювання, та створення лікарень інтенсивного лікування як провідних закладів госпітальних округів;

4) впровадження (за умов методичного удосконалення) оплати праці за обсяги та якість роботи;

5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін і реімбурсації.

Широке запровадження інших елементів реформи, зокрема підходів до структурно функціональних перетворень в сфері вторинної та третинної медичної допомоги, автономізації ЗОЗ, контрактних відносин, методів оплати медичних послуг в закладах різних рівнів медичної допомоги потребувало попереднього ретельного їх відпрацювання в пілотному режимі, навчання фахівців та підтримки влади всіх рівнів.

Четвертий (сучасний) період – реформування системи охорони здоров'я – розпочався після певної паузи, яка була обумовлена необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі. Перші завдання були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів та збільшення гнучкості управління. Так, вперше в історії країни у 2015 р. було запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, дозволено урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного та місцевого бюджетів та одночасно з різних бюджетів, МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати ЗОЗ повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду тощо).

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформовано і схвалено урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, якою фактично було продовжено з істотними корективами курсу реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи полягає в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа основних змін, передбачених реформою належать: впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів для фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням центрального органу виконавчої влади – Національної служби здоров'я України як єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі медичних послуг на договірних засадах; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств та запровадження електронної системи охорони здоров'я. Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-

судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків. В 2017 р. було прийнято пакет законодавчих та нормативних актів, які повинні забезпечити реалізацію реформи, зокрема: закон про «автономізацію ЗОЗ» та методичні рекомендації щодо перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства; закон про державні фінансові гарантії, який визначає фінансові зобов'язання надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, паралельно внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України НСЗУ, визначені вимоги до надавачів медичних послуг та порядок укладення договорів про медичне обслуговування, затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг [19]. Зважаючи на існуючі проблеми з доступністю медичної допомоги сільському населенню було прийнято закон, який передбачає поряд з розвитком мережі ЗОЗ, транспортної інфраструктури в сільській місцевості також і широке впровадження телекомунікаційної інфраструктури.

Продовження реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, але з певними поправками, для чого урядом затверджено оновлений порядок формування госпітальних округів, перелік та склад госпітальних округів в кожній області країни, МОЗом прийнято положення про госпітальний округ, розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких в т.ч. оговорено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження тощо. Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 р. і охоплював 3 річний період – 2018–2020 рр. У 2020 році

пандемія COVID-19 вимагала зосередження зусиль на реагуванні на цю надзвичайну ситуацію, як це було й у інших країнах по всьому світу, проте водночас із цим, процес реформування системи охорони здоров'я продовжувався.

Створення нових інституцій, органів управління та реформування системи фінансування медичної галузі, змінили підходи до організації роботи медичних закладів.

1.2. Державне регулювання та організаційно-правові засади в охороні здоров'я

Відповідно до Конституції України людина має право на життя та здоров'я, право на недоторканність приватного життя, право на безпеку, як одну з найвищих цінностей націо-нальної правової системи. Серед інших прав, передбачених Конституцією, окремо йде право на медичну допомогу, яка гарантує фізичне існування людини, і яке має важливе значення для підтримки та покращення здоров'я української нації.

Державне регулювання охорони здоров'я в Україні є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я, але до сьогодні законодавча база у галузі як ключовий інструмент державного управління не відокремлена у право-вий інститут. Системний аналіз ряду наукових праць щодо формування та розвитку права людини на охорону здоров'я, підтверджує наявність ефективних спроб формування засад відповідальності за здоров'я населення країни.

Формування державної політики в галузі охорони здоров'я України характеризується загальними закономірностями, які є універсальними для більшості країн світу. За даними З. С. Гладуна, до складу нормативно-правової

бази, що регулює діяльність сфери охорони здоров'я, яка була створена в період незалежності України, входить понад 5,5 тисячі законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, що мають комплекс-ний характер [6].

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. (№2801-ХІІ, редакція від 16.01.2020 р.) визначається, що держава та громада гарантують пріоритет охорони здоров'я в діяльності країни. При формуванні державної політики держава дотримується принципів міжнародних договорів, які були ратифіковані Україною.

Основними ознаками права на здоров'я є його доступність, прийнятність та якість.

Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження й забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави.

Ці гарантії закріплені і в Основах законодавства України про охорону здоров'я - кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство й держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, вони повинні забезпечувати пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшувати умови праці, навчання, побуту й відпочинку населення, розв'язувати екологічні проблеми, удосконалювати медичну допомогу й запроваджувати здоровий спосіб життя.

У ст. 49 Держава гарантує кожному її громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного й доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбає про розвиток фізичної культури й спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя [14].

У ст. 27 вказано, що кожен має невід'ємне право на життя. Ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави - захищати життя людини. Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань [14].

В Основах законодавства України визначені правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, суспільні відносини з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та довголітнього активного життя громадян, дані механізми усунення факторів, що шкідливо впливають на здоров'я громадян, намічені заходи, які спрямовані на попередження й зниження захворюваності, інвалідності та смертності [16].

Таким чином, у всьому світі право людини на здоров'я має забезпечуватися національними державними програмами, стратегією розвитку та політикою в галузі охорони здоров'я на національному, регіональному та локальному рівнях, впроваджуючи комплексний підхід до охорони здоров'я та прав людини.

Державне управління передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління за допомогою адміністративних повноважень та методів, що характеризуються директивними вказівками та інструкціями щодо їх виконання [17].

Поняття «державного регулювання» визначено як систему державних заходів (організаційно-правових, економічних тощо) у сфері соціальних, економічних, політичних, культурних та інших суспільних процесів з метою їх узгодження, упорядкування, формування загальних правил та норм соціальної поведінки та запобігання будь-яким несприятливим наслідкам у суспільстві.

Швайка Л. А. розглядає державне регулювання економіки як «сферу діяльності органів державної влади щодо цілеспрямованого впливу на поведінку суб'єктів господарювання шляхом застосування різноманітних методів і засобів» [29].

Державне регулювання передбачає лише встановлення обмежень та меж для закладів та установ, за якими вони могли б вільно працювати.

Отже, державне управління та державне регулювання - це два різних види державної діяльності. Державне регулювання на відміну від державного управління, спрямоване не лише на об'єкт управління а й на середовище, в якому цей суб'єкт здійснює свою діяльність. Тому вони між собою відрізняються широтою владного впливу.

У сфері охорони здоров'я державне управління представляє собою комплексну ієрархічну управлінську систему в сфері охорони здоров'я, що має національний, регіональний та локальний рівні: держава, області, райони та окремі населені пункти (зокрема міста, селища, села, тобто адміністративні території та громади), а також заклади охорони здоров'я різних форм власності. Здійснення медичної діяльності в національній системі охорони здоров'я забезпечується за рахунок механізмів державного регулювання в межах державної політики. Отже, державне регулювання в сфері охорони здоров'я передбачає формування загальних норм та правил здійснення медичної діяльності, тобто медичної допомоги, визначення відповідальності за дотримання цих правил, впливу уряду та його органів на діяльність закладів

охорони здоров'я. Державне регулювання охорони здоров'я спрямоване на створення сприятливих організаційних та фінансових умов в сфері охорони здоров'я, з урахуванням ринкових механізмів господарювання. Таким чином, регулювання не передбачає втручання держави в організаційну та професійну діяльність, за винятком випадків, визначених законом.

Вивчення структури національної системи охорони здоров'я підтверджує, що в Україні система охорони здоров'я створена за принципом вертикального підпорядкування.

Вищим законодавчим органом у сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, яка формує нормативно-законодавчу базу функціонування та фінансування сфери охорони здоров'я України.

Уряд України є вищою виконавчою ланкою, яка делегувала повноваження щодо стра-тегічного планування, вироблення політики та стратегії розвитку і реформування, а також поточного управління, визначення обсягів фінансування, закупівлі ліків та розподілу їх за деякими програмами Міністерству охорони здоров'я. Міністр охорони здоров'я призначається Верховною Радою України за поданням Голови Уряду (Прем'єр-міністра), відповідає перед Урядом та Верховною Радою, звільняється з посади Верховною Радою.

Міністерству охорони здоров'я підпорядковані вищі та середні навчальні заклади, науково-дослідні установи у сфері охорони здоров'я, а також департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Департаментам при обласних державних адміністраціях підпорядковані управління / департаменти при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я третинного рівня, заклади охорони здоров'я у спільній власності територіальних громад, а також приватної форми власності.

Департаменти при обласних державних адміністраціях здійснюють планування діяльності та поточне керівництво усіма підпорядкованими об'єктами.

Управлінням та департаментам при районних, міських державних адміністраціях та селищних та сільських органах місцевого самоврядування підпорядковані заклади охорони здоров'я первинного та / чи вторинного рівня, заклади охорони здоров'я, підпорядковані на правах комунальної власності. Міністерство охорони здоров'я, обласні та районні департаменти та управління охорони здоров'я здійснюють моніторинг діяльності закладів охорони здоров'я, свого підпорядкування, а також є відповідальні за якість надання медичної допомоги. Реалізація контролю якості здійснюється переважно за допомогою адміністративних методів державного регулювання, а саме протоколів лікування, механізмів ліцензування та акредитації діяльності закладів охорони здоров'я, сертифікації медичного персоналу (лікарів). Вимоги щодо якості надання медичних послуг є рівними як для приватних, так і державних закладів [23].

У складі Міністерства охорони здоров'я України діють консультативні та дорадчі органи, кваліфікаційні, наукові, а також науково-кваліфікаційні комісії.

Міністерству безпосередньо підпорядковані науково-дослідні установи з питань охорони здоров'я та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Особливістю національної системи охорони здоров'я є безпосереднє підпорядкування вищих медичних навчальних закладів освіти як Міністерству освіти та науки України, так і Міністерству охорони здоров'я. Заклади вищої освіти можуть мати власні університетські клініки - третинна ланка надання медичної допомоги, де здійснюється підготовка медичних фахівців, наукова діяльність і надання висококваліфікованої медичної допомоги.

Іншою особливістю є наявність відомчої медицини, що також фінансується за кошти державного бюджету та обслуговує вузьку професійну групу (в Україні це медичне відділення Державного управління справами). Проте реформа охорони здоров'я передбачає ліквідацію відомчої медицини і метою формування єдиного медичного простору та рівних можливостей для всіх груп населення. Ліквідація відомчої медицини передбачати на етапі трансформації механізму фінансування вторинної та третинної ланки медичної допомоги [28].

Також у межах національної системи охорони здоров'я України існують профспілкою організації працівників галузі, а також різноманітні лікарські асоціації та товариства, які є членами Національної лікарської ради України (близько 43 од.). Вони є представниками певних фахових груп працівників медичної галузі. Є неприбутковими добровільними громадськими об'єднаннями, що відіграють важливе значення в регулюванні охорони здоров'я України, встановленні медичних стандартів, сприянні професійного розвитку медичних кадри а також захисті прав медичних працівників [5]. Лікарські асоціації та товариства є механізмом «професійного регулювання медичної діяльності» в Україні за рахунок членства авторитетних вчених медичної галузі (одним із завдань є сприяння розвитку вітчизняної медичної науки).

Лікарські асоціації безпосередньо подають до Комітету Верховної Ради з питань охорони здоров'я рекомендації та проекти Законів, офіційно висловлюють думку медичної громадськості у зверненнях до Міністерства охорони здоров'я та уряду щодо питань та існуючих проблем у сфері охорони здоров'я.

Елементами національної системи охорони здоров'я відповідно до функціоналу є державні організації, які здійснюють соціальне страхування: Пенсійний фонд України, Державна служба зайнятості (виконавча дирекція Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на

випадок безробіття). Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (фінансування санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованих осіб і членів їхніх сімей), Фонд соціального захисту інвалідів (фінансує витрати на медичну і соціальну допомогу потерпілим на виробництві) [7]. Ці організації є страховими, тому можуть бути підґрунтям для запровадження моделі соціального медичного страхування.

У межах організаційно-функціональної системи також здійснює свою діяльність Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виконує функції єдиного національного закупівельника медичних послуг. Це новостворена структура.

Підсумовуючи можна сказати, що структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є дещо недосконалою, а управління системою охорони здоров'я в Україні не відповідає до сучасним соціально-економічним умовам.

Види медичної допомоги, що надаються в межах національної охорони здоров'я України.

В Україні медична допомога поділяється на три рівні:

- первинна (медико-санітарна);
- вторинна (спеціалізована);
- третинна (високотехнологічна).

Основним критерієм належності закладів охорони здоров'я до різних рівнів надання медичної допомоги є перелік видів та обсягів медичної допомоги, які мають надаватися, а також наявністю умов для надання визначеного виду медичної допомоги,

Первинна допомога (медико-санітарна) надається на амбулаторному рівні лікарями загальної практики/сімейної медицини, які мають необхідну кваліфікацію в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до

табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України; лікувально-профілактичними закладами, які акредитовані та ліцензовані відповідно до законодавства України, незалежно від форм власності, у разі потреби екстреної допомоги за межами лікувально-профілактичного закладу кваліфіковану медичну допомогу надають лікарі станції швидкої медичної допомоги.

Первинну допомогу надають за територіальним принципом з правом вільного вибору лікаря загальної практики / сімейної медицини в межах Центру первинної медико-санітарної допомоги.

Лікарі загальної практики/сімейної медицини надають різний спектр діагностичних, лікувальних та профілактичних послуг.

2. Вторинна медична допомога - це ланка медичної допомоги, що надається у зв'язку із хворобами, що потребують спеціалізованих методів діагностики, лікування, реабілітації та використання складних медичних технологій [26]. Також отримала назву спеціалізована медична допомога.

Це вид медичної допомоги надається на амбулаторному та стаціонарному етапах профільними лікарями-спеціалістами, які мають необхідну кваліфікацію в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України.

Вторинну медичну допомогу мають право надавати заклади охорони здоров'я, які акредитовані та мають ліцензію на відповідну медичну та лікарську діяльність, видану відповідно до законодавства України, незалежно від форм власності [26].

Для отримання пацієнтом консультативно-діагностичної допомоги профільним спеціалістом у разі необхідності лікар загальної практики / сімейної медицини дає обґрунтоване направлення. Якщо пацієнт бажає

отримати консультативно-діагностичну допомогу самостійно, її надає профільний спеціаліст на платній основі [26, с 10].

У разі необхідності направлення пацієнта на стаціонарне лікування лікар-спеціаліст амбулаторно-поліклінічного закладу дає направлення для госпіталізації.

Амбулаторна консультативно-діагностична допомога надається шляхом забезпечення профілактичних, діагностичних і лікувальних послуг. Кваліфіковану медичну допомогу населенню на стаціонарному етапі надають за направленням спеціалістів первинної медико-санітарної допомоги, профільних лікарів-спеціалістів, швидкої медичної допомоги та в екстрених випадках. Госпіталізують хворих виключно відповідно до профілю відділення (ліжок) лікувально-профілактичного закладу [26, с. 12-17]. На другому рівні медичної допомоги може бути надана стаціонарна паліативна допомога (медична допомога у хоспісі, що забезпечує кваліфіковане лікування і реабілітацію невиліковних хворих під цілодобовим медичним наглядом), а також медична допомога в лікарні сестринського догляду, це вид довготривалої медичної допомоги.

Третинна медична допомога - це вид лікарської допомоги, що надається у зв'язку із хворобами, що потребують внутрішньо лікарняної допомоги і високотехнологічних методів діагностики, лікування та реабілітації. Надають на амбулаторному та стаціонарному етапах медичної допомоги профільні лікарі-спеціалісти, які мають необхідну кваліфікацію, в лікувально-профілактичних закладах, обладнаних відповідно до табеля оснащення, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, а також акредитовані, що мають ліцензію на відповідну медичну та лікарську діяльність, незалежно від форм власності [26, с. 18].

До закладів третинного рівня скеровують пацієнтів обласні, міські, районні спеціалісти (за своїм профілем). Зкладами третинного рівня надаються наступні види медичної допомоги: консультативна та стаціонарна високоспеціалізована. Безпосередньо медичні послуги надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санаторно-курортними закладами охорони здоров'я та іншими.

Здійснене дослідження державного регулювання національної системи охорони здоров'я України, дає можливість впевнено стверджувати, що сучасна модель державного регулювання охорони здоров'я України характеризується як державна, централізована, оскільки існуюча організаційно-функціональна структура повністю відповідає централізованій структурі управлінських ієрархічних зв'язків, що ґрунтується не лише на встановленні принципів діяльності, але й на жорсткому адміністративному контролі за нею, хоча й була задекларована децентралізація в межах реформи медичної сфери. При цьому зважаючи на реформування галузі, центральним елементом якої є реформа організаційно-функціональної моделі та механізму фінансування системи, на сьогодні національну систему охорони здоров'я можна назвати трансформаційною (перехідною).

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ТА МОДЕЛІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Класифікація моделей та систем охорони здоров'я

Система охорони здоров'я в кожній країні формувалась в різних умовах з урахуванням історичних передумов та принципів функціонування: спостерігаються відмінності в методах та організації управління, підходах до фінансування, доступності медичних послуг, незважаючи на схожість та однотипність завдань, що має вирішувати система охорони здоров'я.

Можна виділити наступні основні параметри, за якими моделі відрізняються між собою - фінансово-економічні характеристики, а саме:

- відносини власності;
- роль держави;
- джерела фінансування;
- механізми стимулювання постачальників та споживач в медичних послуг;
- форми та методи контролю обсягу та якості медичної допомоги.

Так, існують різні класифікації моделей охорони здоров'я, аналіз яких представлено нижче.

Дослідники розрізняють три основні моделі управління в сфері охорони здоров'я:

- 1) модель адміністративно-командного управління;
- 2) демократична модель;
- 3) ринкова модель.

Перша модель передбачає втручання держави в функціонування та зміну системи охорони здоров'я з метою забезпечення швидкої зміни політичних цілей.

Демократична модель передбачає, що кожний громадянин має право впливати на соціально-політичні рішення в житті суспільства та є

відповідальним за них. Модель сприяє залученню населення в процес прийняття рішень щодо потреб, пріоритетів та проблем управління охороною здоров'я.

Ринкова модель встановлює правила саморегуляції на основі конкурентоспроможності ринків охорони здоров'я у відповідності до законів попиту та пропозиції при визнанні умов певних обмежень. Цей підхід заснований на доктрині автономного розвитку ринку, отже, передбачає мінімальне втручання держави в економічні питання охорони здоров'я.

За аналогією з класичними законами економіки (попиту та пропозиції) зарубіжні науковці вирізняють:

- 1) модель, що направлена на формування попиту, розглядає здоров'я як благо, а отже при цій моделі охорони здоров'я споживачі медичних послуг можуть здійснювати контроль над цими послугами. Постачальники медичних послуг здатні формувати попит на послуги та формувати політику ціноутворення. Конкуренція за доходи споживачів змушує постачальників надавати якісні послуги. Економіка попиту передбачає розподіл ресурсів відповідно до схильності споживачів до оплати послуг та готовності постачальників постачати медичні послуги. Прикладом такої моделі можуть слугувати моделі охорони здоров'я Сінгапуру та Південної Кореї.
- 2) модель, яка направлена на формування пропозиції передбачає, що здоров'я - це благо, яке має бути доступним для всіх громадян країни. Органи управління, за такої моделі, здійснюють контроль над ресурсами, закон вільного ринку не розвинений. При цьому держава відіграє важливу роль як у розподілі ресурсів, так і у ціноутворенні на медичні послуги.

В. Борщ класифікує системи охорони здоров'я за принципом рівнів соціального розвитку, виділяючи наступні моделі [3 с. 13] :

- 1) універсальна модель (модель Беверіджа)
- 2) модель соціального страхування (модель Бісмарка)
- 3) південна модель (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія)
- 4) інституціональна чи соціал-демократична модель (скандинавська модель)
- 5) ліберальна модель (модель залишкового соціального забезпечення),
- 6) консервативна корпоративна модель (японська модель),
- 7) латиноамериканська модель
- 8) модель охорони здоров'я індустриальних держав,
- 9) модель охорони здоров'я з перехідною економікою.

Більшість сучасних науковців визначає класифікацію моделей системи охорони здоров'я за принципом фінансування:

- 1) модель соціального медичного страхування (модель Бісмарка);
- 2) державна модель чи модель централізованого фінансування охорони здоров'я (моделі Семашко, Беверіджа);
- 3) приватна модель фінансування охорони здоров'я.

Модель соціального медичного страхування характеризується як страхова, що заснована на принципах соціального страхування та багатоканальній системі фінансування. Моделі централізованого фінансування є державними з бюджетною системою фінансування. Приватна модель засновується на власних коштах громадян, а саме: добровільне медичне страхування, пряма оплата медичних послуг та депозитні медичні рахунки.

Також існує класифікація моделей фінансування охорони здоров'я за видами фондів: суспільного споживання; змішаних фондів; приватних фондів.

У суспільні фонди споживання кошти надходять шляхом збору податків або внесків соціального страхування. Обидва методи базуються на доходах

громадян країни. Змішані системи поєднують одночасно податки та внески. В моделі, що фінансується із приватних фондів, основним джерелом є особисті внески громадян.

Так, останні дві класифікації схожі між собою - моделям фінансування охорони здоров'я. Із суспільних фондів споживання та змішаних фондів відповідають три системи організа-ції охорони здоров'я Бісмарка, Семашка та Беверіджа, що ґрунтуються на принципах солідарності та мають наступні спільні риси: універсальна система захисту незалежно від ризику; рівний та всеохоплюючий доступ до медичної допомоги; обов'язкова участь населення у покритті витрат на охорону здоров'я; відсутність прямого зв'язку між величиною платежів (податків, внесків) та обсягом медичної допомоги; державний контроль за ціноутворенням. Проте ці моделі мають суттєві відмінності [3 с. 15-16].

Для системного бачення необхідно еволюційно-детально уявити класичну класифікацію моделей організації та фінансування охорони здоров'я.

1. Модель соціального медичного страхування (модель Бісмарка), використовується у таких країнах як; Австрія, Швейцарія, Ізраїль. Франція, Нідерланди, держави Східної Європи та Прибалтики, Японії тощо.

Модель формується у XIX - XX столітті, коли в багатьох європейських країнах були прийняті закони про обов'язкове медичне страхування, час початку реалізації ідеї соціальної солідарності в сфері охорони здоров'я, а дефіцит фінансових коштів на оплату медичних послуг спо-нукав владу втручатися у процес організації та контролю надання медичної допомоги.

Історично модель вперше запроваджена у 1881 році на національному рівні у Німеччині канцлером Отто фон Бісмарком та отримала статус державної системи охорони здоров'я.

Модель має назву-німецька або континентальна. Відповідно моделі були створені лікарняні каси - заклади соціального страхування робітників, бюджет яких переважно формування із внесків робітників, а управління здійснювалося роботодавцями [3 с. 17].

Основним принципом, за яким діє модель, є принцип соціального страхування, тобто захисту від факторів соціального ризику (хвороб, нещасних випадків, втрати працездатності) та при материнстві, безробітті, смерті родичів, який передбачає існування страхових фондів, які керуються на паритетних засадах найманими робітниками та працедавцями. Фонди акумулюють соціальні надходження від заробітної плати для здійснення страхових виплат, які покривають витрати на медичне обслуговування населення. Фонди є неурядовими, некомерційними (страховими) фондами, які виступають як посередники між застрахованими особами та закладами охорони здоров'я. В різних країнах страхові фонди формуються за різними принципами: професійними, територіальними, релігійними, політичним.

Основним економічним принципом моделі є принцип змішаної економіки, що поєднує механізми ринку медичних послуг та розвинену систему державного регулювання і соціальних гарантій.

Фінансування в межах соціальної страхової моделі є менш залежним від політичної кон'юнктури. За цією моделлю, істотна частина страхових внесків залишається, як правило, на місцях. Вони перерозподіляються за принципом територіального вирівнювання та можуть контролюватися страховиками та застрахованими в частині використання ресурсів, які направляються на оплату медичної допомоги, та якості медичних послуг. Крім того, пацієнти мають можливість вибору лікарів та закладів охорони здоров'я.

Перевагою такої моделі є стабільність надходжень коштів від підприємств, робітників, які зацікавлені в отриманні медичної допомоги. Цей факт

обумовлений прозорістю фінансування страхової медицини, а також прямим та опосередкованим формування фондів сприяє інвестуванню фінансових коштів у сучасні інноваційні медичні технології, стимулює медичний персонал до удосконалення та забезпечує підвищення їх доходів.

Страхова система не фінансується як правило, з державного бюджету, за окремими винятками. Так, для малозабезпечених верств населення, які не можуть отримувати медичні послуги за низкою причин (наприклад, відсутній необхідний страховий стаж), медична допомога фінансується державою. В даному випадку мова йде про додаткові, допоміжні механізми, які представляють собою відхилення від страхової моделі, проте без яких забезпечення повного охоплення населення медичною допомогою буде неможливим [2].

Обов'язкове медичне страхування може функціонувати у двох організаційних (пряма та непряма) і економічних (товарна і грошова) формах.

Пряма форма характеризується тим, що органи медичного страхування мають власні заклади охорони здоров'я (Японія, Швеція); непряма - передбачає контактування страхової організації із закладами охорони здоров'я (Німеччина, Австрія).

При грошовій формі страхувальник вільно обирає фахівця медичних послуг (лікаря загальної практики чи сімейного лікаря), оплачує вартість послуг, відповідно страхова компанія відшкодовує певний відсоток вартості амбулаторної допомоги, а частина витрат покривається за принципом співоплати (Бельгія, Люксембург, Франція); товарна форма характеризується тим, що страхувальник отримує медичну допомогу безоплатно, а економічні питання вирішує посередник між страхувальником і постачальником медичної послуги (Німеччина, Австрія Нідерланди, Швеція).

Реформування за останні роки даного типу охорони здоров'я призвело до гнучкості системи, яка поєднує як принципи централізованого, так і децентралізованого управління, що зменшує вплив кон'юнктурних коливань на систему.

Моделі соціального медичного страхування притаманні ознаки як державної моделі фінансування, так і приватної-залежно від переваги параметрів.

Так, різновидом моделі соціального медичного страхування є суспільно-приватна модель фінансування охорони здоров'я (змішана форма), яка притаманна для Канади, Нідерландів та Японії. Модель характеризується покриттям витрат на медичну допомогу шляхом поєднання соціального та приватного медичного страхування, тобто поєднує в собі ринкову та соціальну моделі.

До основних переваг моделі соціального медичного страхування належать:

- 1) високий рівень гарантій надання безкоштовної медичної допомоги;
- 2) адресність внесків;
- 3) усунення внутрішньогалузевого монополізму системи охорони здоров'я;
- 4) відкритість для додаткових джерел фінансування;
- 5) інвестування коштів в інноваційне оновлення галузі, новітні медичні технології та устаткування, фармацевтичні та технічні розробки;
- 6) розвиненість ринку інновацій та інтелектуальної власності у галузі охорони здоров'я
- 7) гарантування з боку держави якісної медичної допомоги;
- 8) вільний вибір страхових фондів і постачальників медичних послуг.

Державній моделі охорони здоров'я (модель централізованого фінансування - системи Семашка та Беверіджа) притаманні наступні риси: основне джерело фінансування - загальні податкові надходження; оплата медичного обслуговування здійснюється з державного та місцевих бюджетів; податки

прогресивні; держава виступає власником більшості закладів охорони здоров'я здійснюючи функції управління фінансування та організації надання медичної допомоги населенню; органами державного управління регламентується загальна стратегія розвитку галузі та основні сторони економічної діяльності [3 с.18].

Модель Семашко була запропонована академіком М. О. Семашко. Характерна для радянських та пострадянських країн на початку 1990-х рр.

Ця модель характеризується принципами: безкоштовності, загальної доступності кваліфікованої медичної допомоги, профілактичної спрямованості діяльності, тісного зв'язку між медичною наукою та практикою.

Для моделі характерна жорстка державна форма управління контролю та відсутність вільного ринкового середовища. Характерною ознакою цієї моделі була наявність єдиного замовника медичної допомоги в особі держави.

Фінансування сфери охорони здоров'я здійснювалося за залишковим принципом, а формування - за централізовано визначеними нормативами (штату медичних працівників, ресурсів, фонду заробітної плати). Модель орієнтувалася на командно-адміністративний принцип: централізований механізм формування бюджету галузі, організація матеріально-технічного та фармацевтичного забезпечення на основі державного замовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів.

Це призвело до екстенсивного розвитку галузі, відсутності економічної зацікавленості медичного персоналу у раціональному використанні ресурсів та підвищенні якості медичної допомоги, слабкої орієнтації на споживача та відсутності конкурентного середовища серед постачальників медичних послуг. Ці чинники з розпадом Радянського Союзу й призвели до руйнування моделі охорони здоров'я.

Однак у більшості країн із перехідною економікою, після розпаду СРСР, гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не змінювалися, або були лише незначно модифіковані. Наприклад, в країнах східної Європи (Болгарії, Словенії, Естонії) на певний час були введені фіксовані співоплати пацієнтів за надані їм медичні послуги, розміри яких були незначними порівняно з вартістю наданих послуг. В Україні наприклад, відбулася «тонізація» фінансових відносин в сфері охорони здоров'я за рахунок прямої оплати населенням медичному персоналу вартості наданих медичних послуг. Як результат, характерною особливістю цих країн став «значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги та їх реальним фінансуванням» що потребував повної або часткової трансформації моделі фінансування та організації охорони здоров'я.

Проте існування такої моделі усуває недоліки ринкового механізму функціонування, на якій побудовані модель соціального медичного страхування та приватна модель: «система управління охороною здоров'я не потребує окремої незалежної структури замовника, то відповідає за збір коштів та представляє інтереси населення в кожному регіоні, тобто система фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний, територіальні та місцеві органи управління охороною здоров'я.

Модель Беверіджа (універсалістська модель, бюджетна модель) притаманна для таких країн, як Великобританія, Ірландія, Данія, Норвегія, Канада та ін.).

Модель була запропонована англійським економістом лордом У. Беверіджем основною ознакою якої була трансфертна система, побудована на принципі: багатий платить за бідного, здоровий - за хворого. Згідно з цим принципом, суспільство намагається сплачувати саме здоров'я нації завдяки оплаті медичних послуг, що направлені на його під-тримання [3 с.19].

Модель засновується на принципах універсальності доступу та безкоштовності медичної допомоги на основних етапах курсу лікування.

Основним джерелом фінансування охорони здоров'я є бюджетні асигнування.

У межах цієї моделі можливі дві форми фінансування охорони здоров'я:

1) через державні фонди, ресурси яких використовуються для фінансування закладів охорони здоров'я;

2) прямим фінансуванням закладі оминаючи державні фонди.

Використовується також додаткове доповнююче добровільне медичне страхування та співплата населення за окремі види медичних послуг (стоматологічні, офтальмологічні фармацевтичні, для яких встановлена фіксована оплата).

Для цієї моделі характерна чітка централізована система контракування, згідно з державними стандартами. При цьому функції центрального уряду та органів управління охороною здоров'я на місцях, як правило, чітко розмежовані. Розподіл відповідальності за надання медичної допомоги полягає в тому, що стратегічні питання розвитку охорони здоров'я вирішуються центральними органами управління, а організація та планування діяльності закладів охорони здоров'я на місцях делегується місцевим органам влади.

Система охорони здоров'я представлена наступними ланками: сімейною медициною, лікарняною допомогою та суспільною охороною здоров'я. Характерна орієнтація на первинну медико-санітарну допомогу. Так, наприклад у більшості країн Західної Європи, первинна медична допомога фінансово та оперативно відокремлена від вторинної.

На відміну від моделі Семашко, для моделі Беверіджа притаманне конкурентне середовище. Проте суттєвою характеристикою є обмеження

ринкових відносин між постачальниками та покупцями медичних послуг (тобто лікарем та пацієнтом).

Внутрішній ринок працює через територіальні відділи охорони здоров'я та лікарів загальної практики - фондотримачів, які укладають контракти з закладами охорони здоров'я всіх форм власності та узгоджують між собою обсяг медичної допомоги. При цьому лікарі загальної практики отримують річний бюджет, який включає кошти на лікувальну, профілактичну, реабілітаційну діяльність і на оплату всіх видів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. Крім того, їм надають цільові виплати за надання медичних послуг людям певного віку (вакцинація, контрацепція тощо). Це сприяє ефективному використанню ресурсів, адекватному розподілу витрат на охорону здоров'я та стимулюванню лікарів до надання якісної медичної допомоги та активної профілактичної роботи.

Система оплати праці лікарям загальної практики поєднує «подушну» (принцип «гроші - за пацієнта») та гонорару оплати: рівень подушної оплати визначається чисельністю та віком прикріпленого до лікаря населення. Регулювання кількості та структури медичного персоналу відбувається відповідно до потреб споживачів. Стаціонари фінансуються шляхом формування річного бюджету під визначений обсяг діяльності (глобальний бюджет). Широкого застосування набули денні стаціонари хірургічного профілю (хірургія «одного дня»), що пов'язано зі зниженням собівартості лікування (на 30% нижче) у порівнянні з традиційними стаціонарами.

Отже, до основних переваг державної системи охорони здоров'я, а саме системи Беверіджа належать:

- 1) високий рівень державного управління та регулювання системою, що забезпечує якість медичної допомоги,

- 2) загальна доступність та рівний доступ для всіх верств населення-забезпечення принципу соціальної справедливості,
- 3) безоплатність медичної допомоги,
- 4) забезпечення співвідношення “якість медичної допомоги - помірна вартість медичних послуг”
- 5) високий рівень економічності за рахунок стримування державою зростання витрат на охорону здоров'я завдяки макроекономічним важелям впливу,
- 6) прозорість фінансових потоків та контроль над використанням коштів постачальниками медичних послуг,
- 7) підзвітність суспільству.

Проте існує ряд недоліків - дефіцит бюджетного фінансування для матеріально-технічного оновлення системи охорони здоров'я, відсутність можливості вільного вибору лікаря та часу візиту до нього, наявність черг, бюрократизація відносин, обмеженість прав закладів охорони здоров'я, плінність кадрів.

Державні системи, як правило, зазнають приватного фінансування та підвищення частки зборів зі сторони населення незалежно від наявності приватного страхування. Особливо чутливою така модель є в часи фінансової кризи.

Іншим не менш важливим недоліком є значна залежність від мінливих політичних пріоритетів і “політична ціна” для владних органів у вигляді зростання суспільного незадоволення та критики зі сторони постачальників медичних послуг. Тому витрати, які направляються на бюджетну модель, як правило, залежать від політичних пріоритетів.

Приватна модель фінансування охорони здоров'я (модель приватного страхування) побудована на основі лібертарної концепції (вклад громадянина у

суспільний добробут визначає його доступ до соціально важливих благ) та ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування.

Модель характеризується наступними ознаками:

- 1) основне джерело фінансування - особисті кошти громадян (пряма оплата, премії добровільного медичного страхування, медичні депозитні рахунки співоплата медичних послуг);
- 2) відсутність єдиної системи державного медичного страхування;
- 3) премії добровільного медичного страхування встановлюються у відповідності до індивідуального ризику, суспільного і групового ризиків;
- 4) існує тісний зв'язок між індивідуальним ризиком та величиною премій і обсягом медичних послуг;
- 5) доступ для отримання медичної допомоги за загальнодержавними програмами обмежується віком, стажем роботи, соціальним статусом та місцем роботи;
- 6) здійснюється селекція серед бажаючих отримати медичну страховку (перевага надається здоровим, молодим, забезпеченим);
- 7) орієнтація на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу;
- 8) ціни на ринку охорони здоров'я регулюються законами вільного ринку;
- 9) різноманітність медичних послуг та їх постачальників.

Така модель характерна для США. Медичне забезпечення країни формується у відповідності до фінансових можливостей і потреб населення та за законами вільного ринку. Основним інструментом задоволення потреб населення в медичних послугах є ринок медичних послуг та добровільного (приватного) страхування [3, с.20]. Та частина населення, яке не в змозі придбати медичні послуги, підпадає під суспільні програми медичної допомоги, що розробляються та фінансуються державою.

Переваги такої моделі полягають у:

- 1) концентрації фінансових ресурсів у системі охорони здоров'я;
- 2) значних інвестиціях, які сприяють інноваційному розвитку галузі та підвищенню ефективності діяльності;
- 3) високому рівні заробітної плати медичних працівників;
- 4) багатосторонній системі контролю за якістю медичної допомоги.

Проте існують недоліки, серед яких порушення принципу соціальної справедливості у фінансуванні та доступі до медичних послуг, висока вартість медичних та фармацевтичних послуг, значні адміністративні витрати, що впливають на вартість медичної допомоги.

Підсумовуючи слід зазначити, що науковці пов'язують еволюційний розвиток національних систем охорони здоров'я з “ослабленням державних функцій щодо забезпечення медичного обслуговування”. В умовах глобалізації, адаптації та реформування моделі еволюціонують, запозичуючи принципи побудови, організації та регулювання діяльності. Сучасні моделі охорони здоров'я є високо адаптивними та гібридними. Такі процеси направлені на реалізацію основної мети системи охорони здоров'я - збереження та зміцнення здоров'я населення країни.

2.2. Організація охорони здоров'я в економічно розвинених країнах.

Враховуючи положення про існуючі національні системи охорони здоров'я, які мають особливості у різних країнах світу, необхідно системно проаналізувати організації охорони здоров'я в деяких країнах різних регіонів. Основними критеріями групування країн рейтингу є показники витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП та на душу населення .

Рейтинг трійки країн-лідерів за рівнем витрат на охорону здоров'я очолюють:

- 1) США (16,9% від ВВП, що подушно представляє 10246 дол. США на рік);

2) Швейцарія (12.2% від ВВП, що подушно представляє 9956 дол. США на рік);

3) Німеччина (11,2% від ВВП, що подушно представляє 5033 дол. США на рік).

При цьому, покриття населення необхідною медичною допомогою в цих країнах складає вище 80%.

Сформовано рейтинг країн за ефективністю охорони здоров'я. Цей рейтинг представлений на основі розрахунків за показниками: середня очікуваність життя при народженні, державні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП, вартість медичних послуг в перерахунку на душу населення. В ньому вже враховується якісна структура процесу надання медичної послуги, на відміну від попереднього. Так за цим рейтингом, країни, які займали лідерські позиції в рейтингу за витратами, займають такі позиції із 56 країн, що були оцінені- США - 55, Швейцарія -12, Німеччина - 45 [3 с.26]. За рейтингом ефективності охорони здоров'я провідні позиції обіймають:

1) Гонконг;

2) Сингапур;

3) Іспанія.

У 2019 році вперше було здійснено всебічну порівняльну оцінку охорони здоров'я у 195 країнах світу. В межах цього індексу аналізуються показники: про-філактики хвороб; виявлення епідемії та звітність щодо епідеміологічного стану в країні; швидкість реагування на поширення епідемії; якість системи охорони здоров'я та захист медичних працівників; відповідність міжнародним нормам; загальне ризикове середовище та вразливість країни до біологічних загроз. За цим рейтингом, країни-лідери рейтинг за показником витрат, займають наступні позиції: США -1; Швейцарія - 13; Німеччина - 14.

Складно стверджувати лише за цими показниками про рівень ефективності моделі охорони здоров'я в цілому в цих країнах, проте вони підтверджують той факт, що моделі охорони здоров'я цих країн надають медичну допомогу на високому рівні.

Національна система охорони здоров'я США.

Національна система охорони здоров'я США є унікальною серед країн з розвиненою економікою, в США довгий період часу не існувало єдиної системи охорони здоров'я та універсального охоплення населення медичною допомогою. Лише в 2010 році було здійснено реформування системи охорони здоров'я. Цю модель можна назвати гібридною - це комплекс роздроблених систем та програм, що фінансується, переважно, приватним шляхом.

Фінансування сфери охорони здоров'я в США представляє собою поєднання приват-ного страхування та покриття витрат із суспільних фондів для груп підвищеного ризику (пенсіонерів, інвалідів, незаможних громадян).

Проте незважаючи на те, що державне фінансування входить до вторинного фінансування системи охорони здоров'я США, варто відзначити що за офіційними даними державні кошти складають 46% у структурі джерел фінансування, страхові внески - 27%, тоді як індивідуальні платежі - 27%. Однак, за більш детальними розрахунками, державні джерела становлять до 60,5%. Отже, державне фінансування системи охорони здоров'я в США є значним та всеохоплюючо масштабним .

Система фінансування США не передбачає принципу солідарного субсидіювання між групами з різними доходами. Приватні страхові компанії обслуговують 73% громадян США, із них колективним медичним страхуванням через роботодавців охоплено 64% населення; самостійним, індивідуальним - 9%; зовсім не мають медичної страховки -16% населення.

Система охорони здоров'я представлена наступними ланками:

- 1) первинна медична допомога - лікарі цієї ланки складають близько 30% всього медичного персоналу США, більшість із них мають індивідуальні чи групові приватні кабінети. У пацієнтів є право вільного вибору лікаря, без необхідності реєстрації. Механізм оплати медичних послуг первинної та амбулаторної медичної допомоги, як правило представлений оплатою за надані послуги за рахунком.
- 2) амбулаторна допомога - вузькоспеціалізовані фахівці мають право займатися приватною практикою, а також працювати в лікарнях. Направлення на консультацію може бути від сімейного лікаря або без направлення. Проблемним є отримати консультацію вузькопрофільного фахівця для незастрахованого населення.
- 3) медична допомога у неробочий час. Такий вид допомоги на первинній медичній ланці обмежений (тільки 39% лікарів первинної ланки задекларували такий вид діяльної у 2018 році), частіше він надається відділеннями невідкладної допомоги. Більшість таких відділень є приватною власністю лікарів приватної практики, лише 25% - власність лікарень.
- 4) заклади охорони здоров'я - лікарняний сектор представлений: неприбутковими закладами, управління яких здійснюється релігійними або незалежними суспільними організаціями (близько 70%), комерційними, які підпорядковані великим приватним корпораціям (15%), державними, управління якими здійснюється державними органами (15%) [9].
- 5) Оплата послуг закладів охорони здоров'я здійснюється декількома способами: плата за послуги, добова плата, плата за пролікований випадок та групова оплата. При цьому оплата праці медичного персоналу

відбувається двома способами: за встановленим окладом та у більшості випадків - за надані послуги.

5. Довготривала медична допомога та соціальна допомога. Довготривала медична допомога та догляд надається неприбутковими, комерційними та державними постачальниками медичних послуг. Оплата здійснюється різноманітними способами, залежно від виду постачальника та платника медичних послуг.

Загалом в 2019 році в США середня заробітна плата лікарів на рік склала 313 тис дол. США: лікарі первинної ланки отримують від 207 до 258 тис. дол. США на рік., лікарі вторинної та третинної ланки - від 280 до 372 тис. дол. США на рік. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів становить близько 55%, а роботою - 91% .

Отже, не зважаючи на високий рівень витрат на охорону здоров'я у порівнянні з іншими країнами світу, у національній системі США існує проблема невідповідності співвідношення «витрати - результат», тобто з еко-номічної точки зору - неефективності системи: при високих витратах 70% усіх наданих медичних послуг припадає 10% населення.

Відтак, США незмінно займає низькі позиції в рейтингах серед інших розвинених країн світу, за показниками ефективності системи охорони здоров'я. Основною причиною цьому є відсутність універсального покриття медичної допомоги, що призводить до нерівності у доступі до медичної допомоги та медичних ресурсів серед різних груп населення.

Національна система охорони здоров'я в Швейцарії.

Національна система охорони здоров'я Швейцарії характеризується як модель соціального медичного страхування. Як зазначалося вище, за обсягами витрат у відсотках від ВВП Швейцарія займає друге місце в рейтингу країн-лідерів за витратами .

Національна система охорони здоров'я країни є децентралізованою: обов'язки та повноваження розподілені між федеральним, кантональним та муніципальними рівнями. Кожен з кантонів (їх - 26, у т.ч. 6 «напівкантони») мають свою власну конституцію та нормативно-правове законодавство, що регулює процедуру ліцензування постачальників медичних послуг, координує діяльність закладів охорони здоров'я, організацію та контроль над фінансуванням закладів охорони здоров'я.

Федеральний уряд відіграє важливу роль у процесі: (1) регулювання фінансового механізму в системі охорони здоров'я, основними джерелами якого є обов'язкове медичне страхування та інші програми соціального страхування; (2) забезпечення якості та безпечності фармацевтичних препаратів та медичного обладнання; (3) контролю над Ініціативами в суспільній сфері охорони здоров'я; (4) стимулюванні науково-дослідної діяльності в сфері охорони здоров'я.

Муніципальні органи влади відповідають за процес надання довготривалої медичної допомоги (будинки престарілих, хоспіси, будинки інвалідів, надання послуг домашнього догляду) та інших послуг з соціальної підтримки соціально незахищених груп.

Медичне страхування в Швейцарії може бути класифіковано за двома групами:

1) державне медичне страхування. Усі державні витрати на охорону здоров'я фінансуються через загальну систему оподаткування.

2) приватне медичне страхування. У Швейцарії існує система додаткового добровільного медичного страхування, якій належить 7,2% від загальних витрат. Добровільне медичне страхування покриває витрати на медичні послуги, що не включені до основного пакету обов'язкового медичного страхування, а також покриває додаткове страхування свободи вибору лікаря в

будь-якому закладі охорони здоров'я, а також більш високий рівень комфорту під час перебування у стаціонарі.

На відміну від державних страхових компаній, страхувальники у сфері добровільного медичного страхування - це прибуткові організації, проте у кожного з них, як правило, існує некомерційна філія, що пропонує програми обов'язкового медичного страхування.

Обов'язкове медичне страхування охоплює медичні послуги більшості лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів, а також широкий перелік фармацевтичних та медичних виробів; послуги з догляду вдома; фізіотерапію (за призначенням) та деякі профілактичні заходи, включаючи витрати на окремі послуги з вакцинації, загального медичного огляду та обстеження для раннього виявлення захворювань серед певних груп ризику.

Також, в Швейцарії була створена некомерційна Організація з пропаганди здорового способу життя, яка фінансується за рахунок внесків в обов'язкове медичне страхування, та допомагає Федеральному управлінню охорони здоров'я та кантональним органам влади за напрямом профілактики та зміцнення здоров'я та забезпечує інформування спільноти щодо питань охорони здоров'я.

У червні 2015 року було прийнято закон стосовно національного електронного обліку пацієнтів - eHealth Suisse. Порівнюючи будь-який список заробітних плат у світі, Швейцарія займає провідні позиції в них. Так, середня заробітна плата на рік для лікарів становить з 240 тис дол. США .

Система охорони здоров'я Швейцарії представляє собою складну комбінацію державних та приватних структур. Складність та фрагментарність цій системи є однією із причин, яка підтверджує, що охорона здоров'я країни знаходиться серед найдорожчих у світі.

Національна система охорони здоров'я Німеччини. Національна система охорони здо-ров'я в Німеччині є децентралізованою системою медичного страхування (Модель Бісмарка). Уряд Німеччини - Бундестаг - не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює політичні умови для функціонування системи медичного страхування, а також здійснює контроль за системою [24].

До власності уряду федеральних земель належить більшість університетських клінік, муніципальні органи також відіграють значну роль в національній системі охорони здоров'я: вони володіють приблизно половиною лікарняних ліжок. Однак, різні рівні державної влади не мають прямого впливу на фінансування та надання медичної допомоги. В значній мірі регулювання передано самокерованим асоціаціям фондів медичного страхування та асоці-аціям постачальників медичних послуг, яких представляє Об'єднаний Федеральний Комітет.

Важливу роль в організації системи охорони здоров'я в Німеччині відіграє Федеральне Міністерство охорони здоров'я, яке несе відповідальність на державному рівні за формування нормативно-правової бази, стратегії, програм, планів розвитку та адміністративних заходів для функціонування галузі.

Медичне страхування є обов'язком для всіх громадян, а також постійних резидентів країни, та реалізується через дві системи, а саме:

1) некомерційні страхові організації - лікарські каси (фонди медичного страхування - станом на січень 2016 року 118 фондів), що представляють собою незалежні самокеровані організації;

2) приватні медичні страхові компанії.

Медичне страхування в Німеччині існує у двох видах:

1) державне медичне страхування (обов'язкове);

2) приватне медичне страхування як альтернатива обов'язковому.

Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я у відсотках до ВВП складає 11,2%, серед яких 74% - це державні витрати, де переважна більшість - це обов'язкове медичне страхування (58% від загальних витрат).

Фонди медичного страхування фінансуються за рахунок обов'язкових вкладень, що стягуються як відсоток від заробітної плати без вирахування податків. Страхове покриття універсальне для всіх резидентів країни. Усі працюючі громадяни (та інші групи населення, наприклад пенсіонери), які отримують менше, ніж 56 250 євро на рік, та їхні утриманці - безкоштовно (наприклад діти), отримують в обов'язковому порядку медичне страхування. Громадяни, заробітна плата яких без вирахування податків перевищує граничне значення, можуть залишатися в системі державного медичного страхування на добровільній основі (75% так і роблять) чи можуть придбати добровільне приватне медичне страхування.

Таким чином, близько 86% населення отримують первинне медичне страхування через систему обов'язкового медичного страхування, та 11 % - через добровільне приватне медичне страхування.

Іноземці-туристи також не мають право на отримання державного обов'язкового страхування, біженці та мігранти без документів отримують соціальне страхування на випа-док гострої хвороби чи болю, а також вагітності та пологів.

У системі охорони здоров'я Німеччини працює кожен десятий житель країни, що вже свідчить про високий престиж цієї галузі. Лікарями можуть стати тільки дійсно кращі з кращих, що обумовлено високою конкуренцією і глибоким відбором кандидатів. Тому і заробітна плата лікарів у Німеччині завжди знаходиться на верхніх позиціях рейтингу оплати праці.

Загалом у 2019 році в Німеччині середня заробітна плата лікарів на рік склала 170 тис. дол США. Рівень задоволеності та справедливості заробітною платою у лікарів Німеччини становить близько 45%, а роботою - 93% .

Загалом модель охорони здоров'я Німеччини є однією з найбільш ефективних у світі.

Отже, проаналізувавши національні системи охорони здоров'я різних країн світу, можна впевнено стверджувати, що не існує єдиної універсальної системи охорони здоров'я. Кожна країна шукає свої власні шляхи удосконалення охорони здоров'я та якості медичної допомоги населенню. Проте важливо зауважити, що такі процеси мають зайняти особливе провідне місце в національній політиці країни та стратегії її розвитку, оскільки людські ресурси є основним капіталом розвитку будь-якої країни.

2.3. Фінансування системи охорони здоров'я країни.

Державні витрати країни на охорону здоров'я становлять 3,2% ВВП) у 2019 році, значно поступаючись центральноєвропейським сусідам, хоча й вищі за середні для країн із низьким і середнім рівнем розвитку згідно з даними Організації економічного співробітництва та розвитку. Частка загальних бюджетних видатків, що виділяються на охорону здоров'я, майже на 5% нижча, ніж у країнах Європи. Проте внесені у 2020 році зміни до бюджету внаслідок впливу пандемії COVID-19 збільшили частку державного бюджету, що виділяється на охорону здоров'я, до 11,0%. Бюджетний план на 2021 рік передбачає подальше збільшення частки охорони здоров'я до 11,2% державного бюджету. Україна продовжує покладатися в першу чергу на загальні податкові надходження як єдиний пул для фінансування ПМГ.

Витрати на охорону здоров'я на душу населення зросли в реальному вираженні (на 20% з 2015 по 2020), але це збільшення частково пояснюється

скороченням чисельності населення (2,9% за проаналізований період) і було набагато повільнішим, ніж економічне зростання. Таким чином, витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП значно скоротилися (з 3,6% до 3,0%, з 2015 по 2020 рік, що дорівнює майже 15%), що означає, що державні витрати на охорону здоров'я зростали набагато повільніше, ніж економіка. Видатки на охорону здоров'я в Україні щороку зростають, але досі не наближаються до світових показників щодо частки ВВП. Так, у 2021 році видатки на послуги, які покриваються ПМГ для спеціалізованої медичної допомоги, зросли майже вдвічі (86 млрд у 2021 році проти 49 млрд у 2019 році). Загальні видатки на ПМГ у 2021 році становлять близько 3% ВВП [4].

Охоплення добровільним медичним страхуванням залишається низьким. Чинні програми добровільного медичного страхування направлені на корпоративних клієнтів, а висока вартість стандартних медичних полісів обмежує придбання більшою частиною населення.

Оскільки Програма медичних гарантій працює менше ніж три роки, ще рано говорити про її вплив на рівень фінансового захисту громадян. У 2019 році показник поширеності витрат «з кишені» пацієнтів становив 16,7%, що є одним із найвищих показників у Європі. Найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога. Згідно з проведеним дослідженням, неформальні платежі залишаються високими. За даними соціологічного дослідження «Індекс здоров'я. Україна» [12], у 2019 році 62,6% споживачів амбулаторної допомоги мали витрати, безпосередньо пов'язані з їхнім останнім амбулаторним візитом. Майже дві третини (63,2%) тих, хто проходив стаціонарне лікування, під час останньої госпіталізації платили за товари медичного призначення, 36,1% — на рахунок благодійного фонду або іншої організації, 31,3% — у касі згідно з офіційними правилами і чверть

(25,5%) — неформально («у конверті» з рук у руки) або робили подарунок лікарю чи іншому медичному персоналу.

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) визначає перелік та обсяг медичних послуг (включно з медичними виробами) та лікарських засобів, повну оплату, надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [21].

У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) основні види стаціонарної медичної допомоги за направленням лікаря загальної практики - сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста, включаючи лікарські засоби для стаціонарної та екстреної медичної допомоги, вартість яких відшкодовується через встановлений державою механізм оплати відповідних видів медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;

8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами .

Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України [22].

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Звуження програми медичних гарантій, як правило, не допускається.

Програма медичних гарантій розроблена з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Порядок розробки програми

медичних гарантій розробляє МОЗ за погодженням з Міністерством фінансів України.

Щороку програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України. При цьому обсяг коштів на реалізацію програми щорічно визначається у законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту у розмірі не менше 5% ВВП.

Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Механізми реформування системи охорони здоров'я.

Протягом 2022 року урядом країни було ухвалено ряд галузевих законів, які покликані на врегулювання реформування СОЗ розпочатої в попередні роки, зокрема, розвитку спроможної мережі лікарень. Потреба у реорганізації лікарняної мережі була актуальною чи не з першого року незалежності. Країна витрачає на охорону здоров'я у двадцять шість разів менше, ніж середня країна ЄС й при цьому має другу за розміром мережу стаціонарів. Роздута, фінансово неспроможна, технологічно слабка мережа лікарень споживає величезні кошти, проте сотні лікарень існують скоріше за інерцією, ніж у відповідь на реальну потребу. Проведення етапу реформи у 2017-2019 по створенню госпітальних округів, які обслуговують 200-300 тисяч населення кожен, в умовах незавершеної адміністративно-територіальної реформи, не мало успіху [13].

У 2022 році прийнято Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги”, який затвердив поділ країни на госпітальні округи, які збігаються з межами областей. З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, в межах яких організовано комплексний доступ населення до стаціонарної медичної допомоги. Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу,

визначаються Кабінетом Міністрів України на основі потреб населення у медичній допомозі та забезпеченні комплексного надання медичної та реабілітаційної допомоги [20].

Органи місцевого самоврядування здійснюють планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, приймають рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я з урахуванням затвердженого у встановленому порядку плану розвитку госпітального округу [20].

Наступним кроком по реформуванню стало прийняття постанови КМУ від 28 лютого 2023 року № 174 “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я” [8], що затвердило порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж. Госпітальні кластери, які відповідають створеним у 2020 році новим районам.

Госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою забезпечення територіальної доступності до якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню.

Територіальна доступність забезпечується шляхом:

- поступового формування спроможної мережі для гарантованого своєчасного доступу населення до якісного медичного обслуговування;
- зміни структури та розширення послуг первинної медичної допомоги у громадах як найбільш оперативного та економічно доцільного механізму та удосконалення механізму доступу до медичних послуг;
- формування та забезпечення виконання плану розвитку госпітального округу;
- ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі, спрямованих на покращення доступу та якісної медичної та реабілітаційної допомоги;

-забезпечення фінансової стійкості закладу охорони здоров'я, що входить до спроможної мережі, яка визначається можливістю власника такого закладу забезпечити наявність необхідних функціональних потужностей, з метою забезпечення населення якісною спеціалізованою медичною допомогою в необхідних обсягах та з урахуванням наявного обсягу фінансових ресурсів.

Загальні витрати такого закладу на оплату праці з нарахуваннями у поточному місяці не повинні перевищувати 85 відсотків отриманих у поточному місяці коштів з урахуванням накопичених залишків;

-фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення їх матеріально-технічної бази, капітального ремонту та реконструкції відповідно до їх визначення в спроможній мережі;

-поступового вдосконалення транспортної доступності до закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі;

-розвитку аеромедичної евакуації в усіх областях;

-розвитку кадрової спроможності, підвищення продуктивності праці та забезпечення безперервності професійного розвитку працівників охорони здоров'я різних спеціальностей, мультидисциплінарних команд в різних сферах медичного обслуговування в межах госпітального округу.

У складі спроможної мережі визначаються:

-надкластерні заклади охорони здоров'я;

-кластерні заклади охорони здоров'я;

-загальні заклади охорони здоров'я;

-надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу;

-центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф із пунктами постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги [8].

Види багатoproфільних лікарняних закладів у складі спроможної мережі визначаються відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування (анестезіологія (інтенсивна терапія в невідкладних станах), неврологія, інфекційні хвороби, ортопедія і травматологія, терапія, хірургія).

Мінімальний (базовий) перелік напрямів медичного обслуговування може бути розширений рішенням власника багатoproфільного лікарняного закладу відповідно до потреб населення.

Загальні заклади надають базові лікарняні послуги, що найменше 6 видів, що обслуговують від 40 тис. населення і мають бути доступними у радіусі 60 км.

Кластерні лікарні обслуговують від 120 тисяч населення - в кожному районі має бути одна така лікарня, а якщо населення району перевищує 300 тисяч, кластерних лікарень може бути більше. Перелік послуг у кластерній лікарні ширший, їх 20, в закладах наявні вже більш вузькі спеціалізації.

Надкластерна лікарня охоплює населення цілого госпітального округу і є центром за такими напрямками, як онкологія, кардіологія, психіатрія, тощо. У закладах охорони здоров'я надкластерного типу повинно бути не менше 26 напрямків надання медичної допомоги (зазвичай це обласні лікарні).

Заклади охорони здоров'я, які не увійдуть до спроможної мережі можуть існувати самостійно, але їх забезпечення покладається на місцеву владу.

Таким чином, розроблена модель, дозволить закладам розвивати й посилювати можливості підприємств та, головне, забезпечити якісною медичною допомогою пацієнтів, з урахуванням умов сьогодення.

3.2. Напрямки трансформації закладів охорони здоров'я, створення спроможної мережі.

З урахуванням розробленої урядом моделі спроможної мережі закладів охорони здоров'я, можна спрогнозувати напрямки реформування закладів охорони здоров'я Полтавського кластеру.

Населення Полтавської області, яка є госпітальним округом, складає 1 352,3 тис. осіб, з яких 37,3% проживають у сільській місцевості. Обласний центр - місто Полтава, нараховує біля 279,6 тис. мешканців, а населення Полтавської територіальної громади становить 312 814 осіб, з площею території 547,8 км².

У структурі населення особи віком 0-14 років складають 14,0 %, а віком 65 років і старші - 18,1%. Природний приріст населення області протягом багатьох років є від'ємним та за підсумками 2021 року складає - 14,4 % .

Основні демографічні характеристики Полтавської області відображені в Додатку Б.

Середня очікувана тривалість життя при народженні в області складає 70,01 років, що в цілому дорівнює середньому показнику по Україні.

Сумарний коефіцієнт народжуваності в Полтавській області близько 0,995 (Україна - 1, 16). У 2021 році в області народилося 8,06 тис. дітей, що на 6,6% менше, ніж у попередньому році. Десятирічний аналіз показує, що темпи народжуваності в області відповідають всеукраїнським показникам та мають тенденцію до зменшення (наприклад, у 2011 році показник народжуваності по області становив 9,6 на 1000 населення, а у 2022 році 5,9 тренду та мають чітку тенденцію до зменшення).

Показник смертності населення Полтавської області зріс за останні роки. Загалом за 2021 рік показник смертності за даними держстату становить 27598 випадків, для порівняння у 2019 році показник складав 22915 випадків. У

структурі причин смертності населення хвороби системи кровообігу складають 70,5%, хвороби органів дихання - 14,3%, новоутворення 4,6% та інші зовнішні причини 5,4%, сюди увійшли нещасні випадки та навмисні самоушкодження. Дана відсоткова структура причин смертності є сталою на протязі декількох років (Додаток -В основні причини смертності у Полтавській області).

Якщо ж проаналізувати мережу закладів охорони здоров'я, які надають послуги стаціонарного лікування, можна стверджувати що наявна на сьогодні мережа є розгалуженою та такою, що формувалась під впливом місцевих чинників. Наразі вона нараховує 51 лікарню, загальні потужності ліжкового фонду яких становлять 9130 ліжок (дані на 01.01.2022 року). І хоча кількість стаціонарних ліжок у 2022 році дещо зменшилась у порівнянні із попереднім роком, але це суттєво не вплинуло на показник забезпеченості населення стаціонарними ліжками [1].

До прикладу, в Англії кількість лікувальних ліжок (загального профілю) на 1000 населення становить 1,52, в Польщі 3,94, в Україні 5,08, а в Полтавському госпітальному окрузі 5,78. Значним стимулом для модернізації закладів охорони здоров'я стала співпраця з НСЗУ, адже задля укладання того чи іншого договору на медичне обслуговування керівник комунального підприємства повинен виконати умови відповідності, які прописані в договорі. Найчастішими умовами є наявність певного виду обладнання та відповідність будівлі закладу затвердженим нормам доступності. За підсумками трьохрічної співпраці закладів з НСЗУ, можна впевнено назвати комунальні підприємства, які є конкурентоспроможними й ефективними в господарюванні.

Так, проаналізувавши ефективність роботи комунальних підприємств по напрямку співпраці з НСЗУ, слід зазначити, що Полтавська область в рамках Програми медичних гарантій - 2022, за надані медичні послуги отримала

відшкодування на загальну суму 5,344 млрд грн. Регіон є 10 (десятим) за обсягами коштів укладених договорів та проведених виплат після м. Києва [1].

Станом на листопад 2023 р. заклади охорони здоров'я області вже отримали від Національної служба здоров'я України (далі - НСЗУ) 4,158 млрд грн. З них 18,4 % пішло на фінансування первинної ланки, 9,7 %- на медичну допомогу дорослим і дітям в амбулаторних умовах, 8 %- на екстрену медичну допомогу, понад 2,1 % - на медичну допомогу при пологах та 1,3% на надання допомоги новонародженим, 2,2% - на медичну допомогу при гострому мозковому інсульті, 1% - на лікування гострого інфаркту міокарду. На організацію діяльності хірургічних стаціонарів було відшкодовано більше 15% від загальної суми отриманих коштів, а для надання медичної допомоги дорослим та дітям без проведення хірургічних операції - 18,5 %. На фінансування медичної реабілітації було витрачено близько 5 % від суми відшкодування НСЗУ.

Також, вагомий вплив на трансформацію медичної галузі мали процеси децентралізації та проведення адміністративної реформи. Відповідно до постанови Верховної Ради України від 17.07.2020 „Про утворення та ліквідацію районів" в області створено чотири райони, а саме: Полтавський, Миргородський, Лубенський, Кременчуцький. Ці зміни стали поштовхом для впровадження удосконалення системи охорони здоров'я в регіоні.

З метою гарантованого своєчасного доступу населення до якісної медичної допомоги та проведення оптимізації маршрутів пацієнта, відповідно до затверджених нормативних актів на рівні держави, Полтавською обласною військовою адміністрацією видано розпорядження № 518 від 01.08.2023 року “Про затвердження Спроможної мережі закладів охорони здоров'я Полтавського госпітального округу та Плану розвитку Полтавського госпітального округу на 2023 - 2025 роки”.

Головним завданням створення спроможної мережі є забезпечення ефективного розподілу функцій між закладами охорони здоров'я, що ґрунтується на регіоналізації спеціалізованої медичної допомоги з відповідною концентрацією технологій, належному робочому навантаженню на медичних працівників та економічній ефективності.

Відповідно затвердженій моделі, з метою доступу населення до базових спеціалізованих медичних послуг у складі Полтавського госпітального округу створено чотири медичних кластери, з урахуванням нових меж утворених районів та ТГ з певними особливостями (додаток Г).

Мережа виглядає наступним чином:

- **6 надкластерних закладів** та/або об'єднань, що надаватимуть високоспеціалізовану медичну допомогу населенню всієї області:
- 1) КП “Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради” з приєднанням КП “Обласна клінічна лікарня відновного лікування та діагностики, з обласними центрами планування сім’ї та репродукції людини, медичної генетики Полтавської обласної ради”, КП “Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно - рухового апарату Полтавської обласної ради”;
 - 2) КП “Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради” з приєднанням КП “Полтавський обласний центр терапії: залежностей Полтавської обласної ради”;
 - 3) КП “Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради”;
 - 4) КП “Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради”;

5) КП “Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний і диспансер Полтавської обласної ради” з приєднанням КП “Обласний центр профілактики, та боротьби з ВІЛ/СНІД Полтавської обласної ради”;

6) КП “Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради”.

8 кластерних багатoproфільних та спеціалізованих лікарень та/або об’єднань:

1) КП “1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради” з приєднанням КП “4-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”, КП “Перинатальний центр II рівня Полтавської міської ради”;

2) КП “2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради” з приєднанням КП “5-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”;

3) КП “Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”;

4) КНМП “Лікарня інтенсивного лікування “Кременчуцька” з приєднанням КНМП “Кременчуцька міська дитяча лікарня”, КП “Кременчуцький обласний онкологічний диспансер ПОР”, КНП “Кременчуцький перинатальний центр II рівня”;

5) КП “Лубенська лікарня інтенсивного лікування” Лубенської міської ради;

6) КП “Хорольська міська лікарня” Хорольської міської ради ;

7)КНП “Миргородська лікарня інтенсивного лікування” Миргородської міської ради”;

8) КП “Гадяцька міська центральна лікарня” Гадяцької міської ради.

16 загальних лікарень:

1) КП “3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”;

2) КП “Полтавська центральна районна клінічна лікарня Полтавської міської ради”;

3) КНП “Зіньківська міська клінічна лікарня Зіньківської міської ради”;

4)КНП “Кобеляцька міська лікарня Кобеляцької міської ради”;

- 5)КНП “Кременчуцька міська лікарня “Правобережна”;
- 6)КНП “Кременчуцька перша міська лікарня ім. О. Т. Богаєвського”;
- 7)КНП “Кременчуцька міська лікарня планового лікування” Кременчуцької міської ради;
- 8)КНП “Лікарня інтенсивного лікування I рівня м. Горішні Плавні” Горішньоплавнівської міської ради;
- 9)КНП “Глобинська міська лікарня Глобинської міської ради”;
- 10)КНП “Гребінківська міська лікарня Гребінківської міської ради”;
- 11)КП “Пирятинська лікарня Пирятинської міської ради”;
- 12)КП “Лохвицька міська лікарня” з приєднанням КНП “Чорнухинська лікарня Чорнухинської селищної ради”;
- 13)КНП “Карлівська лікарня ім. Л.В. Радевича”;
- 14)КП “Новосанжарська центральна лікарня Новосанжарської селищної ради Полтавського району”;
- 15)КНП “Решетилівська центральна лікарня Решетилівської міської ради”;
- 16)КНП “Чутівська центральна лікарня”.

Решта лікарень області, де надаються переважно терапевтичні послуги, залишаються на перехідному етапі. Актуальність необхідності та ефективності надання стаціонарних терапевтичних послуг у зазначених лікарнях буде переглянута протягом 2023-2025 років з урахуванням демографічних тенденцій, попиту на медичні послуги тощо. Додаток Д - моделювання мережі.

Наразі, розпочато інфраструктурний етап реформування, а саме затвердження сформованої моделі рішенням сесії на місцевому рівні, після чого розпочинаються процедури приєднання комунальних підприємств. Задачею такого об'єднання є збереження кадрового потенціалу закладів та ефективного функціонування й розширення медичних послуг. До прикладу серед міських закладів охорони здоров'я - Комунальне підприємство “Міська дитяча

стоматологічна поліклініка Полтавської міської ради” є монопрофільним закладом, який надає стоматологічні послуги дітям Полтавського району. Однак контракування по пакету медичних гарантій надання стоматологічної допомоги для монопрофільних закладів НСЗУ було забезпечено лише на 3 місці у 2023 року. Таким чином, заклад у 2023 році отримав за надані послуги лише 9 % від річної потреби для забезпечення функціонування всього підприємства. Решту потреби в коштах дофінансовує Полтавська міська рада.

Наразі, з метою раціонального використання можливостей державного забезпечення та задля збереження обсягів медичних послуг, які надають фахівці дитячої стоматології, відбувається процедура реорганізації та приєднання його до кластерного закладу - Комунального підприємства “Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради”.

У наступному році стоматологічне відділення, будучи в структурі кластерного закладу зможе надавати медичні послуги з дитячої стоматології, які будуть оплачуватимуться НСЗУ.

Інший приклад Комунальне підприємство “5-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради” являється закладом лише зі стаціонарним типом надання допомоги. Заклад має укладених лише 4 договори з НСЗУ, а сума отриманих коштів за 11 міс у 2023 році складає 30 % у порівнянні з минулим роком. Заклад дофінансовується з міського бюджету. Тому, приєднання до більш спроможного комунального підприємства “5-а міська клінічна лікарня” дозволить розширити в закладі перелік послуг, перепрофілювати частину ліжкового фонду у більш затребувані напрямки медичної допомоги та зберегти кадровий потенціал лікарні [11].

Таким чином, маючи велику мережу закладів охорони здоров’я, кількість лікарняних ліжок та лікарів, показники здоров’я населення значно відстають від рівня європейських країн. Українці частіше звертаються до лікарів та частіше і

довше лікуються в лікарнях, але при цьому мають значно більшу смертність та значно меншу середню тривалість життя.

Причини цього полягають не у кількісному дефіциті медичної інфраструктури (зокрема лікарень, лікарняних ліжок і медичних працівників), а в її якійсній відсталості (відсутності сучасного оснащення, застарілих підходах до лікування та організації праці, недостатньому робочому завантаженні).

Невід'ємною частиною успішної трансформації системи охорони здоров'я є медичні кадри. У Полтавській області в цілому відчувається брак медичних кадрів, разом з тим мають місце структурні диспропорції у забезпеченості лікарями та медичними сестрами у залежності від таких параметрів як місто або сільська місцевість, амбулаторна або стаціонарна медична допомога, первинна або спеціалізована медична допомога та розподіл фахівців всередині району.

Недостатня забезпеченість сучасним адмініструванням та менеджментом у сфері охорони здоров'я також стоїть на заваді запровадженню широко застосовуваних у світі нових високоефективних моделей організації медичної допомоги, що мають базуватися на принципах доказового управління. Від цього страждає ефективність використання ресурсів.

Яскравим прикладом є зумовлена цими причинами характерна для України нераціональна структура споживання медичних послуг. Достатньо згадати лише те, що частка витрат на стаціонарну медичну допомогу у структурі загальних видатків на охорону здоров'я становить більш як 52 %, тоді як у країнах - членах ЄС - в середньому лише 32,8 %.

Необґрунтовано переобтяжена в кількісному плані мережа лікарень, значна частина якої представлена малопотужними та мало завантаженими з точки зору обсягу послуг закладами, сама по собі є фактором, що становить загрозу як для якості надання медичної допомоги, так і для ефективності

використання ресурсів. Адже не варто очікувати якісних та безпечних послуг від хірурга, який здійснює у кращому випадку лише кілька серйозних операційних втручань на місяць. Так само не варто очікувати якісних та безпечних послуг від акушера-гінеколога, який приймає одні пологи на тиждень. Наслідком цього є висока відносна собівартість послуг та поступова втрата фахівцями кваліфікації і практичних навичок, які можна здобути лише працюючи «на потоці» у потужних добре оснащених лікарнях.

Неефективність витрачання коштів пов'язана передусім з їх витрачанням не за принципом «гроші ходять за пацієнтом», а за принципом «гроші ходять за інфраструктурою».

Таким чином, оптимізація мережі закладів охорони здоров'я, розподіл обсягів медичної допомоги між рівнями та регіоналізація надання медичної допомоги дозволять забезпечити реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ:

У роботі вирішено актуальне завдання обґрунтування трансформації галузі охорони здоров'я та напрямків удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах реформування.

1. Проаналізувавши систему державного регулювання охорони здоров'я в країні, слід зазначити що система є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я. Сучасна модель державного регулювання охорони здоров'я характеризується як децентралізована.
2. Законодавча база у галузі, як ключовий інструмент державного управління, на сьогодні, потребує удосконалення. Основною причиною наявності слабких сторін, застарілих, але діючих нормативно-правових актів є деяка невідповідність зі змінами, які впроваджуються реформою.
3. Вивчивши моделі та системи охорони здоров'я, слід відзначити, що в умовах глобалізації, адаптації та реформування, моделі країн світу еволюціонують, запозичуючи принципи побудови, організації та регулювання діяльності. Не існує єдиної універсальної системи охорони здоров'я, кожна країна шукає свої власні шляхи удосконалення охорони здоров'я та якості медичної допомоги населенню.
4. Встановлено, що система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою. Таку ситуацію обумовлюють глибинні недоліки, накопичені у національній системі охорони здоров'я через відсутність модернізації, ігнорування потреб населення, невикористання сучасних світових тенденцій, неефективної роботи системи. Мережа лікарень споживає величезні кошти, проте сотні лікарень існують скоріше за інерцією, ніж у відповідь на реальну потребу.

5. Середня тривалість життя населення й показники смертності значно перевищують рівень європейських країн, що свідчить про недосконалість та проблеми в галузі.
6. Показано, що стратегія та основні напрями і терміни проведення реформи охорони здоров'я визначені Законами України і полягають в запровадженні сучасної системи фінансування закладів охорони здоров'я та структурній перебудові системи надання медичної допомоги населенню.
7. Для впровадження реформи, органам управління необхідно розподілити обсяги надання медичної допомоги й маршрути пацієнта, з урахуванням визначених рівнів та кластеризації закладів охорони здоров'я.
8. Розбудова спроможної мережі закладів охорони здоров'я Полтавського госпітального округу, здатної забезпечувати надання комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги на засадах доказової медицини та кращих медичних практик.
9. Впровадження цільових обов'язкових скринінгових програм для різних вікових груп, розроблених на принципах доказової медицини для забезпечення ранньої діагностики захворювань та попередження їх розвитку.
10. Впровадження системи управління якістю в охороні здоров'я на всіх рівнях надання медичної допомоги, забезпечить отримання пацієнтом якісної та доступної послуги.
11. Створення нових інституцій, органів управління та реформування системи фінансування медичної галузі, змінили підходи до організації роботи медичних закладів. Наразі в країні відбувається фактично створення нової системи охорони, яка має відповідати основним пріоритетним напрямам державної політики - **якість, доступність, безоплатність** медичних послуг для пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналітична панель НСЗУ [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. – Режим доступу: <https://nszu.gov.ua>
2. Бетлій О. Чи вирішить обов'язкове медичне страхування проблеми системи охорони здоров'я. VoxUkraine: веб-сайт. URL:<https://voxukraine.org/uk/problemy-systemy-ohorony-zdorovia>
3. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я монографія. Херсон, 2020 с. 13- 30
4. Бюджетний Кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI. Редакція від 01.01.2023 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>.
5. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2007, 720 с.
6. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. Вісник Національної академії правових наук України. 2014.№1(76).С.103-111.
7. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я. Тернопіль:Академкнига, 2000.312 с.
8. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я від 28.02.2023 року № 174 [Електронний ресурс] / Урядовий портал - Режим доступу:<https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174>
9. Долот В. Д. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: вступ до проблеми: [Монографія] / Долот В.Д. Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України. - 2005. - № 1, с. 57-63.

10. Долот В. Д. Основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012.№12.URL:<http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=657>
- 11.Звіт НСЗУ про виконання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за 2022 рік та 11 міс. 2023 року [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Національної служби здоров'я України. – Режим доступу: <http://nszu.gov.ua/storage/files/zvit-nszu-30.pdf>
12. Індекс здоров'я. Україна — 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020.
- 13.Інтерв'ю заступника Міністра охорони здоров'я з питань євроінтеграції О. Яременка «Реформа охорони здоров'я: госпітальні округи, кластеризація лікарень» Режим доступу <https://www.youtube.com/watch?v=Mr0lGBzLHQU&t=147s>
14. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Редакція від 01.01.2020 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр/page>
- 15.Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 №1013-р. Редакція від 01.01.2019 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Кабінету Міністрів України. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016>
- 16.Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Редакція від 01.10.2023 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

17. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2022 р. № 1464 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році” Редакція від 30.06.2023 року [Електронний ресурс] https://zakononline.com.ua/documents/show/511984__757534
18. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 6 квітня 2017 р. № 2002-VIII/Кабінет Міністрів України; Комітет з питань охорони здоров'я. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
19. Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27.12.2017 № 1101. Редакція від 01.07.2023 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Кабінету Міністрів України. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.
20. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги від 01.07.2022 № 2347-IX. [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#doc_info
21. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Редакція від 01.01.2023 [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
22. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні [Електронний ресурс] / Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

23. Рудий С.А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. Економіка і право охорони здоров'я. 2016 № 2(4). С.89-99.
24. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. Forisurer: веб сайт. URL:<https://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>
25. Слабкий Г. О. Госпітальні округи: реальність і ризики їх створення: [Монографія] / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, А. І. Зозуля. Україна. Здоров'я нації. 2012. № 3 (23) с. 261-265
26. Слабкий Г.О. Критерії класифікації закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації. Міністерство охорони здоров'я України. Український інститут стратегічних досліджень. Київ, 2010. 21 с.
27. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Навчально-довідкове видання/В.М. Пономаренко, А.Б. Зіменковський, С.Д. Пономаренко, Т.С. Грузєва, Г.В. Курчатов; Під заг. ред. В.М. Пономаренко. Київ; Львів: Ліга-Прес, 2003. 100с
28. Устинов А.В. Медична реформа: відомчі медичні заклади стануть доступними для всіх громадян. Український медичний часопис online. Актуальні питання медичної практики: веб-сайт. 2019
29. Швайка Л.А. Державне регулювання економіки: Навчальний посібник. Київ: Знання, 2006. 435 с.
30. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід // Юридичний вісник. Повітряне і космічне право. 2018. № 2 (47). С. 116–120.

Додаток А

Наукові праці автора за темою кваліфікаційної роботи

Квачан Антоніна Сергіївна

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
магістрантка спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Трансформація закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі

Протягом останніх років в системі охорони здоров'я нашої країни відбулися вражаючі зміни, а саме: запроваджено програму медичних гарантій та програму реімбурсації «Доступні ліки», створено такі національні агенції, як Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я України. тощо. Принцип «гроші слідують за пацієнтом» став основою змін у фінансуванні системи охорони здоров'я, починаючи з первинної медичної допомоги, а згодом стаціонарної допомоги, а також основою покращення доступу до основних лікарських засобів. Хоча це й вагомі зміни, але на сьогодні перед системою охорони здоров'я все ще постає багато викликів.

4 березня 2023 року набрала чинності постанова Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 року №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я».

Відповідно до Порядку функціонування госпітального округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж (далі Порядку), затвердженого постановою, спроможна мережа закладів охорони здоров'я (далі спроможна мережа) – це мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних станів чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів.

У складі спроможної мережі визначаються:

- надкластерні заклади охорони здоров'я;
- кластерні заклади охорони здоров'я;
- загальні заклади охорони здоров'я;
- надавачі медичних послуг, які надають первинну медичну допомогу;
- центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Критеріями віднесення до того чи іншого виду закладу охорони здоров'я є перелік мінімальних (базових) напрямків медичного обслуговування, які визначені Порядком. Так, надкластерний – це багатопрофільний лікарняний заклад, який надає медичну допомогу за 28 напрямками медичного обслуговування та визначається один на госпітальний округ. Кластерний заклад повинен мати мінімум 20 напрямків надання медичної допомоги та створюється на території обслуговування не менше ніж 150 тис осіб. Загальний заклад охорони здоров'я надає медичну допомогу мінімум за 6 напрямками медичного обслуговування та обслуговує понад 40 тис. населення.

Госпітальні округи з поділом на госпітальні кластери функціонують з метою забезпечення територіальної доступності до якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню.

Межами госпітального кластеру, в якій він функціонує, є район.

Відповідно до постанови Уряду обласні військові адміністрації подають на затвердження в МОЗ власне бачення плану госпітального округу та формування спроможної мережі з урахуванням розвитку закладів первинної медичної допомоги та пунктів базування екстреної медичної допомоги.

Разом зі спроможною мережею медзакладів кожна область має сформувати план розвитку госпітального округу, який буде переглядатися раз на 3 роки. Це та дорожня карта з чітко визначеними кроками, за якою розвиватиметься госпітальний округ. Наразі реформа розпочалася на території 18 областей.

Таким чином, заклади охорони здоров'я Полтавської міської територіальної громади входять до Полтавського кластеру.

Полтавська міська територіальна громада (ПМТГ) – територіальна громада в Полтавському районі Полтавської області, з адміністративним центром у місті Полтава. Полтавська міська територіальна громада є однією із 24 територіальних громад, які увійшли до складу Полтавського району Полтавської області.

Площа Полтавського району складає 10844,2 км² (37,8% від площі області), населення налічує 595,9 тис. осіб (2020 рік).

До складу Полтавського району входять 24 територіальні громади, у тому числі 5 міських, 8 селищних і 11 сільських громад.

Згідно до встановлених критеріїв у відповідності до напрямків медичного обслуговування сформовано проект моделі спроможної мережі. Для забезпечення необхідного переліку базових напрямків медичного обслуговування планується об'єднання міських закладів охорони здоров'я.

Міські заклади охорони здоров'я розподілені відповідно до запропонованих критеріїв. Після отримання відповідних розпорядчих документів щодо затвердження запропонованої спроможної мережі, з метою забезпечення розширення медичних послуг та покращення якості надання медичної допомоги, буде розпочата процедура реорганізації закладів шляхом приєднання, відповідно до затвердженої моделі.

Підсумовуючи, реалізація заходів реформи галузі охорони здоров'я, насамперед, спрямована на забезпечення доступності, якості та безоплатності медичної допомоги для всіх категорій населення.

Література:

1. Трансформація системи охорони здоров'я як складової національної безпеки України / О.Є. Бурцева // Вісник економічної науки України. — 2020. — № 2 (39). — С. 123-127.
2. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Каб. Міністрів України від 28.02.2023 № 174 URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я Закон України редакція від 28.05.2023 №2801-XII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

Додаток Б

Демографічні характеристики Полтавської області

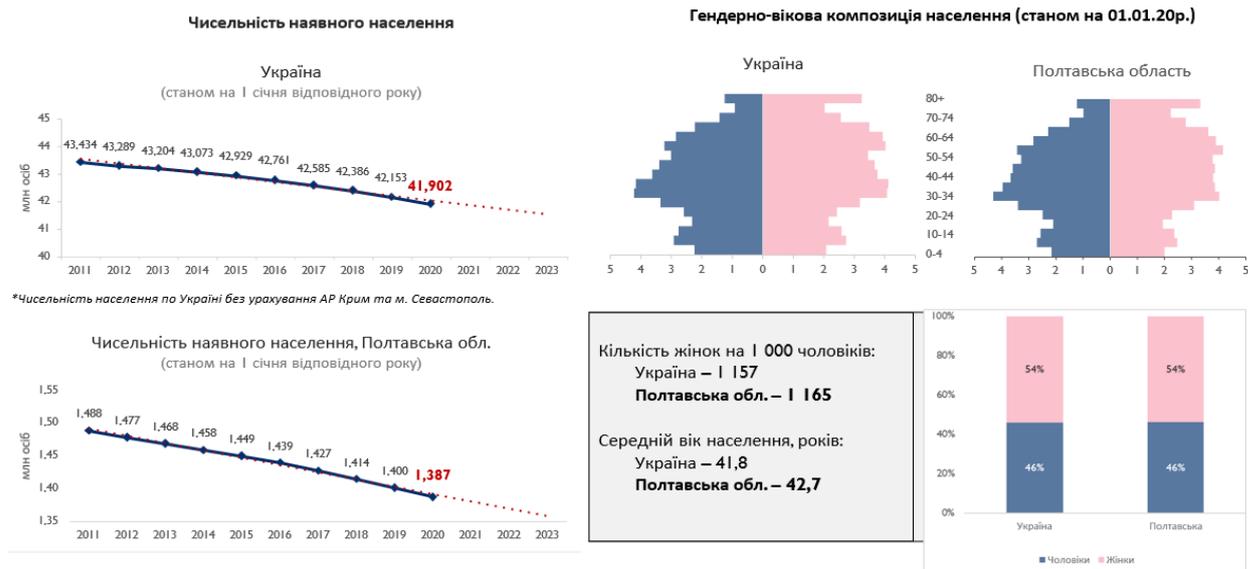


Рис 3.1. - Демографічні характеристики Полтавської області
(розроблено в рамках проекту USAID)

Додаток В

Основні причини смертності у Полтавській області, 2019 р.

Смертність (кількість померлих на 100 тис. населення)

Україна – 1 472,7 /581 114 (абс. /кількість)

Полтавська область – 22 915/16,4 (абс. /кількість)

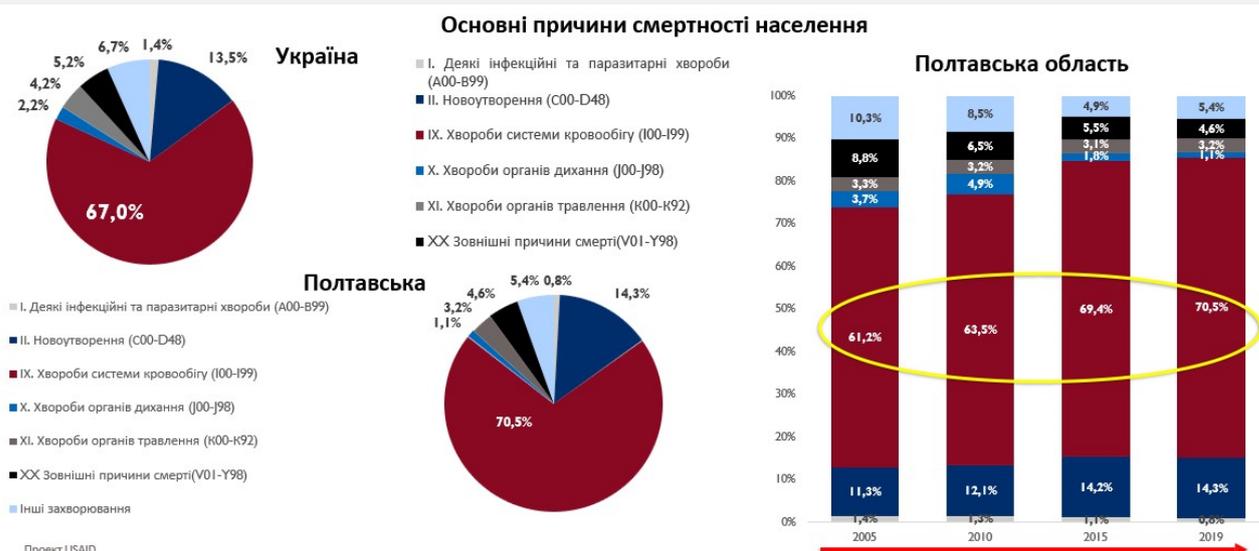
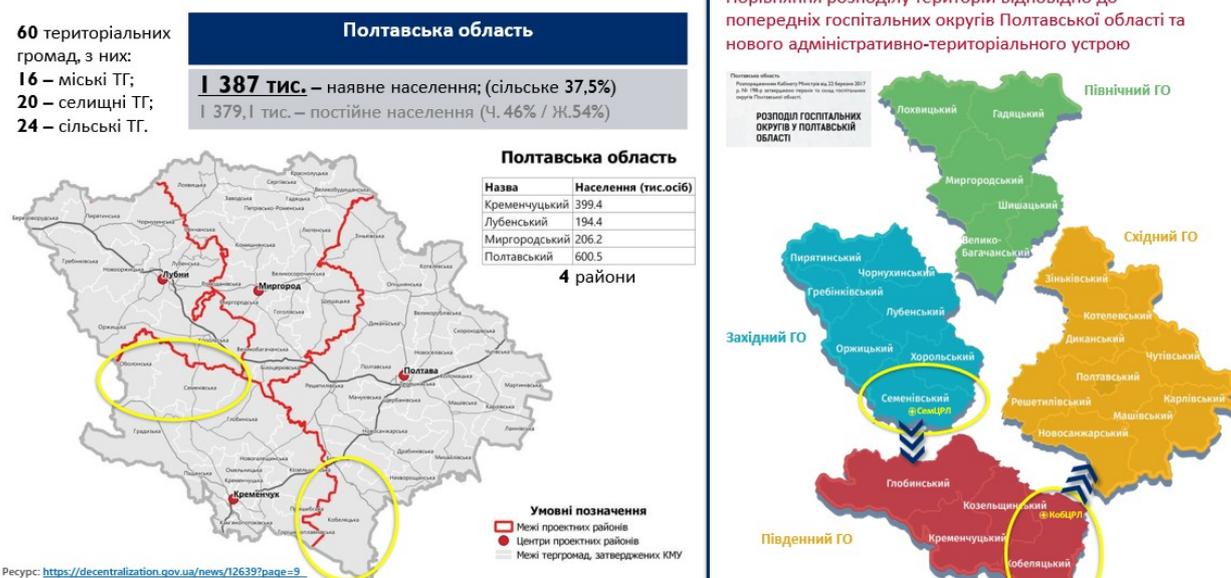


Рис. 3.2. Основні причини смертності у Полтавській області
(розроблено в рамках проекту USAID)

Додаток Г

Новий адміністративно-територіальний устрій та історичний контекст ГО
Полтавської області

**Рис. 3.3. Адміністративно-територіальний устрій та розподіл
госпітальних округів
(розроблено в рамках проекту USAID)**

Додаток Д



Рис. 3.4. Моделювання кластерної мережі
(розроблено в рамках проекту USAID)



ПОЛТАВСЬКА МІСЬКА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
вул. Соборності, 36, м. Полтава, 36000, тел./факс (0532) 56-90-74
E-mail: poltava_gorzdrav@rada-poltava.gov.ua
Код ЄДРПОУ 43434187

18.12.2023 р. № 01-08-01.2-14/_____ -03

На _____ від _____

РЕЦЕНЗІЯ

**на кваліфікаційну магістерську роботу за темою:
«Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах
реформування», розробленою студенткою магістратури
спеціальності 281«Публічне управління та адміністрування»
Національного університету «Полтавська політехніка
імені Юрія Кондратюка» Квачан Антоніною Сергіївною**

Магістерська робота

на тему «Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах реформування» виконана з урахуванням актуальності змін в роботі системи охорони здоров'я для населення країни.

Автор ставить та реалізує складне завдання аналізу причин, завдань та ресурсів реформи в Україні, організаційно - правові засади управління системою охорони здоров'я, досвід розвинутих країн світу в сфері охорони здоров'я. Проаналізовано сучасний стан та моделі надання медичних послуг в Україні, виокремлено проблеми та завдання розвитку системи охорони здоров'я.

Значну увагу приділено зміні принципів системи фінансування галузі та особливостям її модернізації.

Охарактеризовано основні етапи реформування системи охорони здоров'я та механізми її оптимізації (впровадження державного гарантованого

пакета медичної допомоги; створення Національної служби здоров'я України – центрального органу виконавчої влади, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги; запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я – за принципом «гроші ходять за пацієнтом»; впровадження е-урядування; удосконалення системи прозорості та ефективної закупівлі ліків; створення нових можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я тощо).

Автором у кваліфікаційній роботі зосереджено увагу на впровадженні сучасного етапу реформування – інфраструктурного. Наявна розгалужена мережа лікарень, призводить до нераціонального використання ресурсів ліжкового фонду. Наразі впроваджується етап реформи, який формує спроможну мережу закладів охорони здоров'я шляхом їх об'єднання. Відповідно до напрямків надання медичної допомоги та кількості населення, яке підлягає обслуговуванню, заклади охорони здоров'я поділяються на кластери.

Важливим є використання автором в магістерській роботі матеріалів по реформуванню галузі охорони здоров'я, які вивчені під час проходження практики в Департаменті охорони здоров'я Полтавської міської ради.

Магістерська робота виконана на належному науково-методологічному рівні на основі вивчення нормативно-правових актів та напрацювань науковців. Робота виконана самостійно, в повній мірі відповідає всім поставленим вимогам та заслуговує позитивної оцінки.

Заступник директора
Департаменту охорони здоров'я -
начальник Управління охорони здоров'я
Полтавської міської ради,
кандидат медичних наук

Лариса УХНАЛЬ

Д О В І Д К А

**про впровадження результатів магістерського дослідження за темою:
«Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах
реформування», розробленою студенткою магістратури
спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування»
Квачан Антоніною Сергіївною у діяльність Департаменту охорони
здоров'я Полтавської міської ради**

Матеріали магістерської роботи Квачан А.С. на тему «Напрямки удосконалення роботи закладів охорони здоров'я в умовах реформування» використовуються в роботі Департаменту охорони здоров'я Полтавської міської ради для забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я на території міста.

Зокрема, теоретичний матеріал та аналіз нормативно-правових актів щодо розробки та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення використано для підготовки матеріалів до міських програм по галузі охорони здоров'я, а також будуть враховані при написанні Стратегії розвитку галузі охорони здоров'я на 2024-2025 роки.

Рекомендації Квачан А.С. враховані в роботі Департаменту охорони здоров'я при моделюванні спроможної мережі та формування Полтавського кластеру.

Заступник директора
Департаменту охорони здоров'я
Полтавської міської ради -
начальник управління охорони здоров'я
Полтавської міської ради,
кандидат медичних наук

Лариса УХНАЛЬ

«_____» _____ 20 ____ p.