

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

Кваліфікаційна робота

на тему: «**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**
(на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР»)»

Виконав:

студент академічної групи 201м – ДС
освітньо-професійної програми
«Публічне управління та адміністрування»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 281

«Публічне управління та адміністрування»

_____ Н.Л. Коршенко

Науковий керівник:

професор кафедри публічного управління,
адміністрування та права, доктор наук з
державного управління, професор

_____ В.П.Задорожний

Бібліографічний опис та анотація кваліфікаційної роботи

Бібліографічний опис: Коршенко Наталія Леонідівна. Державна політика в сфері медичних послуг (на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР»). Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Навчально-науковий інститут фінансів, економіки, управління та права. Кафедра публічного управління, адміністрування та права. Науковий керівник: Задорожний Володимир Петрович, доктор наук з державного управління, професор, професор кафедри публічного управління, адміністрування та права. Полтава. 2021 рік.

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

Анотація. У роботі розглянуті питання державної політики України в галузі охорони здоров'я, як комплекс загальнодержавних рішень щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави, а також їх реалізація на місцевому рівні (на базі КП «ОКЛВЛД ПОР»). Існуюча система охорони здоров'я була не здатна задовольнити потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість та своєчасність медичних послуг. Погіршення стану здоров'я населення призвело до об'єктивного зростання потреб у медичній допомозі, що негативно позначилось на трудових ресурсному потенціалі України. Командно-адміністративна модель управління сферою охорони здоров'я тривалий час обмежувала її розвиток у ринкових умовах. Основний очікуваний результат реформи охорони здоров'я – рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання.

Ключові слова: державна політика, сфера медичних послуг, медична реформа, пілотний проект, НСЗУ, «електронне здоров'я», медична освіта, громадське здоров'я, державні стандарти в охороні здоров'я, організація надання медичної допомоги.

ЗАВДАННЯ

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Історичні аспекти управління сферою охорони здоров'я	12
1.2. Зміна принципів формування державної політики у сфері медичних послуг	19
1.3. Реформа державної служби та трансформація міністерства охорони здоров'я	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	27
2.1. Формування державної політики в сфері медичних послуг	27
2.2. Реалізація політик у галузі охорони здоров'я	53
2.3. Прикладні аспекти державної політики в сфері медичних послуг(на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР») в умовах мед реформи	83
РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІЗНИХ РІВНЯХ	89
3.1. Прогнозування потреб територіальної громади в медичних послугах як інформаційна база розвитку	89
3.2. Модернізування мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог	93
3.3. Партнерські відносини комунальних підприємств, громадських організацій та бізнесу в питаннях розвитку системи охорони здоров'я	104
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	116
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	121
ДОДАТКИ.....	129
Додаток А. Наукові праці автора за темою кваліфікаційної магістерської роботи.....	130

Додаток Б.	131
-----------------	-----

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БЛЛЛ	багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування;
ВВП	валовий внутрішній продукт;
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я;
ГО	госпітальні округи;
Держлікслужба	Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками;
Держстат	державна служба статистики України;
ДЕЦ	Державний експертний центр;
ДП	державне підприємство;
ДПП	Державно – приватне партнерство
ДП МЗУ	Державне підприємство «Медичні закупівлі України»;
ЄС	Європейський Союз;
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я;
ЗП	загальна практика;
ЗП/СМ	загальна практика/сімейна медицина;
ІЛР	індекс людського розвитку;
КМУ	Кабінет Міністрів України;
КП «ОКЛВЛД ПОР»	комунальне підприємство «Обласна клінічна лікарня відновного лікування з обласними центрами планування сім'ї, репродукції людини, медичної генетики Полтавської обласної ради»
ЛЗП	лікар загальної практики;
ЛПЗ	лікувально-профілактичний заклад;
МДА	місцеві державні адміністрації;
МК	медицина катастроф;
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України;

МОН	Міністерство освіти і науки України;
НІЗ	неінфекційні захворювання;
НС	надзвичайна ситуація;
НСЗУ	Національна служба здоров'я України;
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога;
ОЗ	охорона здоров'я;
РЛ	районна лікарня;
РНБУ	Рада національної безпеки України;
СНІД	синдром набутого імунodefіциту людини;
СОЗ	сфера (система) охорони здоров'я;
ССЗ	серцево-судинні захворювання;
ТЦЕМД	територіальні центри екстреної медичної та МК допомоги та медицини катастроф;
УНПЦЕМД	Український науково-практичний центр екстреної та МК медичної допомоги та медицини катастроф;
ФАП	фельдшерсько-акушерський пункт;
ФПР	фахівець з питань реформи;
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я;
ЦРЛ	центральна районна лікарня;
ЧАЕС	Чорнобильська атомна електростанція;
ШМД	швидка медична допомога.

ВСТУП

Стратегічною метою державної політики будь-якої розвинутої країни є забезпечення добробуту і благополуччя суспільства та високої якості життя громадян. А важливим складником цього благополуччя є збереження і зміцнення здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду країни.

Державна політика у сфері охорони здоров'я передбачає:

- створення відповідних умов життя і праці громадян, їх відпочинку й оздоровлення, належного рівня матеріального забезпечення;
- здійснення державою заходів щодо оздоровлення довкілля, забезпечення екологічного благополуччя;
- відповідальність держави за ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, її профілактичну спрямованість;
- структурну перебудову системи охорони здоров'я на засадах ринкових відносин;
- задоволення потреб громадян в одержанні гарантованого рівня безоплатної медико-санітарної допомоги;
- забезпечення фінансування охорони здоров'я в обсягах, що відповідають її науково обґрунтованим потребам;
- розвиток багатоукладності форм охорони здоров'я.

Державна політика у сфері охорони здоров'я базується на ряді принципів:

- 1) визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- 2) дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- 3) гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або

індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

4) рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;

5) відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

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

7) попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

8) багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

9) децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Державна політика України у сфері охорони здоров'я спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я [11].

Проте на сучасному етапі розвитку України як демократичної держави, існує потреба формування нової концепції державного управління усіх сфер діяльності країни, в тому числі і галузі охорони здоров'я.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я ґрунтується на визнанні державою права кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпечення його захисту. У Конституції України наголошено, що здоров'я людини є однією з найвищих соціальних цінностей, забезпечення якої – один з

головних обов'язків держави. Низкою статей Конституції визначається право кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (статті 24, 27, 34, 49, 50 тощо) [1].

Збереження і зміцнення здоров'я населення України – одне з найважливіших завдань державної політики у сфері охорони здоров'я, тому державна політика в цій галузі передбачає використання цілої групи комплексних засобів впливу – як-то політичних, адміністративних, організаційних, економічних, правових, державного регулювання тощо. Особливою рисою державної політики у сфері охорони здоров'я повинна бути комплексність, системність, суцільний характер, що зумовлено зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до міцних взаємозв'язків та взаємозалежності складових систем охорони здоров'я.

Державна політика України у сфері охорони здоров'я є однією з важливих складових внутрішньої та зовнішньої політики країни, сутністю якої є оптимізація діяльності соціального інституту, що включає в себе підготовку медичних кадрів, чисельні соціальні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, які проводить держава в інтересах своїх громадян.

Актуальність дослідження державної політики в сфері медичних послуг полягає у вивченні сучасних механізмів розробки взаємодії політичних, адміністративних, правових, економічних, організаційних засобів впливу на формування та реалізацію нової державної політики з охорони здоров'я в Україні.

Метою дослідження є існуюча нормативно-правова база, що спрямована на реформування галузі, підвищення її ефективності як в державі в цілому, так і на рівні місцевих територіальних громад.

Завданням дослідження є вивчення державної політики з охорони здоров'я в Україні, в тому числі загальний стан галузі охорони здоров'я (історичні аспекти управління, зміна принципів формування державної політики у сфері медичних послуг, реформа державної служби та

трансформація МОЗ, аналіз стану державної політики в сфері медичних послуг, прикладні аспекти державної політики в сфері медичних послуг(на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР») в умовах мед реформи, прогнозування потреб територіальної громади в медичних послугах, модернізування мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог, партнерські відносини комунальних підприємств, громадських організацій та бізнесу в питаннях розвитку системи охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є стан державної політики в сфері медичних послуг, її реформування на державному і місцевих рівнях, заходи підвищення ефективності.

Предметом дослідження виступають аспекти державної політики в сфері медичних послуг (на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР») в умовах мед реформи.

Використовуються наступні *методи дослідження*: загально - науковий (діалектичний), та спеціальні – економічного аналізу, статистичних порівнянь, індексний, коефіцієнтний, соціальних досліджень, моделювання.

Практична значимість роботи полягає у можливості застосування отриманих у процесі дослідження результатів на практиці – формуванні політики розвитку і реформування роботи КП «ОКЛВЛД ПОР» в сучасних умовах, що підтверджується довідкою впровадження.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Історичні аспекти управління сферою охорони здоров'я

Після розпаду СРСР Україна успадкувала «радянську» систему охорони здоров'я, як і більшість галузей економіки та соціальної політики. У цій моделі вся медична система була державною власністю та орієнтувалася на утримання лікарень із роздробленим управлінням та наданням медичної допомоги, зосередженим на лікуванні гострих випадків. Ця система була погано орієнтована на задоволення потреб населення та виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики, спричинені інфекційними і неінфекційними захворюваннями. Вона була сформована у тоталітарній державі, в якій права і здоров'я громадян не були реальним пріоритетом. СРСР також породив міф про “безкоштовну медицину”. У той же час до 2016 року ці конституційні права у сфері охорони здоров'я не були забезпечені прозорими і дієвими інструментами реалізації.

Ситуація ускладнювалася деструктивними процесами в економіці і зниженням національного прибутку, внаслідок чого вкрай обмеженими стали видатки на охорону здоров'я, які, наприклад, у 2006 р. становили лише 356,8 грн. в розрахунку на одного мешканця України, що в доларовому еквіваленті вдвічі менше від рівня 1990 р. та у 20-30 разів – від інших країн Європи [62]. Українцям незадовільними залишались стан навколишнього середовища та умови праці. За останні 10 років було прийнято 45 загальнодержавних програм та 10 затверджених на урядовому рівні комплексних заходів, спрямованих на покращення і продовження середньої тривалості очікуваного життя громадян, що певною мірою дублювали або лише доповнювали одне одного. Так, стосовно стимулювання народжуваності і формування здорового покоління їх прийнято 15, щодо профілактики і лікування СНІД – 5, ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС – 5, боротьби із туберкульозом – 4, розвитку медицини

катастроф – 3, здоров'я літніх людей – 3, боротьби з наркоманією – 3. У той же час спостерігалось вкрай недостатнє ресурсне забезпечення з метою ефективного виконання задекларованих програм, оскільки 4% з них взагалі не фінансувались, фінансування 6% було обмеженим на третину, 10% – майже на половину, 26% програм було профінансовано частково. Наслідком цього стала надзвичайно низька ефективність реалізації державних цільових програм, метою яких повинно було стати суттєве покращення здоров'я українського народу.

Дотепер стан здоров'я населення України залишається незадовільним. Станом на 2016 рік українська системи охорони здоров'я мала такі характеристики [50]:

- скорочення очікуваної тривалості життя населення України, внаслідок чого розрив з середньоєвропейськими показниками становить понад 6 років, а з показниками країн Європейського Союзу (ЄС) - понад 10 років;

- високі показники загальної смертності населення, які вдвічі перевищують показники країн ЄС, а показники смертності населення у працездатному віці - у 2-4 рази;

- перевага смертності над народжуваністю населення України в 1991р. становила - 0,8 на 1000осіб, а в 2020р. - 8,1;

- різке вираження феномена чоловічої "надсмертності", коли смертність чоловіків у середній віковій категорії (25-44 роки) майже в 4 рази перевищує таку серед жінок аналогічного віку;

- один з найвищих в Європейському регіоні рівень природного убутку населення, що веде до депопуляції населення швидкими темпами:

- наприклад, кількість населення України в 2010р. можна порівняти з Іспанією – 46,0 і 46,5 млн. осіб відповідно, то вже в 2020 році – 41,6 проти 47,4 в Іспанії.

- стрімке старіння населення, яскраво регресивний характер відтворення населення, коли частка осіб старших вікових груп значно перевищує таку серед 0-15-річних;

- високий рівень загальної захворюваності і смертності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, особливо хворобами серцево-судинної системи;

- яскраво виражена нерівність у питаннях надання медичної допомоги, що проявляється у різних відмінностях показників захворюваності забезпечених і малозабезпечених груп населення при високій питомій вазі бідного населення;

- надмірні особисті витрати населення на отримання медичних послуг (40% від загального обсягу фінансування);

- існування неформальних (тіньових) платежів населення за медичні послуги (10% від загального обсягу фінансування);

- низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяв забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та залишав пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів;

- застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування, що призводила до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із закупівлями, освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг.



Рис. 1.1 – Чисельність постійного населення за віком, статтю на 01.01.2021р. (побудовано автором згідно демографічного щорічника «Населення України 2020» Держстату України [12])

Одним із ключових чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни (додаток Б). Водночас з 2014 року триває російсько-український конфлікт, що суттєво гальмує економічний розвиток України і несе загрозу безпеці громадян. Інша важлива причина незадовільних показників – це фундаментальні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я.

Незважаючи на велику кількість успадкованих закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні показники здоров'я нації. Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене архаїчним станом закладів охорони здоров'я. У державному та комунальному управлінні перебувало понад 2,2 тисячі лікарень та більше 400 тисяч лікарняних ліжок, що набагато більше у перерахунку на душу населення з країнами ЄС. Однак 75% згаданих ліжок мали надзвичайно низький потенціал до надання послуг, оскільки розташовані в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування. До початку процесу трансформації системи охорони здоров'я розподіл ресурсів

здійснювався центральними органами влади за застарілими галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису та кількості лікарняних ліжок. Кошториси розподілялися відповідно до жорсткої економічної класифікації, що не дозволяло переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг. Кошти витрачалися відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, а невитрачені гроші на кінець року необхідно було повертати до державного бюджету, що робило управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним.

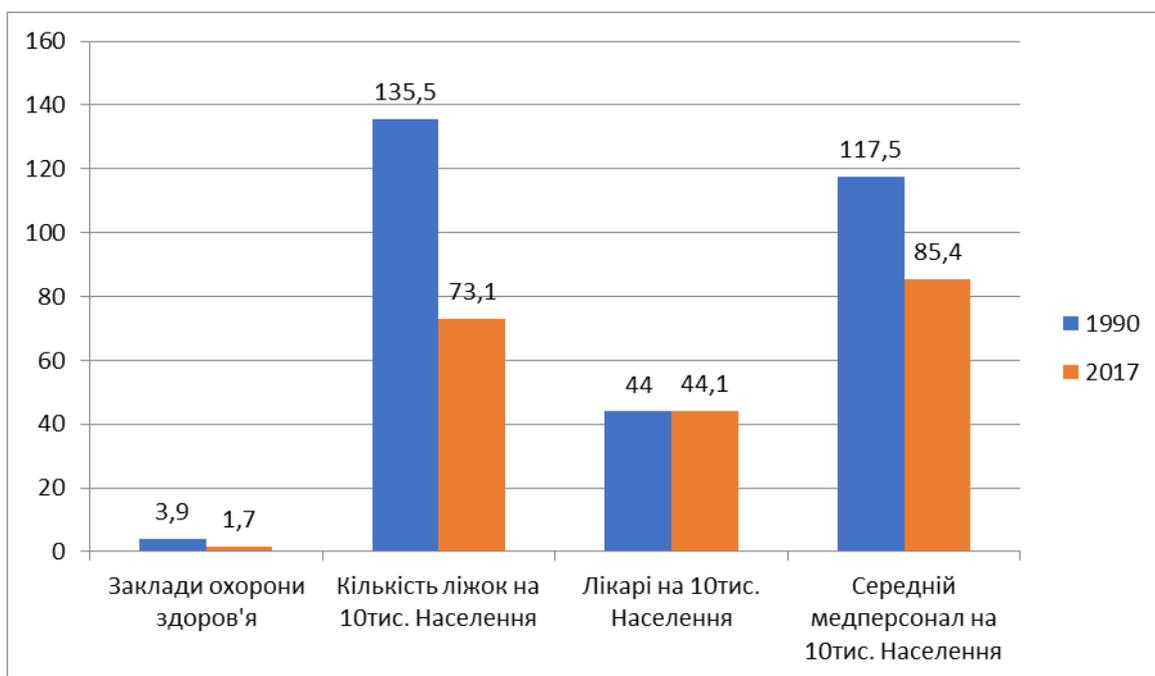


Рис. 1.2 – Забезпеченість системи охорони здоров'я (побудовано автором за даними Держстату України [12])

Витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні у співвідношенні з державними, були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи [71]. Переважна більшість цих витрат – 95% – були виплачені громадянами, а лише 5% припадали на страхові виплати, донорську та міжнародну допомогу.

Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%). За таких обставин залишається дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Більшість витрат громадян на охорону здоров'я, що складала від 3% ВВП (близько 43 млрд. грн.) у 2012 до майже 4% ВВП (близько 95 млрд. грн.) у 2016 роках, були виплачені безпосередньо надавачам послуг. Такий рівень приватних видатків часто призводив до катастрофічних наслідків для сімейних бюджетів громадян. Відповідно більшість пацієнтів не могли собі дозволити сучасну дороговартісну медичну допомогу. Вони вимушені були затягувати із початком або відкладати продовження лікування, що вело до високої смертності, інвалідизації, зниження якості життя українців із хронічними станами. Що в свою чергу вело до низького запиту на таку допомогу та унеможливило розвиток системи охорони здоров'я.

Протягом 2012-2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в Україні в середньому становили 7,7% ВВП на рік (приблизно 4,1% за рахунок державного бюджету та приблизно 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків громадян), що насправді не сильно відрізнялось від загальносвітового та європейського тренду. У Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає лише близько \$200, що значно нижче, ніж \$3 340 в середньому по Європі [51].

Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим. Видатки Міністерства соціальної політики у два з половиною рази перевищували видатки МОЗ. Дві третини цих видатків складало пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищували видатки МОЗ. Тут варто окремо зауважити, що підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я є сферою відповідальності МОЗ та

відповідно фінансується з його бюджету, тоді як інших спеціальностей - з бюджету МОН.

Табл. 1.1 – Динаміка видатків на ОЗ в розрізі інших соціальних сфер (складено автором на основі[34])

	2015 (млрд. грн.)	2016 (млрд. грн.)	2017 (млрд. грн.)	2018 (млрд. грн.)	2019 (млрд. грн.)
МОЗ	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
МОН	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Мінсоц (загалом)	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
Пенсійний фонд (в складі мінсоц)	94,81	143,01	133,69	149,97	166,51

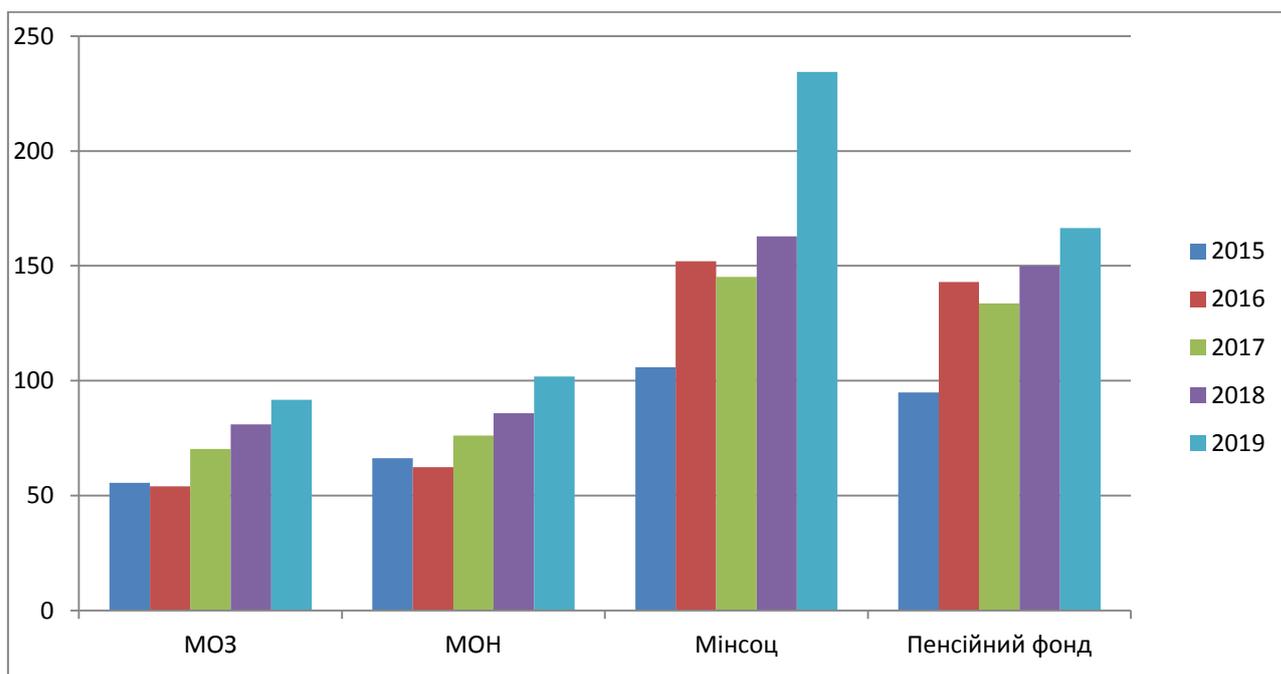


Рис.1.3 – Динаміка видатків на ОЗ в розрізі інших соціальних сфер (побудовано автором на основі [34])

Підсумовуючи викладене вище, відмічаємо, що для України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації всієї системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров'я, ефективно

управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення. На наше глибоке переконання, передусім змін потребують фінансово-економічні засади діяльності системи охорони здоров'я, а саме фінансування повинно здійснюватися за обсягом наданих послуг, а не відповідно до існуючої інфраструктури. Але стереотип мислення і сподівання населення на надання безоплатної медичної допомоги продовжують підтримувати окремі політичні сили. Державний бюджет не може задовольнити елементарні потреби населення в охороні здоров'я, не кажучи про високоспеціалізовану та альтернативні види допомоги. Важливим є не тільки наявність гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, але й те, щоб у громадянина був вибір, де почекати до “кращих” часів.

Також, в Україні є вже надмірна кількість лікарень та лікарняних ліжок, приблизно на 40% більше, ніж у середньому в країнах ЄС. Проблема полягає в неефективному розподілі та використанні ресурсів, у десятиліттях недофінансування розвитку галузі та величезній корупції, що наскрізь пронизала галузь.

1.2. Зміна принципів формування державної політики у сфері медичних послуг

В Україні реформування сфери охорони здоров'я було розпочато затвердженням Указу Президента України « Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» (2000р.), кінцевою метою реалізації якої було збереження та зміцнення здоров'я громадян, продовження періоду активного довголіття та тривалості життя [27].

Наступним етапом вдосконалення реформування державної політики з питань охорони здоров'я стало підписання Указу Президента України « Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» №1694/2005 з послідуною розробкою програми економічних реформ на 2010-

2014рр., а саме «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Таблиця 1.2 – Мета реформи системи охорони здоров'я населення (розроблено автором на основі [10])

Вихідні дані до реформи	Очікувані результати реформи
Неякісні послуги, відсутність персональної відповідальності лікаря за помилки	Якісні послуги, страхування лікарської відповідальності, ліцензування лікарів
Корупція в медицині при формально безкоштовних послугах	Офіційно платні послуги, ліквідація «благодійних» фондів при лікарнях
Фінансування лікарень міськрадами і держбюджетом. Корупція при розподіленні коштів між закладами	Загальнообов'язкове медичне страхування. Фінансова автономія лікарень. Оплата послуги, а не посади
Поліклініки при районних і міських лікарнях. Гроші виділяються на «ліжко-місце», а не на пацієнта	Ліквідація поліклінік. Сімейні лікарі. Три рівня медичної допомоги: громада, район\область, регіон\країна
«Швидка» не виконує норми швидкості доїзду до пацієнтів	Сучасна система швидкої допомоги, яка оперативно реагує на всі виклики пацієнтів
Ліки і медичне обладнання для лікарень закуповує МОЗ. Це проковує корупцію. Ліки в аптеках дуже дорогі	Ліки закуповують незалежні міжнародні організації. Електронні торги ліками. Держава частково повертатиме пацієнтам гроші за куплені ліки
Корумповані державні контрольні служби	Новостворені Центр громадського здоров'я і Національний центр контролю за захворюваннями
Відсутність профілактики захворювань, часті хвороби і висока смертність від не смертельних хвороб	Проведення профілактики захворювань, зменшення кількості днів на лікарняному, зниження рівня смертності

У 2016 році Уряд України визначив пріоритетом трансформацію своєї системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої радянської системи та

поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості [28]. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку [60]. Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”[4]). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету[15].

Перші успіхи - реформа первинної ланки медичної допомоги із запропонованим чітким переліком послуг для пацієнтів та вільним вибором сімейного лікаря, автономізація закладів охорони здоров'я, створення єдиної системи електронної охорони здоров'я, прогресивна програма реімбурсації медикаментів “Доступні ліки” із використанням електронного рецепту - показали високий запит на зміни у галузі з боку населення [21].

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні - запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допоміг опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини. Згідно його підсумків була продовжена робота з реформування галузі, а саме:

- здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);

- забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;

- ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно

від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;

– оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;

– впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками-медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби [32]. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

1.3. Реформа державної служби та трансформація міністерства охорони здоров'я

Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні - це організована та цілеспрямована діяльність публічної адміністрації, спрямована на створення сприятливих умов, що спрямовується на збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя [33].

Реформа державного управління була запущена 1 травня 2016 року з моменту вступу в дію нового закону України «Про державну службу».

Один із ключових етапів реформи – підвищення спроможності міністерств, перетворення їх на аналітичні центри, що будуть лідерами у впровадженні реформ та підвищать ефективність діяльності Уряду в цілому. Реформа державного управління змінила фокус роботи міністерства із продукування нормативних актів та управління майном на формування політик у відповідних сферах. Формування політик є ключовою функцією нових структурних підрозділів, створених у міністерстві – директоратів політик. Водночас директорат стратегічного планування та євроінтеграції бере на себе функції координації, пріоритизації політик та стратегування. В рамках реалізації цієї комплексної реформи для МОЗ було визначено граничну чисельність - 393 штатні одиниці (131 фахівець з питань реформ (далі ФПР) та 260 держслужбовців без статусу ФПР). Згодом її було зменшено на 15% до 331 штатної одиниці. Більшість посад ФПР на сьогоднішній день є заповненими.

Незважаючи на це, Кабінетом міністрів України було прийнято рішення про чергове скорочення МОЗ до 260 штатних одиниць з 01.2020, що призвело до загального скорочення штату на 30% від початкового. Така чисельність є найнижчою серед пілотних міністерств і недостатньою для виконання обсягу задач, які бере на себе міністерство в рамках трансформації системи охорони здоров'я.

Нижче наведено інфографіку чисельності штату МОЗ у порівнянні з іншими міністерствами (після скорочення).

Ще одним важливим кроком реформи державного управління стало позбавлення міністерств від невластивих функцій, зокрема надання адмінпослуг, здійснення контролю та управлінням об'єктами державної власності. На виконання цього кроку було проведено функціональне обстеження міністерства, за результатами якого було виявлено ряд невластивих функцій, визначені основні заходи та орієнтовні строки їх позбавлення. На основі функціонального обстеження здійснювався детальний аналіз невластивих функцій. За його результатами було розроблено покроковий план передачі чи позбавлення функцій.

Також важливою складовою врегулювання цього питання стало внесення змін до Положення про міністерство, яке зафіксувало зони відповідальності згідно з новими принципами державного управління [14]. Даний процес був поступовим і потребував часових витрат для якісного планування дій та створення відокремлених суб'єктів, які реалізовуватимуть передані функції, або для передачі зазначених повноважень іншим органам.

У підпорядкуванні МОЗ знаходилось близько 300 закладів різної організаційно-правової форми. Цей перелік включав медичні заклади, санаторно-лікувальні заклади, заклади вищої медичної освіти, наукові установи та різні бюро і експертні центри. З них на сьогоднішній день фінансується 125 закладів, переважно санаторно-курортні, охорони здоров'я та освітні заклади (бюджет фінансування цих закладів у 2018 - 5,8 млрд. грн.). Запровадження програми медичних гарантій передбачало, що підпорядковані МОЗ заклади охорони здоров'я будуть автономізовані або передані в управління органам місцевої влади та фінансуватимуться Національною службою здоров'я за програмою медичних гарантій. В межах вищезазначеної процедури позбавлення невластивих функцій міністерства та кількість закладів в управлінні МОЗ буде зменшуватись шляхом передачі закладів в управління місцевих адміністрацій або шляхом реорганізації закладів, їх об'єднання або

ліквідації. Окремо варто зазначити, що близько 100 закладів з переліку знаходились на окупованій та тимчасово непідконтрольній території. Незважаючи на описані вище трансформаційні процеси, апарат міністерства мав “хронічні” проблеми з фінансуванням. За останні роки потреба у видатках на утримання апарату міністерства забезпечена орієнтовно на 30-40%, а потреба у видатках на розвиток не забезпечувалася взагалі. Адміністративні будівлі міністерства мають вік понад 80 років, одна з будівель є пам’яткою культурної спадщини. Складається критична ситуація із адміністративними будівлями та прилеглими територіями, що може призвести до ймовірної руйнації.

Серед актів законодавства, розроблених і прийнятих на підставі відповідних норм Основ законодавства України про охорону здоров'я, слід назвати закони України «Про лікарські засоби», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів», «Про охорону дитинства», «Про курорти», «Про порядок проведення сформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», Розпорядження Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2010 р. «Про схвалення Концепції Державної цільової науково-технічної програми створення та проведення доклінічних випробувань вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011-2015 роки», Розпорядження КМУ від 9 червня 2011 р. «Про затвердження переліку платних адміністративних послуг, які надаються Міністерством охорони здоров'я», Наказ МОЗ України від 14 березня 2011 р. «Критерії державної акредитації закладів охорони здоров'я», наказ МОЗ від 15 липня 2011 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі», наказ МОЗ від 29 червня 2011 р. «Про затвердження Про Центри первинної медико-санітарної допомоги», наказ МОЗ від 20 травня 2011 р. «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я», наказ МОЗ від 30 серпня 2010 р. «Про затвердження Примірного

статуту закладу охорони здоров'я - комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг», наказ МОЗ від 30 серпня 2010 р. «Про затвердження примірних етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги», тощо.

У перехідний період розбудови національної економіки стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я передбачала забезпечення збалансованості та ефективності діяльності всіх секторів охорони здоров'я незалежно від форм власності. При цьому держава зберігала за собою надання громадянам необхідного рівня профілактичної, лікувально-діагностичної й реабілітаційної допомоги на основі економічно виправданого поєднання бюджетного, страхового та інших видів фінансування [37].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Формування державної політики в сфері медичних послуг

Державна політика в сфері медичних послуг повинна ґрунтуватись на таких основних принципах як:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності і суспільства в цілому;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з цим державних гарантій;
- забезпечення загальнолюдських цінностей, гуманістичної спрямованості, медико-соціального захисту вразливих верств населення;
- рівноправність громадян незалежно від віку, статі, національності та інших характеристик, загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням та рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукове підґрунтя, матеріально-технічна та фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні міжнародні стандарти медичної допомоги;
- комплексний соціально-економічний та медичний підхід до формування системи охорони здоров'я, багатоканальність її фінансування, поєднання держгарантій з демонополізацією та залученням підприємництва в умовах конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та збільшення самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Суб'єктами державної політики охорони здоров'я виступають Президент України, Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, центральні та

місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, органи професійного самоврядування медичних, фармацевтичних працівників, їх посадові особи [70].

Важливу роль у розробленні та забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я беруть участь інститути громадянського суспільства, наукові установи і організації, навчальні заклади, інші юридичні особи, а також фізичні особи.

Об'єктами державної політики охорони здоров'я є функціонування національної, а також регіональних, систем охорони здоров'я, спрямована на збереження і зміцнення здоров'я людини та розвиток системи громадського здоров'я діяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування.

Державна політика охорони здоров'я повинна реалізуватись на основі таких принципів, як:

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

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

3) паритетність – забезпечення рівних можливостей доступу усіх суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я до участі у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я;

4) публічність і відкритість – забезпечення вільного доступу до інформації щодо державної політики охорони здоров'я, наявної у розпорядженні органів державної влади, органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування;

5) чутливість до громадської думки – відкритість для фізичних та юридичних осіб, їх об'єднань до дій органів, на які покладені обов'язки щодо

формування, реалізації державної політики охорони здоров'я, обов'язковий розгляд такими органами ініціатив, зауважень та пропозицій, наданих фізичними та юридичними особами, їх об'єднаннями, обов'язкове і своєчасне оприлюднення нормативно-правових актів, інформування громадськості про діяльність в сфері формування і реалізації державної політики охорони здоров'я;

б) історична спадкоємність – збереження та врахування позитивних надбань попереднього періоду розвитку національної та регіональних систем охорони здоров'я;

7) збалансований постійний розвиток національної системи охорони здоров'я, який передбачає її гармонізацію з розвитком суспільства і держави для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь;

8) об'єктивність – розробка всіх документів, що визначають державну політику охорони здоров'я, на основі доказового менеджменту та реальних показників, які можливо оцінити та реально досягти на практиці;

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

10) підзвітність – гарантування періодичного звітування суб'єктів державної політики охорони здоров'я перед суспільством та громадами про прийняті рішення та їх результати з врахуванням думки громадськості для їх оцінювання та коригування [49].

Національна система охорони здоров'я має складну багаторівневу побудову, що складається з таких елементів:

- 1) система охорони громадського здоров'я;
- 2) система медичного обслуговування;
- 3) наукові дослідження у сфері охорони здоров'я;
- 4) система фінансування охорони здоров'я;
- 5) кадрові ресурси національної системи охорони здоров'я;

- б) інформаційне забезпечення національної системи охорони здоров'я;
- 7) регулювання доступу до лікарських засобів, вакцин, виробів медичного призначення та технологій;
- 8) державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я.



Рис. 2.1 – Побудова Національної системи охорони здоров'я (розроблено автором на основі [11])

Взаємодія складових рівнів та елементів Національної системи охорони здоров'я, а також її цілісність та єдність, забезпечується через державне управління нею.

Національна система охорони здоров'я включає регіональні системи охорони здоров'я, з якими вона взаємодіє на основі обміну інформацією, сприяння та моніторингу їх діяльності, застосування заходів адміністративного впливу відповідно до положень законодавства України.

Основу державної політики охорони здоров'я в Україні формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих основ

охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, основних принципів і пріоритетів, встановлення норм і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Формування державної політики складається з:

- a) забезпечення державних гарантій надання медичних послуг відповідно до видів медичної допомоги;
- b) розвитку ефективної та доступної мережі закладів;
- c) безперервного покращення якості медичної допомоги;
- d) впровадження електронної системи охорони здоров'я;
- e) забезпечення пацієнтів лікарськими засобами [40].

Державну політику в сфері медичних послуг впроваджує Міністерство охорони здоров'я України, як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Згідно Постанови Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 р. № 267(в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 р. № 90) «Положення про Міністерство охорони здоров'я України» МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах:

– епідеміологічного нагляду (спостереження), імунопрофілактики, промоції здорового способу життя та запобігання факторам ризику, попередження та зниження рівня вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення, безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, створення національної системи крові, управління

системою якості щодо безпеки крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, а також забезпечення формування державної політики у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення;

- розвитку медичних послуг, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

- технічного регулювання медичних виробів, медичних виробів для діагностики *in vitro*, активних медичних виробів, які імплантують, косметичної продукції;

- забезпечення населення якісними, ефективними та безпечними лікарськими засобами, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також безпечних медичних виробів та косметичної продукції;

- розвитку кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки [71].

У своїй діяльності МОЗ України керується положеннями Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України «Про засади зовнішньої та внутрішньої політики», «Про місцеве самоврядування в Україні», «Про місцеві державні адміністрації», «Про державні цільові програми», «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України», «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», «Про державно-приватне партнерство», «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» та інших законодавчих актів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, а також міжнародних

договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України та цього Закону [1,2,10,11,18,25,26].

В той же час у питаннях формування політики в охороні здоров'я Україна орієнтується не лише на внутрішні, але й на міжнародні надбання. Як член Євробюро ВООЗ, формує державну політику галузі згідно міжнародних стандартів, у тісній співпраці з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, НАТО, ЮНІСЕФ, Організацією Об'єднаних Націй, Світовим банком, Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Міжнародним Комітетом Червоного Хреста, Організацією з безпеки і співробітництва в Європі, Міжнародний валютний фонд та інш.

У випадку, якщо міжнародним договором України, що набрав чинності в установленому порядку, встановлено інші правила, ніж ті, що передбачені Законом, застосовуються правила міжнародного договору.

Вивчення міжнародного досвіду, а також ряд досліджень специфіки використовуваної моделі системи охорони здоров'я України вивели на перший план проблему розробки більш дієвого механізму державного управління з формуванням єдиного простору медичного обслуговування громадян, що дозволить збалансувати державне управління та сформувати ринкові відносини у сфері охорони здоров'я [60].

В процесі реформування системи охорони здоров'я України на науковому та й практичному рівнях виникла потреба уточнення суті та змісту таких понять, як «медична допомога», «медична послуга», «медичне обслуговування», «медичний пацієнт», «мережа закладів охорони здоров'я» та багатьох інших.

Тому вперше в Законі України №2002 від 6.04.2017р. «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» законодавчо були визначені ці поняття [2]:

«заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує

медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників»;

«медичне обслуговування - діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням»;

«охорона здоров'я - 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»;

«послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) - послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт».

«Залежно від форми власності заклади охорони здоров'я утворюються та функціонують як державні, комунальні, приватні чи засновані на змішаній формі власності. Державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи.

За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи.»

Система медичного обслуговування включає заклади охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

Система медичного обслуговування забезпечує надання ефективної та безпечної медичної допомоги особистого і неособистого характеру тим, хто її потребує, там і тоді, де і коли вона необхідна, при оптимальному використанні державних і громадських ресурсів та мінімальному використанні особистих ресурсів громадян, шляхом:

- першочергового розвитку високоефективної первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини та її профілактичний напрямок;
- реалізація заходів, спрямованих на зменшення потреб у цілодобовому стаціонарному лікуванні та у застосуванні малоінвазивних втручань;
- використання потенціалу молодших спеціалістів з медичною освітою, що передбачає розширення компетенцій молодших спеціалістів з медичною освітою, узгоджено зі змінами у повноваженнях лікарів;
- формування мережі закладів охорони здоров'я та їх інфраструктури у відповідності до потреб населення у медичному обслуговуванні;
- реформування роботи закладів охорони здоров'я у процесі медичного обслуговування;
- гарантування відповідного до потреб технологічного рівня закладів охорони здоров'я;
- створення необхідних умов для користування пацієнтами методів консультування та самоконтролю із застосуванням сучасних інформаційних технологій.

В роботу системи медичного обслуговування долучається система управління якістю медичного обслуговування, яка передбачає забезпечення відповідних гарантій медичного обслуговування (медичної допомоги) щодо

міжнародних стандартів безпеки і якості, її безперервного вдосконалення та підвищення ефективності та результативності завдяки:

1) організації моніторингу, оцінювання та визначення показників якості кожної окремої медичної процедури та якості медичного обслуговування в цілому в процесі його здійснення, з метою досягнення максимально можливих показників ефективності, результативності, якості та безпечності;

2) забезпечення стандартизації та уніфікації медичного обслуговування (медичної допомоги);

3) створення якісної державної експертизи медичних технологій щодо клінічної ефективності, результативності та економічної обґрунтованості, організаційних медичних заходів, показників безпеки (безпечності) для пацієнтів за результатами застосування;

4) використання внутрішнього та зовнішнього контролю якості із застосуванням клінічного аудиту в порядку, передбаченому законом;

5) організації вивчення оцінки пацієнтами, в тому числі шляхом анонімного опитування, ефективності, результативності, якості та безпечності медичного обслуговування (медичної допомоги);

6) здійснення державного ліцензування господарської діяльності у сфері охорони здоров'я та використання позавідомчої системи сертифікації професійної діяльності у сфері охорони здоров'я, незалежної акредитації закладів охорони здоров'я та сертифікації систем безперервного поліпшення якості в закладах охорони здоров'я, у визначеному законом порядку.

7) формування запровадження стимулів використання інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я;

8) гарантування захисту прав пацієнтів в закладах охорони здоров'я;

9) забезпечення інформатизації, автоматизації та уніфікації управлінських функцій у процесі медичного обслуговування (медичної допомоги) та у процесі управління медичними закладами в цілому, з метою скорочення часу при прийнятті управлінських рішень, досягнення максимально можливих

показників ефективності, результативності, якості та безпечності медичного обслуговування (медичної допомоги) в кінцевому результаті [59].

Система фінансування національної системи охорони здоров'я, в тому числі її регіональні складові, забезпечує:

1) отримання, накопичення і розподіл фінансових ресурсів для задоволення потреб населення в охороні здоров'я на колективному та індивідуальному рівнях і захист від фінансових катастроф або зuboжіння, пов'язаних з оплатою медичної допомоги, баланс між наданням медичної допомоги, профілактикою захворювань і укріпленням здоров'я населення для найбільш повного задоволення поточних і прогнозованих потреб охорони здоров'я;

2) довгострокову стійкість до негативних впливів економічної нестабільності та стримування зростання цін;

3) створення стимулів до ефективних та результативних дій суб'єктів національної системи охорони здоров'я при наданні медичної допомоги на основі їх фінансово-господарської автономності, застосування оцінювання медичних технологій та механізмів забезпечення якості як інструментів забезпечення безпеки пацієнта;

4) застосування механізмів збору, об'єднання та перерозподілу ресурсів з метою максимального задоволення медико-санітарних потреб населення, вирівнювання фінансових ризиків, мінімізації фінансових перешкод для отримання пацієнтами медичної допомоги необхідного рівня безпеки та якості;

5) створення стимулів для громадян з метою додержання здорового способу життя та відповідального ставлення до свого здоров'я, та своєчасного використання медичної допомоги [48].



Рис. 2.2 – Головні зміни фінансування медичної реформи (розроблено автором на основі [])

Суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я забезпечують уніфікацію медичних записів та їх гармонізацію з міжнародними стандартами, формування системи управлінського обліку і звітності у сфері охорони здоров'я у відповідності до потреб здійснення державної політики охорони здоров'я, управління національною і регіональними системами охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я [30].

Суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я організовують побудову і функціонування загальнодержавної багаторівневої інформаційної системи охорони здоров'я з метою забезпечення ефективної реалізації державної політики охорони здоров'я, управління національною, включаючи регіональні, системою охорони здоров'я, менеджменту та підтримки медичного обслуговування, в т. ч. лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я із застосуванням медичних інформаційних систем, комунікації суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я шляхом:

– організації збору, зберігання, захисту, впорядкування, узагальнення, аналізу та надання доступу до достовірної, своєчасної та повної інформації, необхідної для виконання державними органами, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, медичними, фармацевтичними

працівниками своїх обов'язків, а також для реалізації особами права на інформацію відповідно до чинного законодавства України;

– створення та організації функціонування реєстрів пацієнтів, медичних працівників, фармацевтичних працівників, закладів охорони здоров'я, лікарських засобів та виробів медичного призначення, а також класифікаторів медичних втручань тощо;

– впровадження медичних інформаційних систем;

– вжиття заходів щодо інтеграції інформаційних ресурсів охорони здоров'я України з інформаційними ресурсами Організації Об'єднаних Націй, Всесвітньої організації охорони здоров'я, країн Європейського союзу та інших країн із використанням гармонізованих міжнародних стандартів, крім випадків, коли такі заходи суперечать інтересам забезпечення національної безпеки України [13];

– належного захисту таємної та конфіденційної інформації у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я забезпечують:

1) рівень компетентності медичних і фармацевтичних працівників, фахівців з організації і управління охороною здоров'я відповідно до міжнародних стандартів шляхом забезпечення високої якості до- та післядипломної підготовки;

2) раціональний розподіл кадрів між адміністративно-територіальними одиницями та за видами медичної допомоги;

3) довгострокове планування підготовки медичних і фармацевтичних працівників, фахівців з організації і управління в системі охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів з урахуванням існуючих та перспективних (прогнозованих) потреб за чисельністю та профілями підготовки;

4) рівень оплати праці медичних і фармацевтичних працівників, фахівців з організації і управління в системі охорони здоров'я, який стимулює до продуктивної та якісної праці.

Формування державної політики у сфері вищої освіти та науки в галузі охорони здоров'я включає розвиток людського капіталу, безперервний професійний розвиток фахівців в галузі охорони здоров'я, здатних забезпечувати високу якість медичної допомоги, професійного ліцензування лікарів.

Наукові дослідження у сфері охорони здоров'я спрямовуються на вивчення людини, методів збереження та зміцнення її здоров'я, розвиток системи громадського здоров'я та удосконалення організації національної та регіональних систем охорони здоров'я, включаючи систему медичного обслуговування.

Наукові дослідження у сфері охорони здоров'я забезпечують:

- розширення бази фундаментальних та спеціалізованих знань, необхідних для підтримки проведення науково обґрунтованої політики охорони здоров'я;
- розробку та вивчення інноваційних технологій і підходів до вирішення проблем системи охорони здоров'я;
- застосування об'єктивних методів вивчення, реалізації, моніторингу і оцінювання досягнення ефективних результатів;
- аналіз та апробацію нових знань та розширення фактичних даних для обґрунтування застосування тих чи інших заходів і методів в системі охорони здоров'я, включаючи систему громадського здоров'я, впровадження їх в практику з урахуванням ефективності і економічної обґрунтованості.

Надання медичних послуг та здійснення фармацевтичної діяльності має здійснюватись кваліфікованими фахівцями, які навчаються протягом всієї професійної кар'єри. Для реалізації цієї мети з 2016 року МОЗ України розпочало системні кроки за такими напрямками:

1. Встановлено вимоги до прийому на медичні спеціальності. Із 2018 року до умов прийому введена норма 150 балів ЗНО з другого та третього конкурсних предметів (біологія та математика / хімія). З 2019 року абітурієнт повинен мати не менше 150 балів ЗНО з біології/хімії та фізики/математики (як

дисциплін, що визначають здатність до логічного мислення та вміння аналізувати). Встановлені вимоги до вступу на медичні спеціальності дозволяють відбирати мотивованих і здібних вступників до навчання лікарському фаху. Водночас, це дозволяє не допускати абітурієнтів, які мають низькі бали ЗНО, і можуть знижувати загальний рівень освітнього процесу в університетській групі (наприклад, у 2018 році у порівнянні з 2017 після встановлення порогу у 150 балів набір на «Медицину» на контрактну форму навчання знизився на 70%). Також з 2017 року вступ до ЗВО, в тому числі і на медичні спеціальності, відбувається за системою “широкого конкурсу”, що скасовує встановлення «в ручному режимі» кількості місць державного замовлення для університетів. Запроваджено систему, коли кращі абітурієнти потрапляють до більш престижних закладів вищої освіти, що впливає на обсяг держзамовлення у наступному році. Тепер університети конкурують між собою за абітурієнтів. Система розподілу місць держзамовлення за широким конкурсом дозволяє сильному абітурієнту вступити в бажані університети.

2. Запроваджено єдиний державний кваліфікаційний іспит Відповідно до кращих міжнародних практик запроваджено новий вид комплексної атестації студентів-медиків - єдиний державний кваліфікаційний іспит (ЄДКІ). Тепер оцінювання включає в себе не лише перевірку теоретичних знань, а й практичний іспит, міжнародний іспит з основ медицини та іспит з англійської мови професійного спрямування (як мови сучасної медичної науки). Міжнародний іспит з основ медицини створюється групою експертів з різних країн, адмініструється незалежною авторитетною неприбутковою організацією, і результат складання іспиту є абсолютно захищеним від маніпуляцій. Включення міжнародного іспиту як елемента ЄДКІ унеможливорює “продаж” дипломів. Цей іспит дозволяє оцінити та порівняти якість підготовки конкретного студента, якість підготовки в університеті, за окремими дисциплінами та співставити якість освіти з міжнародною групою порівняння. Метою запровадження міжнародного іспиту є створення з боку держави стимулу для університетів до вдосконалення навчальних програм та освітнього

процесу відповідно до викликів сучасної медицини. 15 березня 2019 року в 20 закладах вищої освіти проведено міжнародне моніторингове дослідження якості вищої медичної освіти у формі проведення іспиту International Foundations of Medicine (IFOM) - міжнародного іспиту з основ медицини. Цей іспит як складова частина ЄДКІ було вперше проведено для студентів-медиків 3 курсу впродовж 1-3 липня 2019 року.

3. Розроблено основи впровадження професійного ліцензування лікарів. Задokumentовано концептуально новий підхід доступу до лікарської професії - до Кабінету Міністрів України подається проект Концепції професійного ліцензування лікарів. Із метою інформування громадськості про новели доступу до лікарської професії проведено тур публічних консультацій з лікарями, адміністраторами закладів охорони здоров'я, представниками департаментів охорони здоров'я різних населених пунктів України. Консультації відбулися у 12 містах України - Києві, Львові, Ужгороді, Вінниці, Харкові, Сумах, Дніпрі, Черкасах, Одесі, Рівному, Чернігові та Краматорську. У них взяли участь лікарі та управлінці з усіх областей країни - загалом понад 700 фахівців. Крім того, медики могли висловити свої пропозиції і коментарі за допомогою онлайн-форми. У такому опитуванні взяли участь 372 лікарі. За результатами туру доопрацьовується законопроект, яким буде запроваджено професійне ліцензування лікарів.

4. Запроваджено систему безперервного професійного розвитку медичних працівників. У березні 2018 року Уряд затвердив Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, яка змінює підхід до системи навчання та оцінювання медичних працівників. У Міністерстві юстиції України зареєстровано Порядок проведення атестації лікарів, який з квітня 2019 року дозволив практично застосувати концепцію безперервного професійного розвитку для, близько, 170 000 українських лікарів.

Нова модель БПР передбачає:

– відміна написання лікарями формальних «самозвітів»,

- інформація про навчання наводиться у портфоліо лікаря.
- відміну малоінформативних “передатестаційних циклів”
- разом з тим визнаються короткотривалі курси, майстер-класи, семінари, школи, визнається навчання за кордоном та навчання на он-лайн ресурсах. Впроваджено вільний вибір лікарем місця, спеціальності та форми навчання.
- скасовано процедуру «атестації»,
- атестаційна комісія лише верифікує отримані лікарем сертифікати про пройдене навчання.

Встановлено вимогу обов'язкового навчання з набором не менше 50 балів БПР щорічно.

5. Розроблено проекти нормативних актів щодо впровадження агенції з безперервного розвитку для акредитації провайдерів післядипломної освіти, нової моделі фінансування БПР, де «гроші ходять за лікарем» (фінансування закріплене за лікарем і може щорічно використовуватися для забезпечення безперервного професійного розвитку). Проведено комунікаційну кампанію із роз'яснення нових принципів безперервного професійного розвитку для лікарів-практиків та регіональних департаментів охорони здоров'я, фінальним етапом якої стало включення блоку, присвяченого безперервному професійному розвитку, у тур публічних консультацій, що відбувся у квітні-червні 2019 року в 11 регіонах України та був присвячений впровадженню професійного ліцензування лікарів.

6. Розроблено нову модель розподілу та проходження інтернатури. Сформовано концепцію нової моделі інтернатури - заінтересованими сторонами проходить процедуру погодження проект Положення про інтернатуру, де зафіксовано оновлений перелік спеціальностей та вимог до баз стажування. Зарахування в інтернатуру відбуватиметься шляхом електронного розподілу і залежатиме від рейтингового балу випускника та його пріоритетних заявок незалежно від форми (контракт-бюджет) навчання. Нова модель інтернатури передбачає збільшення ролі медичного закладу в підготовці інтернів. Заклади охорони здоров'я, що відповідають вимогам до баз

інтернатури, отримують додаткове фінансування за підготовку інтернів. У перспективі інтернатура має змінити свій статус з навчання на роботу, про що підготовлені відповідні зміни до законів «Про освіту» та «Про вищу освіту». Практичні навички здобуватимуться на робочому місці: інтерн є частиною професійного середовища, яке формує його.

7. У Закон України «Про освіту» внесено поняття лікарської резидентури, яка є формою спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста. Розробка проектів актів по резидентурі є логічним продовженням роботи після затвердження основоположних нормативно-правових актів, що регулюють питання інтернатури. Ініційовано проведення якісних змін науки у сфері охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я України було організовано перегляд звітів про хід виконання науково-дослідних робіт. До складу Комісії МОЗ України входять члени Наукової ради Національного фонду досліджень України та Наукового комітету Національної ради з питань розвитку науки і технологій. Щоб забезпечити прозорість та об'єктивність, а також виключити корупційну складову, кожен звіт надавався Комісії без вказання назви установи та виконавців. Інформацію, подану закладами вищої освіти, закладами післядипломної освіти та науково-дослідницькими установами, щодо наявності публікацій у виданнях, що мають імпакт-фактор більше 1, перевіряла Національна наукова медична бібліотека України на прохання МОЗ України, в якій є доступ до наукометричної бази даних Web of Science.

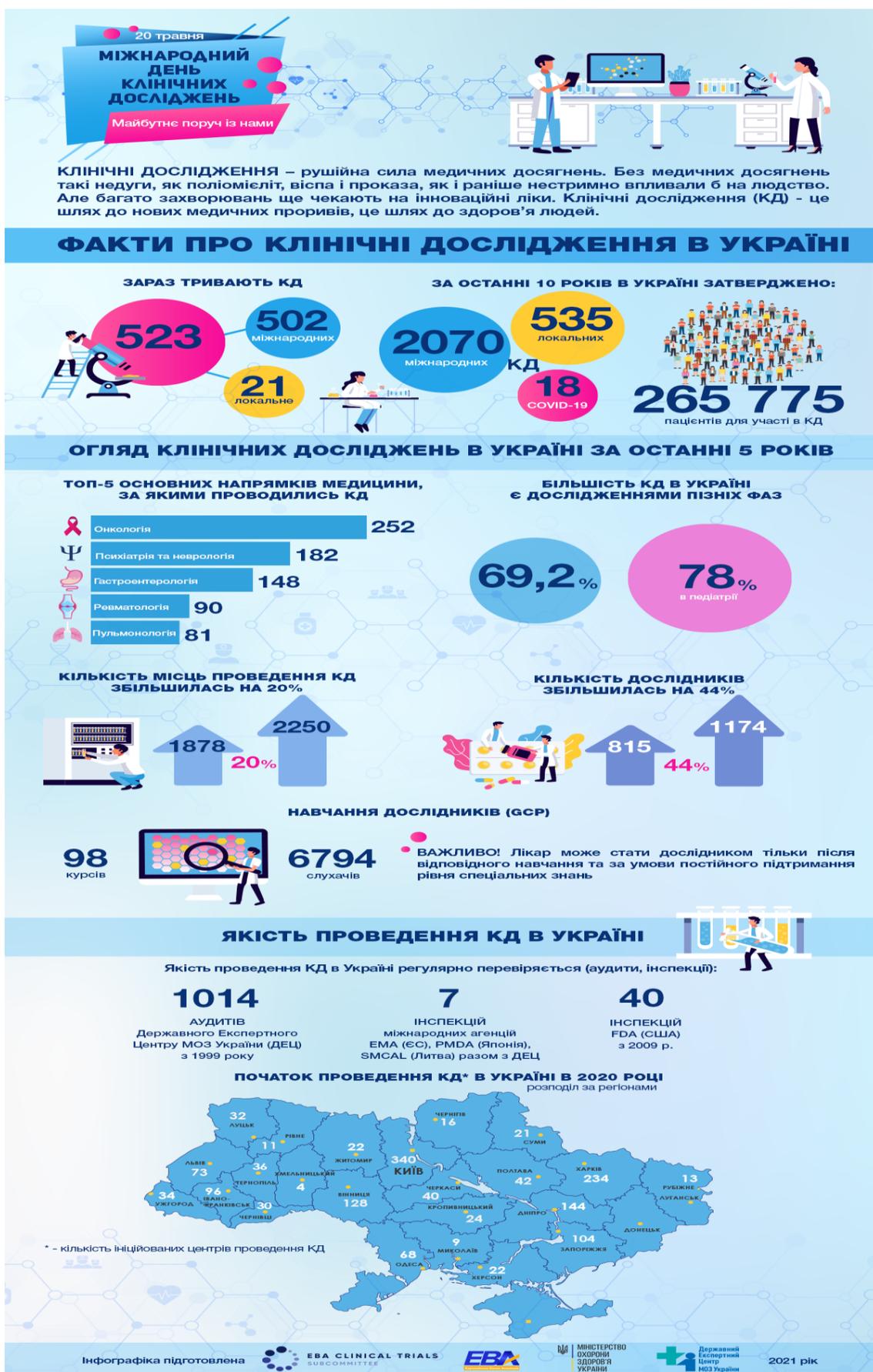


Рис. 2.3 – Державний Експертний Центр МОЗ України і система клінічних випробувань лікарських засобів в Україні[12]

8. Змінено старий принцип фінансування науково-дослідних робіт в Україні, який не був орієнтований на результат: державні кошти йшли не на наукові розробки, а на фінансування ставок. Тепер діє алгоритм, за яким перерозподіляється фінансування між закладами вищої освіти, закладами післядипломної освіти та науковими установами, що належать до сфери управління МОЗ України, відповідно до чітких критеріїв. Переваги нового принципу фінансування для медичної науки: ефективне використання коштів платників податків; орієнтація на кінцевий результат, тобто інноваційні відкриття, що визнаються на міжнародному рівні та публікуються у виданнях, що індексуються наукометричними базами Web of Science, PubMed та/або Scopus та мають імпаکت-фактор; інтеграція української медичної науки у світову науку через публікації в наукових виданнях, що високо цінуються за кордоном. Так, наприклад Національний інститут раку отримає найбільше коштів за результатами нового підходу до фінансування медичної науки. За зміненими чіткими правилами - "гроші йдуть за дослідженням" - з вересня 2019 року заклад отримає 4,26 млн грн, тоді як раніше Інститут отримував 2,64 млн грн. Більше коштів отримає і Харківський національний медичний університет - 3,22 млн грн, тоді як раніше заклад отримував 1,46 млн грн. Виконання деяких науково-дослідних робіт буде завершено до вересня 2019 року за такими причинами: дослідження не мали актуальності, практичного значення, наукової новизни та таких результативних показників як статті у виданнях, що індексуються міжнародними наукометричними базами Web of Science, PubMed та Scopus або ж установи/заклади надавали недостовірну інформацію про публікації у журналах, які входять до міжнародних наукометричних баз, що є академічно недоброчесним. Наприклад, вказані у звіті дослідження не мали ніякого відношення до теми роботи, були опубліковані не в роки виконання роботи. Результат змін – гроші ходять за ефективними дослідженнями - це чесна конкуренція між науковими командами за наявні в держави кошти. За новою прозорою системою науковці будуть орієнтуватися на публікацію своїх

досліджень у журналах, які мають високий імпакт-фактор. Щоб більше кращих дослідників (які мають високий індекс Гірша, статті у журналах з високим імпакт-фактором) візьмуть на роботу керівники установ/закладів, то більше отримає фінансування установа/заклад.

9. Впровадження кадрових змін у керівництво закладами охорони здоров'я. Значна робота проведена над внесенням змін до Національного класифікатора професій у частині розмежування функцій директора та медичного директора у закладі охорони здоров'я: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор виключно питаннями медицини. Також ініційовано впровадження нових лікарських спеціальностей, вже узгоджених з Мінсоцполітики, що дозволяють готувати спеціалістів з інтервенційної кардіології та кардіології-електрофізіології.

10. Окремий пласт роботи зроблено в частині надання домедичної допомоги - здійснюється навчання по наданню домедичної допомоги особами, які не мають медичної освіти, проте за своїми посадовими обов'язками повинні вміти надавати першу допомогу (вчителі, поліцейські, водії).

Система охорони громадського здоров'я включає державні органи, органи місцевого самоврядування, наукові установи і організації, навчальні заклади, об'єднання громадян, юридичні особи, діяльність яких спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, та збільшення тривалості життя.

Система охорони громадського здоров'я забезпечує:

а) моніторинг стану здоров'я населення, довкілля, якості харчових продуктів, та соціальних детермінант здоров'я;

б) здійснення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я та благополуччя населення;

в) здійснення координації державної політики охорони здоров'я та чіткий розподіл повноважень і відповідальності;

г) формування активного партнерства у питаннях охорони здоров'я з громадянським суспільством;

е) створення умов для здорового способу життя та створення стимулів до зменшення ризикованої поведінки населення.

Діяльність суб'єктів системи охорони громадського здоров'я спрямовується на забезпечення урахування потреб охорони здоров'я в усіх сферах суспільного життя та секторах економіки.

Прийнята Концепція розвитку системи громадського здоров'я та Національний план заходів визначають систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.

Сучасна модель системи громадського здоров'я в Україні будується за принципом децентралізації. В основу моделі покладені децентралізовані системи громадського здоров'я США та Євросоюзу. До повноважень центрів громадського здоров'я належить епідеміологічний нагляд за інфекційними захворюваннями, готовність до реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я, нагляд за факторами ризику, імунопрофілактика, промоція здоров'я та комунікаційні кампанії, програми надання послуг, пов'язаних з ВІЛ та ТБ, розвиток людських ресурсів та соціально-гігієнічний моніторинг. Центри громадського здоров'я підпорядковані, підконтрольні та підзвітні органам місцевого самоврядування.

Організаційно-методичне забезпечення центрів громадського здоров'я здійснює Державна установа "Центр громадського здоров'я МОЗ України". Станом на сьогодні в Україні створені та функціонують регіональні центри громадського здоров'я в усіх областях та м. Києві.

Понад 80% смертей в Україні спричинено хворобами системи кровообігу, новоутвореннями, хронічними обструктивними хворобами легень, діабетом. Це ті хвороби, яким в багатьох випадках можна запобігти, змінивши спосіб життя. Недотримання базових правил харчування, режиму рухової активності, безпеки

на дорозі, а також шкідливі звички є причиною численних хвороб і передчасної смертності [54]. Прикладом ефективних заходів у сфері боротьби із НІЗ є державна політика у сфері контролю над тютюном: запроваджені основні заходи Рамкової Конвенції ВООЗ з контролю над тютюном в українське законодавство, що призвело до скорочення рівня поширеності куріння серед дорослого населення на 20%, а серед підлітків на 40% за останні 7 років. Цей успіх доводить ефективність законодавчих механізмів у сфері боротьби із НІЗ. У 2018 році прийнято Національний план дій щодо неінфекційних захворювань для досягнення Глобальних цілей сталого розвитку. МОЗ України разом з іншими міністерствами розпочинає довготривалу національну кампанію для запобігання неінфекційним захворюванням. Мова йде про розробку та реалізацію інформаційної політики і проведення масштабної роз'яснювальної роботи щодо основних факторів ризику неінфекційних хвороб (тютюнокуріння, вживання алкоголю, нездорового харчування, недостатньої фізичної активності тощо) та їх наслідків для здоров'я. У 2019 році в Україні вперше проводиться STEPS – загальнонаціональне дослідження для вивчення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань (НІЗ). Дослідження STEPS відображає поетапний підхід ВООЗ до епідагляду за факторами ризику НІЗ і є простим стандартизованим методом збору, аналізу і поширення даних у країнах-членах ВООЗ. Воно дозволить отримати об'єктивну інформацію про поширення факторів ризику НІЗ. Наявність надійних даних про розподіл головних ризиків НІЗ на рівні населення країни сприятиме розробці релевантних політик для впровадження ефективних інтервенцій для профілактики та контролю поширення НІЗ в Україні.

Розпочався розвиток програм контролю інфекційних захворювань та імунопрофілактики. Уперше за останні 7 років в Україні наявна достатня кількість вакцин, щоб охопити імунізацією всі вікові групи, які цього потребують відповідно до законодавства (завдяки переходу на міжнародні закупівлі). Україна перейшла на трирічне планування закупівлі вакцин з метою забезпечення безперебійного постачання вакцин на територію України та

стратегічного багаторічного планування постачань вакцин, створено умови для повного забезпечення потреб закладів охорони здоров'я в імунобіологічних препаратах для проведення щеплень. Також запроваджено централізовану закупівлю витратних матеріалів. Проведено перегляд Календаря профілактичних щеплень та відмінено ревакцинацію від туберкульозу в 7 років, що зменшило кількість уколів для дитини під час проведення профілактичних щеплень. Зазначені дії дозволили збільшити показники охоплення профілактичними щепленнями дітей до 1 року: проти кору, краснухи та паротиту - 91% (2016 рік – 44,5%), кашлюку, дифтерії та правцю – 67,5% (2016 рік – 21%), гепатиту В – 65,2% (2016 рік – 28,8%), туберкульозу – 84% (2016 рік – 72,3%), поліомієліту - 69,2% (2016 рік – 60,8%). Спрощено вимоги до Кабінетів щеплень, запроваджено пункти щеплень. Це сприятиме покращенню доступу до послуг з вакцинації для населення. Нова методологія проведення заходів з додаткової імунізації застосована у Львівській області. Майже 27 тисяч школярів Львівської області отримали щеплення. Мобільні бригади лікарів проводили вакцинацію в закладах освіти і після закінчення спецоперації 90% школярів області були вакциновані. Завдяки новій методиці виявляється реальна кількість невакцинованих дітей та розробляється план охоплення щепленнями відповідно до ситуації в регіоні.

Закупівлі ліків для лікування туберкульозу повністю профінансовані з державного бюджету. Зареєстровано інноваційні препарати Бедаквілін та Деламанід, які дозволяють забезпечити лікування пацієнтів хворих на туберкульоз з множинною та розширеною резистентністю. З метою раннього виявлення туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, в 66 закладах охорони здоров'я поставлено 71 сучасний апарат GeneXpert, які дозволяють встановити діагноз туберкульоз протягом 2-4 годин, а також діагностувати мультирезистентні форми туберкульозу. Лікарям дозволено використовувати клінічні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я нових клінічних протоколів, зокрема для лікування хворих на туберкульоз за короткими режимами лікування та новітніми препаратами.

Оптимізовано схеми лікування ВІЛ-інфекції з позиції громадського здоров'я, що дозволило охопити антиретровірусною терапією 102 432 особи (без урахування територій, невідконтрольних Уряду України) (2016 рік - 74 780 пацієнтів). Прийнято постанову КМУ №497 від 12 червня 2019 року “Деякі питання надання послуг представникам групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ”, яка уможлиблює закупівлю послуг у сфері громадського здоров'я за кошти державного бюджету для підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Завдяки прийнятій Стратегії розвитку національної системи крові на період до 2022 року створений механізм формування національної системи крові для впровадження в Україні європейських та міжнародних стандартів і практик діяльності системи крові. Визначено шляхи та методи трансформації існуючої децентралізованої служби крові, результатом якої є відсутність рівноправного та своєчасного доступу громадян до якісних та безпечних компонентів донорської крові у необхідній кількості, у чітку централізовану трирівневу модель існування. Проведено аналіз щодо системи забезпечення якості крові та її компонентів в 16 установах національної системи крові.

Затверджено Національний план дій боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів. Протягом найближчих років Україна зробить кроки для забезпечення раціонального використання протимікробних препаратів у медицині, ветеринарній медицині, харчовій промисловості. Ним передбачено посилення контролю за рецептурним відпуском антибіотиків в аптечній мережі, обмеження застосування протимікробних препаратів в якості стимуляторів росту у тваринництві, птахівництві та рослинництві. Впровадження дієвої системи епідеміологічного нагляду за антимікробною резистентністю, Україна долучиться до загальноєвропейської мережі. Будуть впроваджені заходи з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та підходи щодо підготовки фахівців в медичній та немедичній галузях з питань раціонального використання протимікробних препаратів, а методи лабораторної діагностики відповідатимуть стандартам ЄС.

Розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року та плану заходів щодо її реалізації» Проект передбачає поетапне створення системи біобезпеки та біозахисту на основі принципу «Єдине здоров'я», спрямованої на захист населення, суспільства і держави від прямого або опосередкованого (через середовище життєдіяльності людини) впливу небезпечних факторів, в тому числі таких, що можуть призвести до надзвичайних ситуацій та становити загрозу національній та міжнародній безпеці. Основними напрямками реалізації Стратегії є: удосконалення національного законодавства з біологічної безпеки з урахуванням європейських та світових стандартів, удосконалення процесу організації та контролю у сфері біологічної безпеки та біологічного захисту; посилення кадрового потенціалу та підвищення професійного рівня фахівців з біологічної безпеки та біологічного захисту, проведення інформаційно-освітніх заходів, створення нових та удосконалення існуючих систем біобезпеки та біологічного захисту.

Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я спрямовується на формування у суспільстві абсолютного пріоритету цінності здоров'я і життя людини.

Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я полягає у забезпеченні:

- пропаганди здорового способу життя;
- випереджального інформаційно-комунікаційного супроводу розроблення та реалізації державної політики охорони здоров'я, змін у медичному обслуговуванні;
- доступності інформації щодо діяльності суб'єктів охорони здоров'я, крім інформації з обмеженим доступом.

Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я передбачає впровадження і застосування механізмів:

1) розміщення в засобах масової інформації матеріалів щодо соціальної реклами здоров'я, здорового способу життя, розроблення та реалізації державної політики охорони здоров'я;

2) регулювання реклами товарів, послуг та зразків поведінки, що негативно впливають на здоров'я;

3) дотримання об'єктивності та неупередженості інформації щодо охорони здоров'я та медичного обслуговування.

Організація інформаційного та інформаційно-комунікаційного забезпечення здійснення державної політики охорони здоров'я покладається на органи державної влади, органи місцевого самоврядування, органи професійного самоврядування працівників охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, суб'єкти господарювання у сфері охорони здоров'я.

Усі медичні заклади (принаймні більшість із них) вже вступили до процесу реформування, а саме перетворення з комунальних закладів на комунальні некомерційні підприємства [39].

Новоутворені підприємства зможуть самостійно визначати свою структуру, виходячи з попереднього досвіду управління і поставлених завдань, ефективно розпоряджатися ресурсами, враховуючи, що постатейне бюджетне фінансування відтепер для них скасоване. Так само комунальне підприємство зможе за цивільно-правовими договорами наймати лікарів фізичних осіб — підприємців, які мають ліцензію.

2.2. Реалізація політик у галузі охорони здоров'я

Таким чином, вивчивши питання формування і реформування державних політик у сфері медичних послуг, стає зрозумілим, що єдиним дієвим способом забезпечення якісного медичного захисту без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком і замовником централізованої закупівлі медпослуг – Національною службою здоров'я України. Цей підхід дозволяє розподілити ризики виникнення хвороби та

витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, спрямовуючи фінансові ресурси на закупівлю необхідних медичних послуг та лікарських засобів в межах державного гарантованого пакету у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Предметом закупівлі стає *державний гарантований пакет медичної допомоги* — прозоро визначений обсяг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років та у зв'язку з вагітністю та пологами, а також лікарських засобів, право на отримання якого у разі потреби матимуть всі без винятку громадяни України. Вартість цих послуг покриватиметься системою страхування повністю або частково. Перехід на нову систему закупівель медичних послуг супроводжується створенням та постійним вдосконаленням сучасної платформи для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді.

Пропонована модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальною, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів реформи широким верствам населення [48].

У 2016 році Міністерство розпочало впровадження необхідних для комплексних змін галузі кроків за напрямками:

1) *Трансформація первинної ланки*

Трансформація системи охорони здоров'я в Україні розпочалася з первинної ланки у 2018 році. Вперше в історії українці змогли обрати свого

сімейного лікаря, терапевта чи педіатра незалежно від місця реєстрації. Усі послуги для пацієнтів покривають на 100% з державного бюджету. НСЗУ здійснює оплату закладу первинки за кожного підписаного пацієнта. З січня по липень 2019 року НСЗУ виплатила закладам первинної медичної допомоги 9,5 млрд грн. Станом на липень 2019 року свого сімейного лікаря вже обрали понад 28 мільйонів українців, 76% наших співгромадян задоволені своїм вибором. Заклади первинки також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатись власними коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність використання активів. Керівник закладу може встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, що допускаються законодавством, вкладати вільні кошти в переоснащення або додатково наймати лікарів - ФОП. Тепер лікарі, які ефективно працюють, отримують заробітну плату, що зросла 2-4 рази.

2) *Оптимізація мережі закладів системи охорони здоров'я*

Відповідно до змін поточної системи, яка фінансує медичні заклади залежно від кількості мешканців (розмір медичної субвенції в регіони залежить від кількості населення), відбувається оптимізація мережі медичних установ. Утворюються госпітальні округи, які охоплюватимуть центральну лікарню, що має надавати об'єм медичної допомоги на рівні БЛЛЛ першого рівня (БЛЛЛ - багатoproфільні лікарні інтенсивного лікування), де лікуватимуть найскладніші випадки, та інші лікарні на рівні БЛЛЛ другого рівня, що виконуватимуть допоміжні функції. У межах госпітального округу пацієнт повинен мати змогу дістатися до центральної лікарні (самостійно або «швидкою допомогою») протягом 60 хвилин.

3) *Запровадження електронної системи охорони здоров'я*

Створено електронну систему охорони здоров'я eHealth, яка допомагає пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги. Вона дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням. З квітня урядова програма "Доступні ліки" перейшла під управління НСЗУ. Пацієнти

отримуватимуть ліки лише за електронними рецептами виключно в системі eHealth. Працює електронна медична картка, електронна історія хвороби, тощо. Триває робота над електронним лікарняними листами, що повністю замінять паперові. Станом на 30.07.2019 в системі зареєстровано 28 174 013 декларацій з лікарями первинної ланки, що становить понад 66% населення України, виписано понад 4,6 млн електронних рецептів. Міністерство розробило і погоджує Концепцію інформатизації охорони здоров'я. Сучасна електронна система охорони здоров'я є невід'ємною частиною трансформації охорони здоров'я України [52].

4) *Міжнародні закупівлі ліків та медвиробів*

МОЗ України почало здійснювати централізовані закупівлі ліків за державний кошт через міжнародні організації. Завдяки державним закупівлям через міжнародні організації, в Україні з'явилося 76 нових препаратів, які зареєстровані та доступні для громадян. Також державні закупівлі через міжнародні організації дозволили закуповувати ті самі ліки значно дешевше. Наприклад, 90% препаратів за напрямком дорослої онкології сьогодні закуповують дешевше, ніж 2014 року. Окрім того, згідно з висновками аудиту Рахункової Палати у 2017 році було зафіксовано економію бюджетних коштів до 39%. Наприкінці 2018 року створили ДП "Медичні закупівлі України". Ця агенція повинна стати основною закупівельною організацією та забезпечувати прозоре, якісне та своєчасне постачання препаратів.

5) *Гарантовані державні пакети медичних послуг*

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні – запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допомагає опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини. До кінця 2020 року також були автономізовані всі заклади охорони здоров'я, що підключені до нового механізму фінансування за програмою медичних гарантій. Це крок до

формування єдиного медичного простору, коли всі лікарні, в тому числі і відомчі, стануть доступними для всіх українців.

б) Система надання екстреної медичної допомоги в 2020 році була трансформована відповідно до сучасних норм та практик. Для цього Міністерством розроблено та затверджено Концепцію розвитку системи екстреної медичної допомоги. Були запроваджені зміни в систему алгоритмів диспетчеризації. Передбачено створення нової IT-інфраструктури, оновлення протоколів диспетчерів та командних дій бригад, оновлено вимоги до обладнання та закуплено нові автомобілі. Перебудова приймальних відділень в лікарнях буде здійснена з урахуванням нових протоколів дій в медичному закладі з доступом до обладнання 24/7. Концепція також передбачає, що понад 33 тис. фахівців ЕМД впродовж 2019-2023 років пройдуть підготовку для здобуття професійної кваліфікації «парамедик» та «екстрений медичний технік», що стане передумовою зростання оплати праці. Заплановано закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплати медикам, які пройдуть нову програму підготовки інструкторів, і покращення роботи диспетчерів. У лютому 2020 року розпочались зміни у системі професійної підготовки працівників екстреної медицини і вже є групи тренерів, що пройшли навчання за кращими світовими стандартами. Працівники, які пройдуть тренінги, зможуть обійняти посади парамедиків та отримати нові умови праці. У травні 2020 року Кабінет Міністрів України направив кошти для закупівель апаратно-програмного комплексу оперативно-диспетчерських служб усіх регіонів України, які мають таку потребу. За участі представників екстреної допомоги пілотних областей розроблені технічні умови для проведення закупівель машин швидкої допомоги. З 01.08 19 року в регіони надійшла субвенція на закупівлю понад 400 машин екстреної допомоги. Розпочався процес створення всіх умов для розвитку трансплантації.

7) У 2019 році було внесено відповідні зміни в Закон, що регулює трансплантацію в Україні. Розроблено функціонал Єдиної державної інформаційної системи трансплантації (далі ЄДІСТ). На базі Запорізького

медичного університету розпочалося навчання трансплант - координаторів. У 2020 році нова система трансплантації продовжить набирати спроможності та розгортатися по всій країні.

8) Системні зміни відбуваються у лікуванні *серцево-судинних захворювань* в Україні, які зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності. Відбувається розбудова реперфузійної мережі по всій країні. На сьогодні функціонує 42 цілодобових кардіоцентри, які покривають приблизно 90% території України, з радіусом охоплення 70 км. Це забезпечує своєчасне доведення пацієнтів до закладу. Всі кардіоцентри - це спільна робота місцевої влади, МОЗ України та Світового банку. Показник летальності в реперфузійних центрах нижчий, ніж середній показник по Україні (4,7% проти 12,3% відповідно). Це втричі більше людей, які раніше б не отримали належної допомоги через застарілу систему. В кардіоцентрі забезпечується надання допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST. Показники летальності від зазначеного типу інфаркту в областях із реперфузійними центрами зменшилася в 2,6 раза у порівнянні з 2015 роком. Збільшилась і сама кількість стентувань завдяки закупівлям та розподілу стентів. Через міжнародні організації закуплено 25 тис. стентів. Це означає, що потреба для безкоштовного лікування хворих з інфарктом міокарду покрита стовідсотково. Нова формула розподілу стентів та витратних матеріалів між закладами охорони здоров'я незалежно від їх підпорядкування створює справедливу і логічну систему забезпечення кардіоцентрів відповідно до кількості проведених стентувань. У результаті пацієнт з гострим інфарктом міокарда, що доставляється каретою швидкої, повністю забезпечений стентами та витратними матеріалами, необхідними для проведення операції.

9) *Фармацевтична політика*

Формування державної політики у цій сфері включає створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів, медичних виробів, косметичних засобів, обігу наркотичних засобів,

психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, вироблення альтернативних варіантів розв'язання існуючих проблем.

Більше половини населення України не лікується або робить це безсистемно. Понад 50% від усього ринку спожитих ліків у 2017 році становлять симптоматичні препарати чи ліки без доведеної клінічної ефективності. За результатами проведених досліджень ВООЗ майже 10,5% всієї медичної продукції, що використовується в країнах з низьким та середнім рівнем доходів, не витримує перевірки та є фальсифікатом. Через відсутність єдиної системи моніторингу обігу ліків, в Україні неможливо визначити обсяг фальсифікованих ліків. Проте не виключною є ситуація, коли в Україні показники кількості фальсифікованих лікарських засобів можуть бути вищими, ніж середній показник, отриманий ВООЗ. Використання високоякісних генеричних препаратів дозволяє, з одного боку, істотно зменшити державні витрати на лікування, а з іншого - зберігати високий рівень і якість лікування.

Проте нині в Україні практично відсутня інформація про взаємозамінність лікарських засобів. Зазначене робить проблематичним оптимальний вибір препаратів, оскільки не можна однозначно рекомендувати споживачеві використання більш дешевого фармацевтичного аналога. Відтак, можна констатувати ознаки нераціонального використання лікарських засобів (поліпрагмація, самолікування, недостатнє споживання основних лікарських засобів на тлі надмірного споживання інших), а також використання дороговартісних препаратів за наявності на ринку України більш дешевих альтернативних лікарських засобів з однаковою ефективністю та рівнем безпеки.

На сьогодні в Україні заборонено обіг, зокрема застосування в медичних цілях, препаратів канабісу. Згідно проведених досліджень Європейським центром моніторингу за наркотиками та наркозалежністю, за допомогою медичного канабісу лікують такі хвороби, як хвороба Альцгеймера, хронічний біль, синдром подразненого кишківника, в тому числі хвороба Крона і виразковий коліт, множинний склероз, епілепсія у дорослих і дітей,

посттравматичний синдром. Окрім того, медичний канабіс ефективний при тривожності, порушеннях сну, для поліпшення апетиту у ВІЛ-інфікованих, депресії. У країнах, де застосування медичного канабісу легалізовано, діють чіткі механізми роботи всіх заінтересованих сторін (лікарі, правоохоронні органи, виробники медичного канабісу). Також, пацієнт для отримання препаратів має відповідати певним критеріям відбору. Легалізація медичного канабісу в Україні передбачає відповідне врегулювання, як на законодавчому рівні, так і під час імплементації даного підходу. Обіг нових психоактивних речовин (НПР), що продаються на наркоринку як замітники заборонених наркотиків, таких як канабіс, метамфетаміни, кокаїн, «екстазі», героїн та бензодіазепіни, становить глобальну проблему. НПР – це загальний термін, який охоплює нові наркотики, що називаються «курильними сумішами», «спайсами», «солями», «дизайнерськими наркотиками», «легальним дурманом» тощо. Кількість таких речовин щороку зростає стрімкими темпами, що перевищує можливості встановлення контролю над ними на національному та міжнародному рівнях. Так, система «раннього сповіщення» ЄС щодо нових психоактивних речовин, стосовно яких ще не встановлено режиму контролю, у 2016 році охоплювала понад 560 речовин, що вдвічі перевищує число психоактивних субстанцій, на які розповсюджуються міжнародні правила контролю над наркотиками. При цьому у 2015 році в ЄС вперше виявлено понад 100 таких речовин. Через те, що такі речовини часто не підпадають під заходи контролю, на ринку (у т.ч. в мережі інтернет) вони часто позиціонуються як «легальні наркотики» («legal highs»). Процедури допуску лікарських засобів на ринок та погодження клінічних випробувань тривають в середньому на 15-25% часу довше, ніж аналогічні процедури у країнах ЄС. Також спостерігається недостатня ефективність механізмів із забезпечення післяреєстраційного контролю якості лікарських засобів. Подальше приведення української системи допуску на ринок лікарських засобів у відповідність із законодавством та практиками ЄС, а також втілення системних змін у сфері регулювання допуску на ринок лікарських засобів, стимулюватимуть подальше

зростання фармацевтичного ринку України, залучення нових інвестицій у фармацевтичний сектор, підвищення доступності лікарських засобів для пацієнтів та закладів охорони здоров'я.

Також варто окремо зазначити, що нині фармацевтична реклама – це найбільший сегмент рекламного ринку на телебаченні України. За даними Нацради з питань телебачення та радіомовлення від 30% до 50% загальної кількості реклами на українському телебаченні – реклама лікарських препаратів та медичних виробів. Найбільшою проблемою реклами лікарських засобів є свідоме маніпулювання інформацією про препарат та його властивості. Найвиразніший показник впливу реклами лікарських засобів на пацієнтів є те, що понад 50% від усього ринку спожитих ліків у 2017 році становлять симптоматичні препарати чи ліки без доведеної клінічної ефективності.

Варто зазначити, що неконтрольована реклама ліків спонукає українців до самолікування та Google-терапії. За останніми даними соціологічних досліджень, в Україні майже 69% хворих займаються самолікуванням, не звертаючись за допомогою до лікарів. Це призводить до збільшення випадків ускладнень, особливо у хронічно хворих пацієнтів, впливає на високі показники інвалідності і скорочення тривалості життя.

Ліки, які споживають українці, повинні бути якісними, безпечними та ефективними. Для реалізації цієї мети з 2016 року Міністерство розпочало системні кроки за такими напрямками:

1. Допуск на ринок та обіг лікарських засобів

- a) створена екосистема, в якій немає місця для корупції;
- b) забезпечено прозору реєстрацію ліків, відкрито Сервісний центр для роботи з представниками фармацевтичних компаній на базі ДЕЦ;
- c) впроваджені елементи електронних процедур, запроваджено і підтримується реєстр клінічних досліджень, який забезпечує відкритість роботи регуляторних органів і дає можливість пацієнтам отримати доступ до інноваційного лікування;

d) забезпечені прозорі умови для виробників ліків — їм більше не потрібно платити хабарі за реєстрацію в Україні. І звісно, більше не можна за хабар зареєструвати неякісні ліки та продавати їх українцям. Не можна також вручну заблокувати реєстрацію ліків конкурентів.

2. Якість лікарських засобів

Міністерством розроблена Концепція реалізації державної політики щодо запобігання фальсифікації лікарських засобів. З 1 вересня 2019 року упаковки препаратів маркуватимуться, і за допомогою мобільного додатку, скануючи код, можна буде перевірити їх оригінальність. Додаток розробляє Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, а його запуск очікується наприкінці 2021 року. Впродовж 2019-2020 років реалізується пілотний проект та оцінюється його ефективність, впроваджується електронна база даних і автоматизована система проведення моніторингу обігу ліків. Впродовж 2021-2023 років заплановано поступове запровадження обов'язкового маркування, розвиватиметься наповнення і функціонал інформаційної бази ліків. З часом її інтегрують з центральним компонентом системи eHealth, а контролюючі органи зможуть в онлайн-режимі бачити, зокрема, продажі ліків за рецептом - база даних маркувань ліків буде інтегрована з базою рецептів. Якщо препарат продаватимуть без рецепта, то контролюючі органи отримають повідомлення від системи і зможуть негайно належним чином відреагувати на цей випадок. Держава матиме реальну статистику споживання пацієнтами ліків і зможе більш точно планувати обсяги закупівель ліків та фінансування державних програм.

3. Забезпечення доступності та раціонального використання ліків (госпітальна ланка)

У 2017 році Міністерством затверджено Національний перелік основних лікарських засобів - перелік безпечних ліків із доведеною ефективністю, які держава гарантує пацієнту безкоштовно завдяки раціональному використанню державних коштів. До цього переліку увійшло загалом 426 діючих речовин лікарських засобів з різними формами випуску та дозуванням. Національний

перелік сформовано на основі базового переліку ВООЗ та доказів ефективності, безпеки та економічної доцільності лікарських засобів. Його розробці передувало визначення пріоритетних для України захворювань і станів. Це розширило доступ до лікування та дало можливість пацієнтам лікуватись доведено ефективними ліками за державний кошт, що в свою чергу сприятиме збільшенню тривалості та якості життя.

4. Забезпечення доступності та раціонального використання ліків (амбулаторна ланка)

У квітні 2017 року Міністерство ініціювало урядову програму реімбурсації “Доступні ліки”. Пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою та діабетом II типу мають можливість безоплатно або із невеликою доплатою отримати необхідні ліки. Із квітня 2019 року в рамках цієї програми ліки можна отримати тільки за електронним рецептом, виписаним сімейним лікарем через eHealth. Із моменту запуску електронного рецепту по усій країні виписали понад 4 мільйони рецептів. Майже 80% з них - на ліки від серцево-судинних захворювань, 17% – діабету 2 типу, 3% – бронхіальної астми. Завдяки програмі українці змогли лікуватись безперервно і не переривати курс через нестачу коштів, для багатьох - це єдина можливість отримати необхідне лікування. Згідно зі звітом ВООЗ, програма «Доступні ліки» позитивно вплинула на доступ українців до ефективних препаратів, а також на ціну ліків, які входять до програми. В усіх категоріях (крім бронхіальної астми) ціни знизилися після початку дії програми. У деяких категоріях ліків зниження ціни відбулося навіть на 30–40%. За результатами роботи Урядової програми “Доступні ліки” станом на 21.06.2019 (дані):

- кількість юридичних осіб (аптечних закладів), що уклали договори – 1035 договори
- кількість аптек та аптечних пунктів, що фактично відпускають ліки – 3917
- сума відшкодованих коштів, що оплачена за договорами, – 121 млн. грн.

- кількість відшкодованих рецептів – 1,9 млн.
- реєстр лікарських засобів, вартість яких компенсує пацієнтам держава повністю або частково, містить загалом 258 торгових назв лікарських засобів, 198 - для лікування серцево судинних захворювань (з них 46 є безкоштовними, інші з доплатою), 14 - для лікування бронхіальної астми (з них 6 є безкоштовними, інші з доплатою), 46 - для лікування діабету 2 типу (з них 12 є безкоштовними, інші з доплатою). Пацієнт може сам обрати в аптечному закладі або безкоштовний препарат (вартість якого компенсується державою повністю) або препарат з доплатою (сплатити певну суму з власних коштів). В кінці липня 2021 року відповідний Реєстр був оновлен.

5. Забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну

До 2017 року закупівлі інсулінів здійснювались на непрозорих тендерах за паперовими списками пацієнтів. Це призводило до витрачання мільйонів гривень на неіснуючих пацієнтів. За останні два роки рівень забезпечення доступу до препаратів інсуліну пацієнтів з діабетом значно поліпшився. Це стало можливим завдяки впровадженню механізму реімбурсації вартості препаратів інсуліну, що дозволяє хворим отримувати препарати за рецептом свого лікаря у аптечних закладах незалежно від місця проживання. Одним із головних чинників таких результатів є електронний реєстр пацієнтів, який дозволяє краще планувати потребу і фактично зводить до нуля можливості маніпуляцій і корупції. Електронний реєстр дає можливість отримувати достовірну інформацію щодо кількості пацієнтів, призначень препаратів інсуліну, роботи аптечної мережі, тощо. Реєстр містить аналітичну інформацію і для експертів-ендокринологів, і для policy makers на рівні МОЗ та департаментів охорони здоров'я. Завдяки програмі забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну близько 200 тисяч пацієнтів з діабетом можуть краще контролювати хворобу, а реєстр пацієнтів дозволяє ефективно використовувати бюджетні кошти.

6. Забезпечення раціонального використання фінансових ресурсів під час прийняття рішення про закупівлю медикаментів, медичних виробів та послуг

Оцінку медичних технологій (ОМТ) використовують у більшості країн ЄС. Це науковий підхід визначення, які лікарські засоби і медичні послуги доцільно фінансувати та закуповувати державою. Кінцева мета проведення ОМТ - знайти найоптимальніший метод лікування через порівняння його клінічної ефективності та вартості, і рекомендувати його МОЗ. На основі цих експертних висновків МОЗ має обрати найефективніше лікування для окремих захворювань та станів, яким можна охопити якомога більшу кількість пацієнтів. МОЗ розпочато впровадження цього підходу в Україні. Створено окремий департамент із оцінки медичних технологій на базі ДП «ДЕЦ МОЗ України». На основі цього департаменту МОЗ в подальшому має на меті створити окремий незалежний орган із оцінки медичних технологій.

7. Безпечність косметичної продукції

Однією з важливих проблем косметичної галузі є відсутність однозначного законодавчого розмежування між лікарськими та косметичними засобами, а також відсутність регламентованих вимог до інгредієнтів косметичної продукції. Це провокує хаотичну реалізацію продукції. МОЗ розроблено вимоги до косметики на українському ринку, які будуть такими ж, як і на європейському. Вимоги до самої косметики, а також вимоги до українських і закордонних виробників, будуть однаковими. Ті компанії, які вже нині мають потужності для застосування нових стандартів, без проблем перейдуть на нові умови. Для інших передбачений перехідний період - 18 місяців. Це дозволить затвердити нові методології і налагодити процеси без фінансових ризиків для компаній і нечесної конкуренції. Для споживачів нові норми - це гарантія якості і безпеки.

Для ефективною реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я було створено та оновлено ряд державних структур, які відповідають за впровадження напрацьованих Міністерством політик.

– *НСЗУ*

Найбільша за функціоналом та повноваженнями з них – Національна служба здоров'я України, яка є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я для реалізації державних політик у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. НСЗУ є національним страховиком, який укладає договори із закладами охорони здоров'я та заковує у них послуги з медичного обслуговування населення. Також служба контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати закладам за надані послуги. НСЗУ було створено постановою КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» № 1101 від 27 грудня 2017 р.[15] як один із ключових елементів трансформації системи фінансування сфери охорони здоров'я. Створення НСЗУ, створення її територіальних органів та перехід на фінансування закладів за програмою медичних гарантій мінімізує або позбавляє частини функцій, які виконуються структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій, наприклад:

a) перехід до оплати первинної медичної допомоги за договорами про медичне обслуговування за програмою мед. гарантій не вимагає залучення департаменту до бюджетного процесу;

b) перехід до реімбурсації вартості лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» за договорами з аптечними закладами не вимагає адміністрування і розподілу коштів з боку департаментів;

c) внаслідок автономізації, комунальні некомерційні підприємства планують свою діяльність самостійно і не залежать від підрозділів з питань охорони здоров'я.

d) заклади охорони здоров'я є підзвітними лише власнику та НСЗУ. Прозорість і відкритість роботи Національної служби здоров'я України, зокрема, забезпечується завдяки використанню електронної системи охорони здоров'я. Підписання договорів із медичними і аптечними закладами,

звітування і оплата за договорами здійснюються виключно в електронній формі. На сайті НСЗУ в режимі реального часу розташовані дашборди з відкритими даними щодо діяльності закладів первинної допомоги та аптечних закладів, які працюють за договорами з НСЗУ, від мапи закладів і вікової структури пацієнтів до кількості і складу медичних працівників і щомісячних виплат за кожним договором. Дані у відкритому доступі на сайті Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за посиланням: <https://nszu.gov.ua/e-data> . Для органів місцевої влади та структурних підрозділів з питань охорони здоров'я відкриті дані на сайті НСЗУ надають великі можливості аналізу статистичних даних для планування розвитку системи охорони здоров'я області, району, міста, села чи ОТГ. Для стратегічного планування, наприклад, важливо визначити необхідну кількість лікарів та молодшого медперсоналу на певних територіях чи в закладах, їхню спеціалізація. Є можливість планувати кампанії із заохочення стежити за своїм здоров'ям, відстежуючи, представники яких вікових груп найменше обрали своїх лікарів. Також цей інструмент дозволяє вирішувати тактичні задачі. Наприклад, керівництво району може заохотити фахівця перейти з одного закладу до іншого, побачивши, де менше декларацій припадає на одного лікаря. Крім цього, представники місцевої влади можуть побачити цілісну картину щодо укладання договорів закладами з Національною службою здоров'я.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтраковано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій.

З них:

- 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки;
- 29,7 млрд. грн. - закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу;
- 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомоги.
- також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

З січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки.

На надання населенню первинної допомоги законтраковано 1682 надавачів,

з яких

- 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я,
- 206 – приватні,
- 374 – лікарі ФОП.

Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП.

Зросла також і чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року їх стало більше на понад 800 осіб.

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду.

Спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч пацієнтів за пріоритетними послугами у квітні-серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій цього року визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги:

- лікування гострого мозкового інсульту;
- лікування гострого інфаркту міокарда;
- допомога при пологах;
- допомога у складних неонатальних випадках;
- інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань.



Рис. 2.3. НСЗУ і оплата пакетів медичних гарантій (використані дані сайту НСЗУ)

На сьогодні медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам.

До Програми медичних гарантій також входить програма реімбурсації «Доступні ліки», за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою «Доступні ліки» користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн.

– ДП «Електронне здоров'я»

Впровадження змін в системі охорони здоров'я були б неможливі без ДП «Електронне здоров'я». Це державне підприємство було створено Наказом МОЗ України №1597 від 14 грудня 2017 року як елемент трансформації системи охорони здоров'я, що об'єднує реєстри медичних закладів, лікарів та

пацієнтів з метою вироблення якісних рішень, які базуються на достовірних даних, що постійно оновлюються [7].

Штатна чисельність ДП складає 32 одиниці, наразі структура заповнена приблизно на 50%, проте, частина працівників знаходяться на частковій зайнятості через обмежене фінансування і неможливість покрити 100% видатків на оплату праці цих співробітників. Дані видатки покриваються за рахунок сторонніх, не заборонених законом, джерел фінансування, що в свою чергу не сприяє розбудові сталої структури. В рамках запровадження сучасних та ефективних принципів управління, організаційна структура ДП буде змінюватись. Даний крок не передбачає суттєвого збільшення штату, проте дозволить якісно побудувати операційні процеси і своєчасно реагувати на виклики, які можуть виникати в процесі адміністрування сучасних цифрових інструментів.

ДП «Електронне здоров'я» виступає основним розробником технічного ядра eHealth в Україні.

eHealth — електронна система охорони здоров'я, що забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення. Також ДП стає центром експертизи та площадкою, де будуть розміщуватись проекти з інформатизації та сучасні цифрові інструменти в сфері охорони здоров'я.

Система eHealth складається з:

- Центральної бази даних — ЦБД (адміністратор ДП «Електронне здоров'я»);
- Електронних медичних інформаційних систем — МІС (системи, які дають змогу автоматизувати роботу медзакладів з ЦБД).

Міністерство охорони здоров'я регулює впровадження eHealth на нормативно-правовому рівні. Національна служба здоров'я України укладає договори з постачальниками медичних послуг; аналізує та використовує дані з метою прогнозування потреб населення у медичних послугах, розробки

програми медичних гарантій, встановлення тарифів, здійснення моніторингу договорів; здійснює оплати за медичні послуги на умовах договору.

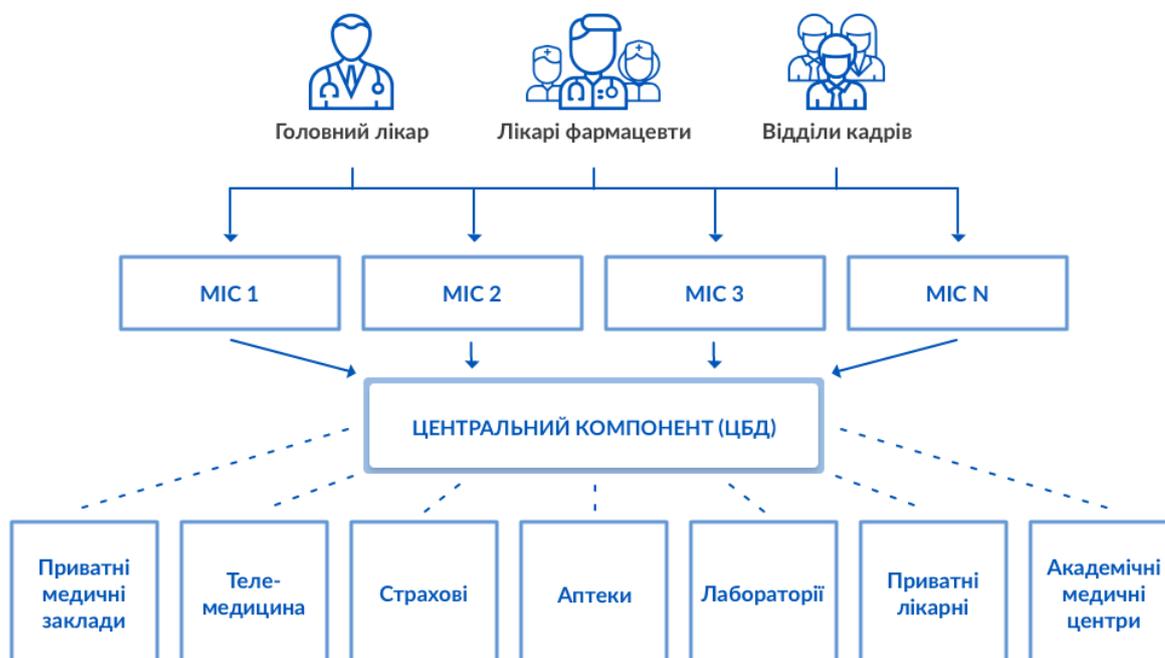


Рис. 2.2. Архітектура системи eHealth

– *Центр громадського здоров'я*

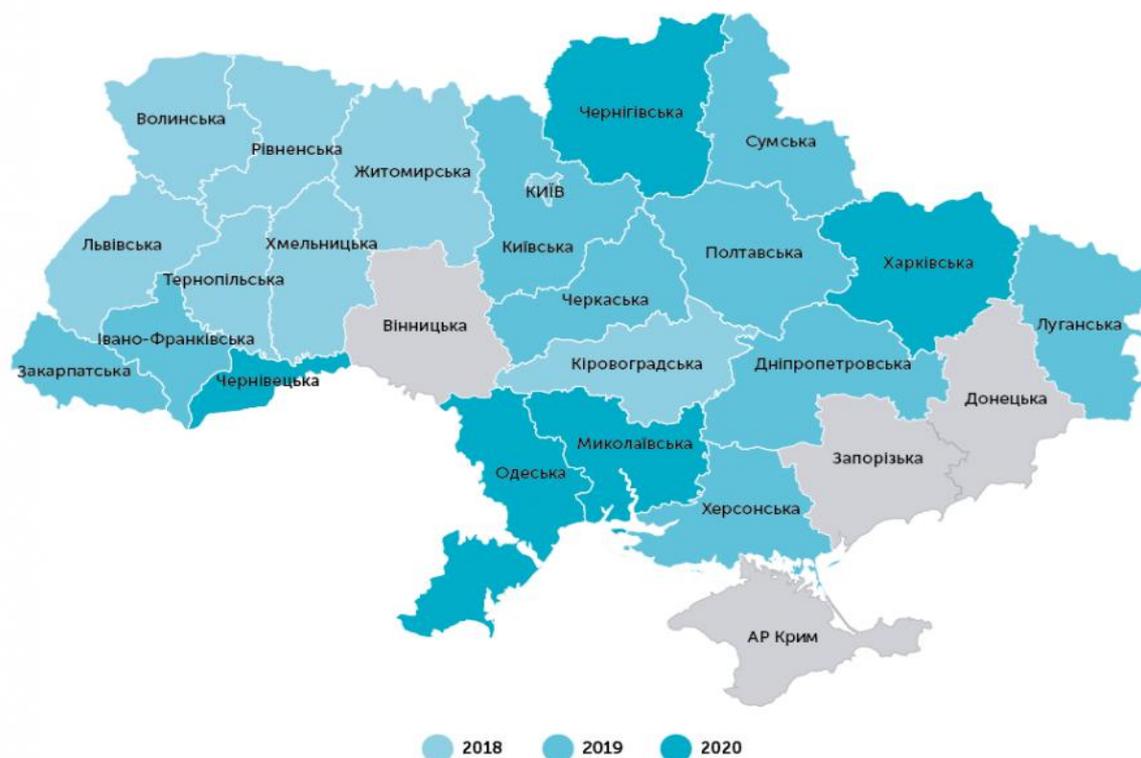
Ще одна структура, яка також є рушієм змін в системі охорони здоров'я – Центр громадського здоров'я МОЗ (далі - ЦГЗ).

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» — це заклад охорони здоров'я, що відповідає за збереження і зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я.

Одна з головних політик, яку реалізує ЦГЗ – це зміна парадигми мислення населення від необхідності лікування до необхідності збереження власного здоров'я. Центр громадського здоров'я було створено наказом МОЗ України від 18.09.2015 № 604 на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 2 вересня 2015 року № 909-р, через реорганізацію шляхом злиття

державних підприємств, установ, організацій, що визначені Міністерством, а також тих, що передані йому за переліком, визначеним Державною санітарно-епідеміологічною службою, для забезпечення здійснення функцій у сфері епідеміологічного нагляду. Свої функції ЦГЗ реалізує через мережу регіональних центрів громадського здоров'я, які є комунальними неприбутковими підприємствами, а їхніми власниками — органи місцевого самоврядування. ЦГЗ не матиме підпорядкованих структур, лише чотири філії: у Києві, Одесі, Львові та Харкові. Філії відповідатимуть за контроль над хворобами, що мають міжнародне значення та особливо небезпечними інфекційними захворюваннями. Можливість створення регіональних філій керівником центру за погодженням з уповноваженим органом управління визначено статутними документами. ЦГЗ координує розбудову регіональних систем громадського здоров'я та надає підтримку регіональним лідерам у цьому процесі. Наразі в 11 регіонах створено центри громадського здоров'я, які складаються з колишніх регіональних центрів здоров'я, центрів медичної статистики, центрів моніторингу та оцінки ТБ/ВІЛ, лабораторних центрів МОЗ України.

ПРОТЯГОМ 2018–2020 РОКІВ СТВОРЕНО МЕРЕЖУ З 22 РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я



ВІДДІЛИ РЦГЗ



Рис. 2.4. Регіональні ЦГЗ.

– Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Державне підприємство «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України» (далі ДЕЦ) - уповноважена МОЗ експертна організація у сфері доклінічного вивчення, клінічних випробувань та державної реєстрації лікарських засобів. ДЕЦ також є головною організацією у сфері здійснення фармаконагляду, стандартизації медичної допомоги та медичного і фармацевтичного, обслуговування. Структуру було створено наказом МОЗ України від 07 жовтня 2010 року № 188-о шляхом реорганізації двох

Державних підприємств «Державний фармакологічний центр» та «Центр імунобіологічних препаратів». За останні роки ДЕЦ запровадив ряд сучасних інструментів, які дозволяють здійснювати швидко та прозору взаємодію держави та фармвиробників. Запроваджено Реєстр клінічних випробувань лікарських засобів - інформаційна база даних, у якій представлено інформацію про всі клінічні дослідження, що затверджені наказами МОЗ України на підставі позитивних висновків ДЕЦ та дозволені до проведення в Україні. ДЕЦ - перша державна експертна установа в Україні, яка перейшла на сервісний формат роботи з компаніями. У 2019 році було відкрито Сервісний центр, де надаються послуги фармвиробникам, які хочуть зареєструвати ліки в Україні або провести клінічні дослідження. Через Сервісний центр надаються усі послуги ДЕЦ та «Єдиного вікна» МОЗ для компаній і дистриб'юторів. Відкриття центру дозволило у 2,5 рази збільшити кількість робочих годин, протягом яких компанії отримують послуги і консультації. Новий механізм взаємодії також є таким, що попередить можливу корупцію. Адже алгоритм звернення виключає можливість безпосередньої взаємодії між представником фармкомпанії та експертом, що вивчатиме досьє препарату.

– *Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками*

Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (далі - Держлікслужба) є центральним органом виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Держлікслужба реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, медичної техніки і виробів медичного призначення, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Структуру було створено ще 15 вересня 1992 року як Державну інспекцію по контролю якості лікарських засобів у підпорядкуванні МОЗ України. Законодавчого регулювання своїх повноважень та діяльності Державна інспекція набула у 1996 році з прийняттям Закону України «Про лікарські засоби»

У 2000 році було сформовано Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення у складі Міністерства охорони здоров'я України як профільний структурний підрозділ у сфері контролю якості лікарських засобів в Україні.

З 2001 року в Україні була створена та почала повноцінно функціонувати сучасна ефективна вертикаль системи державного контролю якості лікарських засобів.

Було прийнято перші стратегічні рішення та нормативно-правові акти:

– наказом МОЗ України від 12.12.2001 № 497 затверджено Порядок заборони (зупинення) та вилучення з обігу лікарських засобів на території України;

– наказом МОЗ України від 26.10.2001 № 428 затверджено Інструкцію з оформлення матеріалів про адміністративні правопорушення законодавства України щодо забезпечення якості лікарських засобів;

– наказом МОЗ України від 30.10.2001 № 436 затверджено Інструкцію про порядок контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібною торгівлі.

У 2002 році в Україні функціонувало 27 територіальних державних інспекції та Центральна лабораторія з аналізу якості лікарських засобів.

У 2003 році на виконання Указу Президента України було створено Державну службу лікарських засобів і виробів медичного призначення як урядовий орган державного управління.

У цьому ж році постановою Кабінету Міністрів України від 17.07.2003 N 1075 затверджено Програму боротьби з виробництвом та розповсюдженням фальсифікованих лікарських засобів на 2003-2008 роки, а у 2004 році визначено (постанова КМУ № 1419 від 28.10.2004), що обіг лікарських засобів на території України повинен здійснюватися відповідно до вимог належних виробничої, дистрибуторської, лабораторної та клінічної практик, гармонізованих з відповідними директивами ЄС і ВООЗ. Того ж року

затверджено Правила торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах (постанова КМУ № 1572 від 17.11.2004).

Протягом 2010-2011 років в Україні запроваджено як обов'язкові вимоги настанов з Належної виробничої практики (GMP) та Належної практики дистрибуції (GDP), процедури інспектування виробництва лікарських засобів та оптової торгівлі лікарськими засобами, гармонізовані з європейськими.

З 2011 року в Україні введено кримінальну відповідальність за фальсифікацію лікарських засобів.

У 2011 році Держлікслужба України набула членства в PIC/S (Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme – міжнародна Система співробітництва фармацевтичних інспекцій).

З 2012 року у структурі Держлікслужби функціонують 10 лабораторій, оснащених відповідно до рекомендацій ВООЗ. Центральну лабораторію прекваліфіковано ВООЗ, акредитовано Європейським директором з контролю якості ліків Ради Європи та включено до Загальноєвропейської мережі офіційних лабораторій з контролю якості лікарських засобів – GEON (General European OMCL (official medicines control laboratories) Network).

Того ж року Україна ратифікувала Конвенцію Ради Європи про підроблення медичної продукції та подібні злочини, що загрожують охороні здоров'я (Конвенцію Medicrime), яка набула чинності 01 січня 2016 року.

У 2013 році Україна набула членства у Європейській Фармакопеї. Так, до обігу в Україні допускаються виключно лікарські засоби, які виготовлені в умовах GMP та за показниками якості відповідають Європейській Фармакопеї. Запроваджено процедуру ліцензування імпорту лікарських засобів, що посилює відповідальність закордонних виробників за якість продукції.

В 2014 році система управління якістю Держлікслужби сертифікована аудиторською компанією TÜVRheinland® (Німеччина) на відповідність вимогам стандарту ISO 9001:2008.

Протягом 2008-2014 років державний регулятор у сфері контролю якості лікарських засобів пройшов цілу низку реорганізацій та реформуваль.

Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками утворено шляхом злиття Державної служби з лікарських засобів та Державної служби з контролю за наркотиками, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»

На сьогоднішній день Держлікслужба є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сферах контролю якості та безпеки лікарських засобів, державного ринкового нагляду за медичними виробами та державного регулювання і контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Основними завданнями служби є:

- контролювати якість та безпеку лікарських засобів і медичних виробів;
- контролювати обіг наркотичних засобів і психотропних речовин та протидіяти їхньому незаконному обігу;
- вносить пропозиції щодо формування державної політики у цих сферах;
- інформує громадян про те, як перевірити якість ліків та що робити в разі виявлення фальсифікату.

У 2019 році Держлікслужба розпочала тестову експлуатацію електронної системи ліцензування виробництва лікарських засобів. Електронна система передбачає можливість подання заявок на ліцензування виробництва лікарських засобів, імпорту лікарських засобів, виробництва лікарських засобів в умовах аптеки, а також оптової та роздрібною торгівлі. Також в рамках запровадження автоматизації процесів Держлікслужба разом з НСЗУ першими налагодили автоматичний обмін даними з національною системою електронної взаємодії між державними органами “Трембіта”. Завдяки цьому можна робити понад один мільйон автоматичних перевірок даних щомісяця.

- ДП “Медичні закупівлі України”

Державне підприємство «Медичні закупівлі України» (ДП МЗУ, ДП «Медзакупівлі України») - єдина національна агенція, що забезпечує централізовану закупівлю якісних ліків та медвиробів за кошти державного бюджету.

ДП МЗУ створене 25 жовтня 2018 року, перебуває у державній власності та належить до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України. Є особливо важливим підприємством для економіки, адже, відповідно до фінзвітності, вартість активів на кінець 2020 року становила понад 2 млрд. грн.

Ключове завдання - сформувати прозору, ефективну, конкурентну та ощадливу до коштів платників податків систему публічних закупівель товарів медичного призначення. Його основна ціль - забезпечити прозорі та ефективні закупівлі якісних лікарських засобів та медичних виробів і стати центром закупівельної експертизи щодо медичних товарів. ДП «Медзакупівлі України» мало перейняти закупівлі за всіма напрямками, за якими їх здійснювали міжнародні агенції та професіоналізувати закупівлі у сфері охорони здоров'я. ДП «Медзакупівлі України» також мало інституціоналізувати розмежування функцій формування політики (МОЗ) та реалізації політики, зокрема, у закупівлях (ДП МЗУ).

В 2019 році ДП МЗУ проводило підготовчу роботу до проведення закупівель: фахівці переймали досвід світових профільних закупівельних агенцій, зустрічалися з постачальниками та виробниками, готували пропозиції щодо нормативно-правової бази, формували тендерну документацію, створили інформаційно-аналітичну систему MedData, розширяли команду. Також у цьому році, на замовлення Центру громадського здоров'я України, за кошти Глобального фонду, ДП МЗУ провело 43 тендерні процедури, в тому числі, із використанням системи Prozorro. Очікувана вартість становила 94 млн. грн., фактична — 58 млн. грн. Отже, ДП МЗУ вдалося зекономити 36 млн. грн., або понад 38% коштів.

В 2020 році ДП «Медзакупівлі України» вперше закупувало препарати за централізованими програмами МОЗ України. Відповідно до наказу МОЗ

України № 589 «Про уповноваження державного підприємства «Медичні закупівлі України» на виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я» від 28.02.2020 до ДП МЗУ було доведено 14 напрямів з 38, тобто 489 позицій на суму 5,9 млрд. грн. За низкою інших напрямків, відповідно Закону України «Про публічні закупівлі» та за рішенням МОЗ, закупівлі продовжували здійснювати міжнародні організації.

За рахунок підготовки та якісної роботи з ринком на процедури ДП МЗУ вийшло 130 унікальних компаній, виробники та дистриб'ютори, резиденти та нерезиденти.

За результатами цих закупівель ДП МЗУ було досягнуто економії бюджетних коштів в розмірі 1,08 млрд. грн. або 21,5% економії коштів платників податків. Було закуплено 349 МНН на суму 3,772 млрд. гривень.

Найбільшої економії було досягнуто по наступних напрямках: доросла онкологія, онкогематологія та рак нирки (41,67% економії коштів за напрямком), дихальні розлади новонароджених (61,6% економії коштів за напрямком), антирезусний імуноглобулін (45,13% економії коштів за напрямком), пологові кровотечі (51,86% економії коштів за напрямком).

ДП МЗУ вдалося досягнути ощадливіших цін у порівнянні з закупівлями спеціалізованих організацій, які купували подібні препарати раніше. В цілому заощаджень від цін спеціалізованих організацій вдалось досягти за 204 позиціями із 362, які були можливі до порівняння.



Рис. 2.5. ДП "Медичні закупівлі України", звіт підприємства

У 2020 році, виконуючи відповідні доручення Міністерства охорони здоров'я України, ДП МЗУ закупувало товари для протидії COVID-19 (за кошти стабілізаційного фонду Державного бюджету України) на суму близько 4,9 млрд грн:

– ліки для протидії COVID-19: Імуноглобулін (10 727 од), Тоцилізумаб (3 064 од), Ремдесевір (28 200 од);

– захисні щитки (29 567 од), респіратори (1 233 810 од) та нітрилові рукавички (4 793 880 од);

- експрес-тести на визначення антигену COVID-19 (5 919 800 од);
- 200 апаратів ШВЛ експертного класу;
- 161 апарат комп'ютерної томографії (КТ) в рамках проекту «Велике будівництво» на 16 та 32 зрізи. Були законтрактовані КТ провідних світових компаній, таких як Canon, General Electric, Hitachi, Siemens для приймальних відділень опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах;
- одяг захисний різних класів захисту, одноразовий та багаторазовий (2 942 575);
- медичні маски (26 647 040 од);
- 416 автомобілів швидкої медичної допомоги (АШМД) за програмою «Розвиток системи екстреної медичної допомоги».
- Закупівля вакцини CoronaVac - 1 913 316 доз вакцини CoronaVac, виробництва китайської фірми Sinovac Life Sciences Co., Ltd на суму 964 млн грн..

Загальний закупівельний бюджет ДП «Медзакупівлі України» у 2020 році склав близько 10 млрд грн, загальна сума заощаджень на всіх закупівлях склала 2,95 млрд. грн. коштів платників податків.

В 2021 році відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 32 від 12.01.2021 (зі змінами), ДП МЗУ здійснюватиме закупівлі лікарських засобів та медичних виробів за 19 напрямками, зокрема: 603 позицій на суму 7,2 млрд. грн.

Інформаційно-аналітична система MedData - власна інформаційно-аналітична система підприємства та перебуває на балансі ДП МЗУ.

Наразі вона консолідує наступні дані:

1. Статуси закупівельних процедур ДП МЗУ із відповідними посиланнями на тендери у системі Prozorro;
2. Графіки поставок товарів за укладеними ДП МЗУ контрактами в Україну та у регіони;
3. Збір та моніторинг залишків щодо товарів, закуплених та доставлених ДП МЗУ в лікарні;

4. Від березня 2020 року - дані від закладів охорони здоров'я щодо протидії COVID-19. Зокрема, про залишки та очікувані надходження засобів індивідуального захисту, тестів, лікарських засобів та розчинів; наявність ШВЛ, іншого обладнання, забезпеченість киснем; ліжковий фонд, кількість виділених ліжок під пацієнтів з COVID-19, з підведеним киснем та реанімаційні, кількість зайнятих таких ліжок; задіяний персонал. Ці дані використовуються Кабінетом Міністрів України та РНБУ для аналізу поточної ситуації та прийняття рішень. Дані збираються від закладів охорони здоров'я, які залучені у протидію коронавірусній інфекції. Їх кількість постійно змінюється;

5. Від лютого 2021 року - дані щодо доставок, зберігання, переміщення та використання вакцин для протидії COVID-19. Станом на червень 2021 року інформація збирається з 4 національних складів, 27 регіональних і 1159 лікарень на місцевому рівні.

Підсумовуючи вищевказане я можу зробити висновок про те, що суспільні потреби з оптимізації системи охорони здоров'я України в епоху глобалізації вимагають пошуку нових шляхів щодо формування та реалізації державної політики в сфері медичних послуг з використанням інноваційних підходів та передового зарубіжного досвіду. Необхідність вирішення ключових проблем галузі визначили основні напрями державної політики України у сфері охорони здоров'я. Першочерговим завданням є формування науково обґрунтованої стратегії охорони здоров'я населення, опрацювання державних комплексних і цільових програм, які мають забезпечити її реалізацію. При цьому слід особливо наголосити на тому, що в сучасних умовах ефективна реалізація державної політики України в галузі охорони здоров'я неможлива без здійснення стратегії інтеграції до Європейського Союзу, розширення і зміцнення міжнародних зв'язків.

2.3. Прикладні аспекти державної політики в сфері медичних послуг (на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР») в умовах мед реформи

КП «Обласна клінічна лікарня відновного лікування та діагностики ПОР», яка заснована 11 лютого 1947 року, сьогодні є одним з найсучасніших лікувально-профілактичних закладів області. Щороку тут обслуговуються близько 100 тисяч пацієнтів, враховуючи жителів сільської місцевості, 2500 хворих отримують стаціонарне лікування.

У складі лікарні функціонують: поліклініка з діагностичним відділенням, терапевтичне відділення (зокрема 30 ліжок для реабілітаційного лікування осіб, які постраждали в наслідок аварії на Чорнобильській атомній електростанції); обласне ортопедичне відділення, відділення реабілітації хворих з порушенням опорно-рухового апарату, обласний центр медичної генетики та обласний центр планування сім'ї та репродукції людини.

Спеціалізовані кабінети поліклініки обладнано сучасною діагностичною апаратурою, за допомогою якої здійснюється ультразвукова, рентгенодіагностика, електрокардіографія, реовазографія, реоenceфалографія, ехокардіоскопія, ехоenceфалографія, фіброгастроколоноскопія та ректорноманоскопія, холтерівський моніторинг для хворих на серцево-судинні захворювання, комп'ютерні спірографія, енцефалографія та велоергометрія. Працює клінічна лабораторія.

В обласному центрі медичної генетики функціонують цитогенетична, імуноферментна лабораторії та біохімічні патології обміну речовин. Проводиться контроль за скринінговими обстеженнями новонароджених на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз. У кабінеті ультразвукової діагностики проводиться соматогенетичне обстеження плоду. Запроваджено комп'ютерний реєстр вродженої спадкової патології.

В обласному центрі планування сім'ї працюють лікарі — гінекологи, андрологи, психолог. У центрі створена комп'ютерна база даних на 29600 жінок із репродуктивними вадами та жінок груп ризику із незапланованої вагітності. Здійснюється скринінг, моніторинг і лікування жіночого та

чоловічого безпліддя, лікування і реабілітація захворювань репродуктивної системи, зокрема дітей і підлітків, дошлюбне консультування та обстеження сучасними методами на інфекції, що передаються статевим шляхом.

З 2008 року працює обласне ортопедичне відділення на 25 ліжок, забезпечене системою централізованої подачі кисню, автономною аварійною системою електрозабезпечення, централізованим телефонним зв'язком палат з постом чергової медичної сестри та іншим сучасним медичним обладнанням.

У відділеннях виконуються реконструктивно-відновлювальні операції з приводу захворювання опорно-рухового апарату та наслідками травм (зокрема ендопротезування кульшового та колінного суглобів, малоінвазивні оперативні втручання на великих суглобах-діагностична та лікувальна артроскопія, сучасні методики остеосинтезу за європейськими стандартами - остеосинтез інтрамедулярними блокуючими стержнями, LSP-пластинами, мікроплатинами, DHS-системами.)

Завдяки високому професіоналізму медичних працівників, сучасній матеріально-технічній базі, впровадженню новітніх методик діагностики та лікування заслужено поширюється серед полтавців добра слава про лікарню та її персонал. Лікарня одна з перших медичних установ області розпочала співпрацювати зі страховими компаніями в медичному обстеженні та лікуванні хворих, які мають страховий поліс. Досвід цієї роботи успішно запроваджено в багатьох лікувально-профілактичних закладах області.

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні – запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допоміг опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини, в якому приймала участь і КП «ОКЛВЛД ПОР». Згідно його підсумків була продовжена робота з реформування галузі, а саме:

– здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);

– забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;

– ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;

– оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;

– впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Цілі діяльності КП «ОКЛВЛД ПОР»

1. Якісна та доступна медицина — забезпечення населення Полтавської обласні високоспеціалізованою стаціонарною та консультативною амбулаторно-поліклінічною допомогою.

2. Покращення якості і збільшення об'ємів діагностичного обстеження та реабілітаційного лікування осіб, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС.

3. Підвищення рівня якості лабораторних досліджень та надання консультативної допомоги вагітним та новонародженим Полтавської області з питань медичної генетики.

4. Наближення високоспеціалізованої меддопомоги до жителів сільської місцевості шляхом проведення планових виїздів обласних фахівців з питань медичної генетики, планування сім'ї та ендопротезування.

5. Впровадження в практику роботи лікарні сучасних методів і засобів діагностики та лікування, досвіду роботи кращих ЛПЗ.

6. Підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу ЛПЗ Полтавщини.

7. Надання лікувально-профілактичним закладом I-II рівня організаційно-методичної допомоги з метою підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області.

В умовах реформування закладів медицини лікарня *02.01.2019р. набула статус комунального підприємства* (питання про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади віднесено п. 30 ч. 1 ст. 26 Закону України від 21.05.97 р. № 280/97-ВР «Про місцеве самоврядування в Україні» до виключної компетенції сільських, селищних, міських рад).

Переваги реорганізації:

- керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;
- медичні заклади отримують право мати власний рахунок у держбанку;
- медичні заклади отримують право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;
- медичні заклади отримують можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Перетворення закладів на некомерційні підприємства є найкращим інструментом для запобігання можливого надмірному податковому

навантаженню, запобігає банкрутству реорганізованих у підприємства комунальних закладів та скороченню існуючої мережі. Крім того, це дозволяє захистити їх від приватизації за умови, що перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації.

Задля запобігання можливого «свавілля» з боку керівництва медзакладу, при ньому пропонується створювати спостережну раду, яка є дорадчим органом. Наявність спостережної ради при лікарнях вторинного та третинного рівнів є обов'язковою. Також можуть утворюватися опікунські ради, до складу яких (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші. Типове положення про спостережну раду затверджується Кабінетом Міністрів.

Під час реорганізації бюджетних мед закладів у комунальні некомерційні підприємства можливі заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. Сам по собі факт реорганізації не є підставою для звільнення працівників, тому трудові відносини з працівниками реорганізованого закладу продовжуються. Звільнення під час реорганізації можливе лише у випадку скорочення чисельності (штату). У процесі реорганізації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, у разі необхідності переміщені в інші структурні підрозділи.

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками- медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища

для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

РОЗДІЛ 3

ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РІЗНИХ РІВНЯХ

3.1. Прогнозування потреб територіальної громади в медичних послугах як інформаційна база розвитку

Після того як у 2017 році в Україні розпочалась реформа системи охорони здоров'я стало нагальне питання змін системи фінансування та запровадженні принципу «гроші ходять за пацієнтом». Важливим інструментом впровадження реформи продовжує бути створення сучасної електронної системи, що дозволяє значно підвищити ефективність та прозорість охорони здоров'я.

Сучасними світовими тенденціями є прагнення до ефективного використання ресурсів в сфері охорони здоров'я. Кадрове забезпечення в сфері охорони здоров'я має тенденцію до скорочення, в той час як попит на послуги кращої якості збільшується, а відповідальність за результати посилюється. Мобільність населення, урбанізація є факторами, які висувають нові вимоги до доступності охорони здоров'я в будь-якій територіальній громаді країни та за її межами.

Найважливішими завданнями інформатизації сфери охорони здоров'я в нових умовах стали:

- управління якістю надання медичної допомоги населенню;
- відстеження рівня надання медичної допомоги;
- прогнозування потреб у ній на найближчий час;
- забезпечення сучасного рівня прийняття рішень в управлінні охороною здоров'я;
- аналіз існуючого кадрового потенціалу сфери охорони здоров'я та планування потреби у медичних кадрах;
- планування проведення профілактичних заходів;

- оцінювання ефективності використання коштів для надання медичної допомоги;
- планування та моніторинг обігу лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичної техніки;
- контроль за дотриманням норм законодавства у сфері ліцензування, сертифікації, акредитації;
- впровадження механізмів раціональної оплати праці;
- забезпечення інформаційної взаємодії між закладами, установами й організаціями сфери охорони здоров'я;
- інформаційна підтримка адміністративно-господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Оптимальний та обґрунтований розрахунок необхідного фінансування має базуватися на досконалій інформаційній системі. Створення останнього ґрунтується саме на створенні інформаційної системи. Замкнуте коло, що утворюється, на перший погляд не має рішення.

Але заходи державної політики щодо децентралізації, місцевого самоврядування дозволили зрушити з місця дане питання.

Визначення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці/територіальної громади у медичних послугах – збір, узагальнення та аналіз інформації про наявність на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці груп населення, які потребують певні медичні послуги, на основі результатів яких приймаються управлінські рішення щодо організації надання таких послуг. Важливо зазначити, що основною метою проведення оцінки потреб громади є якісна організація і надання медичних послуг [72].

Основні цілі та завдання роботи адміністративно-територіальної одиниці/територіальної громади у медичних послугах:

- 1) управління лікарнями на основі міжнародного досвіду та аналізу потреб населення у послугах охорони здоров'я;

2) розробки моделі медичних послуг (на основі медичних потреб громад) для подальшого стратегічного планування та трансформації мережі закладів охорони здоров'я;

3) визначення фінансових ризиків у фінансуванні медзакладів із подальшим моделюванням місцевих бюджетів та розробкою місцевих цільових програм тощо;

4) визначення інвестиційних потреб у покращенні медичної інфраструктури на рівні громади та заходів щодо залучення інвестицій;

5) встановлення співпраці між суміжними громадами та закладами охорони здоров'я та ін.

Така робота має підтримати органи місцевого самоврядування у прозорості надання медпослуг для місцевих громад, просуванні моделей послуг, орієнтованих на потреби пацієнтів, покращити доступність усіх видів послуг на рівні громад.

Процеси децентралізації, що розпочались в 2019-2021рр., передали до місцевих громад повноваження, які раніше були на районному рівні, в тому числі і майно (медзаклади, які були у власності районів), та ресурси для управління (бюджет). У процесі децентралізації на зміну районам прийшли громади [68].

Вони отримали повноцінне середовище для мешканців, неможливе без медичної складової. Обов'язок нової місцевої влади - брати участь у житті закладів (ЗУ «Про місцеве самоврядування») [25]. Але це не просто обов'язок і витрати. Це можливість впливати на розвиток медицини та покращити якість медичних послуг на території громади. Розвиток медичної інфраструктури в регіоні має стати одним з пріоритетів для новостворених ОТГ. Покращення сфери охорони здоров'я очікують від новообраної місцевої влади мешканці громад. Це дані соціологічного дослідження «Децентралізація та реформа місцевого самоврядування», яке проводив Центр «Соціальний індикатор» в серпні-вересні 2020 року. Забезпечити людям необхідні медичні послуги за місцем проживання означає підвищити якість і комфортність життя в регіоні.

Представники місцевої влади, які здатні створити хороші умови для лікування мешканців, підвищують свою популярність в громаді і політичну підтримку. Ситуація з пандемією коронавірусу показала, що ті лікарні, про які дбала місцева влада, зараз надають ефективнішу допомогу мешканцям.

Фінансування закладів охорони здоров'я в нових умовах іде з державного бюджету (НСЗУ) і місцевого бюджету. НСЗУ укладає договір з лікарнею, оплачує надані послуги за Програмою медичних гарантій, що є основним джерелом коштів для медичного закладу. Частка фінансування з держбюджету в рази більша, ніж лікарні потребують від місцевого самоврядування. Для утримування закладу з місцевого бюджету кошти надходять для оплати комунальних послуг; підтримки матеріальної бази.

Завданням місцевої влади є зробити медичну допомогу доступною для пацієнтів за місцем проживання; сформувати мережу, яка відповідає потребам населення; проаналізувати сильні і слабкі сторони, вирішити, які напрями доцільно розвивати і куди вкладати гроші. Така робота вимагає тісної співпраці місцевої влади і керівника лікарні.

Загальний принцип успішних систем охорони здоров'я: *децентралізуй* якщо це можливо, *централізуй* якщо це необхідно. Послуги, які можна децентралізувати (наблизити до пацієнта):

1. Первинна допомога
2. Паліатив
3. Лікування основних інфекційних та неінфекційних захворювань
4. Послуги з охорони психічного здоров'я

Послуги, які потрібно централізувати (концентрувати в спроможних закладах) *«кількість переходить в якість»*:

1. Хірургія
2. Пологи
3. Лікування онкологічних захворювань
4. Дороговартісне обладнання (економічна доцільність)
5. Лабораторна діагностика

Що впливає на якість та тривалість життя в нашій громаді? Якими є потреби в медичних послугах у громаді? Якими мають бути ці послуги? Чи надаються вони в нашій громаді? Чи потрібно залучати нових надавачів послуг? Якими є бар'єри для отримання цих послуг? Наприклад, транспорт. Чи мають пацієнти доступ до таких послуг в місті/районі/області? Якими є бар'єри для отримання цих послуг? Чи можемо ми об'єднати зусилля з іншими громадами для спільного фінансування послуг та інвестицій? Це основні питання відповідь на які допоможе поліпшити медичні послуги в громаді.

НСЗУ закликає місцеву владу не усуватися від фінансування закладів охорони здоров'я. Аналіз показує, що незважаючи на те, що місцеві бюджети суттєво зросли внаслідок адміністративної реформи, у тих лікарнях, які раніше підтримували власники, обсяги фінансування від місцевої влади зменшилися. Саме ті лікарні, які отримують більше коштів, і потребують підтримки, щоб вони активно розвивалися та надавали якісну медичну допомогу і більший спектр медичних послуг для громадян. Важливо - усі чинні договори з НСЗУ залишаються такими незалежно від зміни власника. НСЗУ продовжить виплачувати закладам гроші згідно з підписаними договорами. А новостворені громади завдяки зміні адміністративного устрою отримують повноваження, щоб впливати на розвиток медицини у своїх регіонах та завдяки співпраці з НСЗУ підвищити якість медичної допомоги для мешканців громади.

3.2. Модернізування мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог

Медична сфера модернізується в громаді на основі концепції «До якості медичної допомоги через доступність». Вона ґрунтується на трьох принципах:

1. Іміджевої доступності – створення сприятливих умов перебування у центрі ПМСД, дотримання графіку роботи.
2. Територіальна доступність – кращі умови надання та отримання медичної допомоги, зв'язок лікаря з пацієнтом.

3. Медична доступність – поліпшення кадрового забезпечення, створення Call-центру, впровадження електронної картки пацієнта та друк електронного рецепту (з метою виконання Урядової програми «Доступні ліки». Така модель передувє електронному рецепту, який буде реалізований в електронній системі охорони здоров'я).

У процесі децентралізації медичні заклади ОТГ стають самостійними і самодостатніми. Після проведення реорганізації – автономізації закладу охорони здоров'я шляхом перетворення в комунальні некомерційні підприємства – всі оперативні функції буде передано керівництву автономізованого закладу охорони здоров'я. Місцева ж влада відповідатиме за утримання та оснащення закладу, як розпорядник бюджетних коштів. За таких умов наразі має ОТГ обговорюються можливості муніципального співробітництва у сфері реформування рівня первинної медичної допомоги.

Перевага автономізації також полягає в тому, що головний лікар може оперативно та гнучко реагувати на проблеми. До прикладу, згідно бюджетного кодексу, для того щоб поміняти ставку медичної сестри загальної практики на дільничну медичну сестру медичний заклад готував листа на міську рада. Лист розглядається на виконкомах та сесіях. Іноді цей процес затягувався на 3 місяці. На сьогоднішній день головний лікар може зробити це за 1 день. Він також уповноважений вносити зміни до бюджету закладу. До прикладу, якщо залишились кошти на придбання матеріалів, але не вистачає на медикаменти, головний лікар може їх перерозподілити.

В Україні понад 13,1 млн., а в деяких областях – навіть понад 60% населення – сільське. Очевидно, що з децентралізацією в Україні формується нова модель сільського розвитку з новою системою управління та новими економічними відносинами. При цьому важливо розуміти, що коли говорять про розвиток сільських територій, мова йде виключно про розвиток людського потенціалу, це є головною метою реформи. Тож сільські мешканці потребують особливої уваги держави.

Реформа сільської медицини, передусім, первинна медицина в селі має стати доступною і якісною. Тому медичні практики мають стати автономними та самокерованими. Загальна мета – щоб лікар у селі надавав первинну медичну допомогу на тому самому рівні, що і в місті.

Створення умов для реформування системи охорони здоров'я передбачає наступне [55].

1. Розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги.

2. Затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.

3. Прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади з охорони здоров'я відповідних рішень щодо структурної перебудови системи охорони здоров'я.

Заклади охорони здоров'я після проведення структурних перетворень відповідно до функцій, які на них покладені повинні бути переоснащені згідно з таблицями оснащення, затвердженими центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Первинний рівень надання медичної допомоги

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну допомогу передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів), що надають первинну медичну допомогу включає:

– виділення із структури центральних районних лікарень, центральних міських та міських лікарень міст, дитячих лікарень, самостійних міських поліклінік та дитячих поліклінік, підрозділів, що надають первинну медико-санітарну допомогу, та створення на їх базі мережі амбулаторій загальної практики-сімейної медицини з чисельністю лікарів загальної практики - сімейних лікарів не менше одного і не більше десяти. У перехідний період на адміністративних територіях з недостатньою кількістю лікарів загальної

практики-сімейних лікарів амбулаторії загальної практики-сімейної медицини можуть комплектуватися лікарями дільничними терапевтами та лікарями дільничними педіатрами;

– реорганізацію сільських лікарських амбулаторій, дільничних лікарень, фельдшерсько-акушерських пунктів (далі - ФАПів), фельдшерських пунктів (далі - ФП), що обслуговують понад 1200 осіб, у амбулаторії загальної практики сімейної медицини;

– створення центрів первинної медико-санітарної допомоги (далі - центри ПМСД) із статусом юридичної особи, до складу яких входять амбулаторії загальної практики сімейної медицини та ФАПи, що забезпечують надання первинної лікарської, долікарської та невідкладної допомоги населенню окремого сільського району та у містах з чисельністю населення, яке обслуговується одним центром до 100 тис осіб.

На період структурної перебудови до штатного розкладу центрів ПМСД можуть включатися посади лікарів офтальмологів, отоларингологів, акушерів-гінекологів, педіатрів, хірургів, невропатологів, психіатрів, які надаватимуть первинну медичну допомогу при певних захворюваннях і чисельність яких буде визначається на основі потреб населення території, що обслуговується таким центром.

Функції центру ПМСД:

- a) організація та надання первинної медичної допомоги населенню;
- b) укладання договорів із замовником про надання населенню медичних послуг з первинної медичної допомоги в рамках бюджетної програми в охороні здоров'я (далі – бюджетна програма);
- c) планування та координація діяльності підрозділів закладу;
- d) планування та прогнозування потреби щодо фінансування бюджетної програми, розподіл коштів між структурними підрозділами центру ПМСД;
- e) розподіл видатків закладу;
- f) забезпечення якості медичної допомоги;
- g) облік та звітність;

h) впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно вибирати та змінювати лікаря загальної практики - сімейного лікаря у порядку, визначеному центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

i) впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги через направлення лікаря загальної практики - сімейного лікаря або лікарів дільничних терапевтів та лікарів дільничних педіатрів за винятком випадків, що потребують надання екстреної медичної допомоги;

j) визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників та інші функції.

Вторинний рівень надання медичної допомоги

Реорганізація мережі закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Оптимізація мережі закладів охорони здоров'я (їх підрозділів), що надають вторинну медичну допомогу, включає:

1) створення госпітальних округів, які об'єднують заклади декількох районів або міст і районів. Чисельність населення, що обслуговується закладами госпітального округу, визначається залежно від щільності та характеру розселення населення, з урахуванням стану транспортних комунікацій у межах від 100 тис до 500 тис осіб;

2) проведення репрофілювання закладів вторинної медичної допомоги, які входять до складу госпітального округу з урахуванням їх матеріально-технічного та кадрового потенціалу, профілю діяльності та структури медичних послуг, у заклади, що надають допомогу різної інтенсивності.

Репрофілювання закладів вторинної медичної допомоги передбачає створення:

– багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – для надання цілодобової медичної допомоги хворим (плановим та у гострому стані), що потребують високої інтенсивності лікування та догляду – одна на округ;

– лікарень для проведення планового стаціонарного лікування з поліклінічними відділеннями у кожному районі, місті без районного поділу або у районі міста – для проведення повторних курсів протирецидивної терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування - відповідно до потреб у допомозі такої інтенсивності;

– лікарень з поліклінічними відділеннями для відновлювального лікування – для відновлення функцій, порушених в результаті захворювання чи травми, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів – до двох на округ;

– хоспісів – для надання паліативної допомоги та психологічної підтримки хворих в термінальному стані – один на округ;

– лікарень для надання медико-соціальної допомоги/сестринського догляду – для забезпечення догляду та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, кількість яких визначається обласним управлінням охорони здоров'я відповідно до потреб;

– консультативно-діагностичних центрів - у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування та лікарень для проведення планового стаціонарного лікування або на базі самостійних міських поліклінік;

– об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, за виключенням протитуберкульозних закладів та потужних (більше 1000 пологів на рік) пологових будинків.

Реорганізація системи надання швидкої допомоги передбачає створення в області Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, до складу якого входять станції швидкої допомоги із розрахунку – одна на госпітальний округ, з мережею підстанцій, що дозволить забезпечити доїзд до пацієнта у межах десяти хвилин в місті та двадцяти хвилин у сільській місцевості.

Надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу здійснюється наступним чином:

- до лікарень інтенсивного лікування – доставка санітарним транспортом або самозвернення пацієнтів, або за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, або лікаря спеціаліста;

- до стаціонарних та поліклінічних відділень лікарень планового лікування хронічних хворих - за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- до лікарень відновного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря, лікарів лікарень інтенсивного лікування, лікарів–спеціалістів лікарень планового лікування, закладів третинної медичної допомоги;

- до лікарень медико-соціальної допомоги та хоспісів – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря;

- до самостійних консультативно-діагностичних центрів, консультативно-діагностичних центрів лікарень планового лікування - за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря; до консультативно-діагностичних центрів лікарень інтенсивного лікування – за направленням лікаря загальної практики-сімейного лікаря або лікаря спеціаліста.

Третинний рівень надання медичної допомоги

Реорганізація системи надання третинної медичної допомоги передбачає поетапну структурну перебудову регіональної системи охорони здоров'я шляхом оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають таку допомогу.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надаватиметься обласними лікарнями, центрами високоспеціалізованої медичної допомоги та клініками науково-дослідних інститутів.

З метою підвищення якості медичної допомоги та ефективності використання потенціалу обласних лікарень та вищих медичних навчальних

закладів IV рівня акредитації на базі обласних клінічних лікарень можуть утворюватися університетські клініки.

Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я

Фінансово-економічна перебудова системи охорони здоров'я передбачає наступні принципи:

1. Перерозподіл ресурсів між закладами первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

2. Концентрацію бюджетних коштів для надання первинної медико-санітарної допомоги, включаючи невідкладну - на районному/міському рівнях, на надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги - на обласному рівні.

3. Застосування програмно-цільового методу у фінансуванні закладів охорони здоров'я.

4. Здійснення розрахунку витрат та фінансування закладів охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу на основі подушного фінансового нормативу.

5. Фінансування закладів вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги здійснюється відповідно до глобального бюджету.

Застосування програмно-цільового методу у фінансуванні закладів охорони здоров'я

Особливою складовою програмно-цільового методу у бюджетному процесі є бюджетні програми у сфері охорони здоров'я, що складаються відповідно до Бюджетного Кодексу України.

Бюджетні програми складаються для надання:

- a) первинної медико-санітарної допомоги;
- b) вторинної медичної допомоги;
- c) третинної медичної допомоги;
- d) екстреної медичної допомоги.

Замовниками медичних послуг в рамках виконання бюджетної програми для надання первинної медико-санітарної допомоги є районні державні адміністрації та управління охорони здоров'я міських державних адміністрацій.

Замовниками медичних послуг в рамках виконання бюджетних програм для надання вторинної, третинної та екстреної медичної допомоги є управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій.

Відповідальним виконавцем бюджетної (одержувачі бюджетних коштів), є заклади охорони здоров'я, а також фізичні особи – підприємці які здійснюють господарську діяльність з медичної практики за наявності відповідної ліцензії.

Вимоги до закладів охорони здоров'я - відповідальних виконавців бюджетної програми:

Відповідальними виконавцями бюджетної програми є заклади охорони здоров'я, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензію на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (за необхідності) та акредитовані в установленому порядку.

Зклади охорони здоров'я після структурної реорганізації та реєстрації установчих документів, що визначають види медичної допомоги, що ними надаються, отримують відповідні ліцензії та проходять позачергову державну акредитацію.

На виконання бюджетних програм між замовником медичних послуг та відповідальним виконавцем укладається договір про виконання бюджетних програм.

Фінансування відповідальних виконавців бюджетних програм

Порядок забезпечення фінансовими ресурсами відповідальних виконавців бюджетних програм встановлює Кабінет Міністрів України.

Фінансування відповідальних виконавців бюджетних програм здійснюється:

– для надання первинної медико-санітарної допомоги - за подушним фінансовим нормативом бюджетної забезпеченості в обсязі до 25 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

– для надання вторинної та третинної медичної допомоги за глобальним бюджетом в обсязі до 64 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

– для надання екстреної медичної допомоги в обсязі до 10 % від загального обласного бюджету на охорону здоров'я;

На обласному рівні створюється резервний фонд в обсязі до 1 % від загального бюджету на охорону здоров'я.

Оптимізація мережі не може бути підставою для скорочення обсягів бюджетного фінансування системи охорони здоров'я.

Оплата праці медичних працівників закладів охорони

Оплата праці працівників відповідального виконавця бюджетної програми формується з наступних складових:

а) постійної, яка визначається на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів оплати праці працівників закладів охорони здоров'я з урахуванням підвищень, надбавок і доплат обов'язкового характеру;

б) змінної, яка враховує обсяги та якість виконаної роботи на основі критеріїв, розроблених та затверджених центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Частка заробітної плати в загальному обсязі фінансування закладу охорони здоров'я визначається договором про виконання бюджетної програми.

Моніторинг процесів реформування системи охорони здоров'я та в оцінка їх результатів здійснюватиметься центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я з використанням системи індикаторів.

Підвищення доступності медичних послуг досягатиметься таким чином:

– чітке структурне розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів медичної допомоги, зокрема шляхом створення центрів первинної

медико-санітарної допомоги, госпітальних округів, високоспеціалізованих центрів, університетських клінік та їх ресурсного забезпечення;

- розвиток інституту сімейного лікаря на основі зміцнення ролі первинної медичної допомоги;

- підтримка розвитку приватного сектору медичних послуг, забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі.

Для поліпшення ефективності фінансування сектору охорони здоров'я необхідними є:

- скорочення чотирьохрівневої системи фінансування до двох, трьох рівнів на основі об'єднання фінансових ресурсів: для первинної медико-санітарної допомоги – на районному й міському рівнях, для вторинної й третинної – на обласному (для державних спеціалізованих центрів і клінік НДІ – на державному);

- формування національної системи єдиних економічно обґрунтованих тарифів на медичні послуги, виходячи з яких будуть фінансуватися медичні заклади, переходу від кошторисного фінансування до самостійного перерозподілу коштів;

- підвищення частки первинної медичної допомоги в загальному обсязі фінансування медичних послуг, стимулювання проведення профілактичних заходів.

Створення стимулів для здорового способу життя населення через:

- перехід до міжвідомчих і міжсекторальних програм формування здорового способу життя й програм здорових умов праці;

- створення умов для здорового способу життя населення за допомогою розвитку інфраструктури для занять масовим спортом та активного відпочинку;

- підвищення акцизів на алкоголь і тютюнові вироби зі спрямуванням їх до спеціального фонду державного бюджету з подальшим використанням для фінансування заходів охорони здоров'я.

Підготовка умов для переходу на страхову модель охорони здоров'я (систему соціального медичного страхування) буде забезпечена за рахунок

досягнення фінансової стійкості медичних закладів, оптимізації їх мережі, збільшення самостійності керівників медичних закладів щодо управління фінансовими коштами, підвищення конкуренції у системі охорони здоров'я.

3.3. Партнерські відносини комунальних підприємств, громадських організацій та бізнесу в питаннях розвитку системи охорони здоров'я

Запорукою розвитку будь-якого суспільства є співпраця. В рамках партнерських відносин суб'єкти співпраці об'єднують власні ресурси для досягнення поставленої мети. Такий вид взаємодії сторін є ефективним способом розв'язання актуальних проблем, засобом отримання взаємної вигоди та економічного зростання.

Особливо актуальним питання співробітництва є для територіальних громад (далі – ТГ). Завдяки консолідації економічних, фінансових та людських ресурсів органи місцевого самоврядування можуть досягти нового рівня місцевого соціального та економічного розвитку, покращити якість надання послуг і підвищити рівень життя населення.

Співробітництво ТГ може здійснюватись виключно в межах їх повноважень, закріплених в Законі України «Про місцеве самоврядування в Україні» [25]. Відповідно, органи місцевого самоврядування можуть здійснювати співробітництво у сферах: соціально-економічного і культурного розвитку, планування та обліку; бюджету, фінансів і цін; управління комунальною власністю; житлово-комунального господарства, побутового, торговельного обслуговування, громадського харчування, транспорту і зв'язку; будівництва; освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту; регулювання земельних відносин та охорони навколишнього природного середовища; соціального захисту населення; забезпечення законності, правопорядку, охорони прав, свобод і законних інтересів громадян тощо.

Однією з найпоширеніших сфер міжмуніципального співробітництва є галузь медицини, де укладено 7,25 % договорів про співробітництво ТГ. Завдяки партнерським відносинам у сфері охорони здоров'я, органам місцевого

самоврядування вдалося вирішити такі важливі завдання, як створення спільних центрів первинної медико-санітарної допомоги, спільне фінансування комунальних закладів охорони здоров'я, створення спільних медичних закладів, придбання діагностичного обладнання, санітарних автомобілів, реалізація спільних проектів з реконструкції та ремонту медичних закладів.

Додатковими джерелами фінансування ЗОЗ можуть бути не заборонені діючим законодавством будь-які надходження від фізичних та юридичних осіб. До таких надходжень можна віднести: у оплата від страхових компаній за надані медичні послуги; у оплата від роботодавців за медичні послуги, надані працівникам; у грошові надходження від благодійних організацій; у грошові надходження від надання платних послуг відповідно до чинного законодавства України тощо. Також реорганізовані ЗОЗ можуть отримувати оплату від пацієнтів за надані сервісні послуги пацієнтам (палати покращеного сервісу та інше) та іншим закладам охорони здоров'я і лікарям, що діють як фізичні особи-підприємці, (ведення бухгалтерського обліку, закупка ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів тощо).

Взаємодія держави та бізнесу є об'єктивною потребою збалансованого розвитку суспільних відносин, а світова практика свідчить, що варіації моделей такої співпраці практично не обмежені. Тим не менше, в Україні інструментарій юридичного оформлення партнерських відносин між державним та приватним партнером перебуває лише на етапі свого становлення. Партнерські відносини між публічною владою та бізнесом можуть виникати на підставі договорів в рамках публічних закупівель, договорів оренди державного та комунального майна, інвестиційних договорів, договорів про спільну діяльність, концесійних договорів, в рамках приватизаційних відносин тощо. Однак саме проекти державно-приватного партнерства (далі – ДПП) вважаються оптимальним способом довгострокової співпраці, який задовольняє ключові інтереси обох сторін. Окрім того, в рамках відносин ДПП можуть частково комбінуватися інструменти оренди, концесії, спільної діяльності, управління залежно від функцій, які передаються приватному

партнеру [64]. До загальних вимог законодавства щодо реалізації проектів ДПП, які є спільними для проектів будь-якої сфери, в т.ч. у сфері охорони здоров'я, слід віднести такі:

- участь відповідних державних органів та/або органів місцевого самоврядування у якості державних партнерів;
- підставою для співпраці між державним та приватним партнером є договір ДПП;
- визначення приватного партнера відбувається переважно на конкурсних засадах;
- обов'язковою умовою є внесення приватним партнером інвестицій в об'єкти партнерства;
- строк ДПП становить від 5 до 50 років.

Цілі ДПП у сфері охорони здоров'я:

- підвищення якості надання медичних послуг;
- забезпечення ефективності використання бюджетних коштів;
- забезпечення вищої ефективності діяльності завдяки залученню компетенцій та досвіду приватного партнера тощо.

Специфіка ДПП у сфері охорони здоров'я (Стаття 4 Закону України «Про державно-приватне партнерство» (далі – ЗУ «Про ДПП») [17]) визначає, що ДПП застосовується, серед іншого, у таких сферах як охорона здоров'я та надання послуг у сфері охорони здоров'я. Специфічними особливостями проектів ДПП у сфері охорони здоров'я є наступні:

а) заборона скорочення мережі державних та комунальних ЗОЗ (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним ЗОЗ);

б) особлива структура суб'єктів відносин, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні МОЗ (для об'єктів державної власності, що знаходяться в його управлінні) або органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності);

с) необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проекту (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг);

д) конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних ЗОЗ, вичерпність переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних ЗОЗ та вищих медичних навчальних закладах.

Зрештою, оскільки система охорони здоров'я України перебуває в умовах медичної реформи, то структурування будь-якого проекту ДПП у цій сфері вимагатиме врахування таких аспектів:

- процеси автономізації закладів охорони здоров'я;
- плановість переходу на фінансування медичної послуги залежно від видів
- медичної допомоги (первинна ланка – до кінця 2018 року, вторинна і третинна ланки – до кінця 2019 року);
- вимоги НСЗУ до надавачів послуг з медичного обслуговування населення;
- процеси утворення госпітальних округів та деякі інші аспекти.

Реформа системи фінансування охорони здоров'я є плацдармом, який створює передумови для втілення незворотних позитивних змін у сфері медичного обслуговування населення. Перехід від фінансування «ліжко-місця» до оплати медичної послуги запроваджує передумови для прозорості ведення господарської діяльності та дозволяє об'єктивно калькулювати реальні можливості для фінансового забезпечення лікарні. Тим не менше, наступним кроком має стати вжиття комплексних заходів щодо оновлення матеріально-технічного оснащення лікарень. Враховуючи той факт, що тариф на медичні послуги не покриває видатки на придбання медичного обладнання, а виділення таких коштів із місцевих бюджетів складно прогнозувати, то з урахуванням усіх цих факторів принципово необхідно максимально розширити наявний інструментарій для залучення альтернативних джерел фінансування

інвестиційних проектів у сфері охорони здоров'я, одним із яких є кошти приватного інвестора, що можуть бути залучені в рамках ДПП.

Безперечно, можливість планування та реалізації проектів ДПП у сфері охорони здоров'я залежить від загальних тенденцій розвитку ДПП в Україні. У цьому напрямку до ключових пріоритетів держави належать, зокрема, подальше вдосконалення чинного законодавства у сфері ДПП, а також підготовка кваліфікованих кадрів (посадових осіб органів державної влади та місцевого самоврядування), які володітимуть необхідними знаннями та навичками підготовки та структурування проектів ДПП (будь-якої галузевої належності, у т.ч. у сфері охорони здоров'я), проведення аналізу ефективності здійснення ДПП та моніторингу виконання договору про ДПП тощо. Тим не менше, специфіка проектів ДПП у сфері охорони здоров'я вимагає окремої уваги з огляду на додаткові вимоги, зумовлені пріоритетом соціальної направленості будь-якого проекту ДПП у цій сфері, а також враховуючи необхідність взяття до уваги тенденцій медичної реформи, її напрямків, актуальних досягнень та подальших кроків.

Поєднання зусиль державного та приватного партнерів є бажаним в умовах наявної потреби у будівництві та оснащенні онкологічних центрів, центрів реабілітації, діагностичних центрів, діалізних та перинатальних центрів тощо – об'єктів інфраструктури, поява яких є критично важливою для розвитку системи охорони здоров'я, та на які існує платоспроможний попит з боку як держави (як найбільшого замовника медичних послуг в особі Національної служби здоров'я України, яка починаючи з 2020 року виконує функції єдиного національного замовника медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення), так і потенційних споживачів (які придбаватимуть відповідні медичні послуги понад обсяги, передбачені програмою медичних гарантій), що забезпечує зацікавленість у реалізації відповідних проектів як для державних та комунальних закладів охорони здоров'я та їх власників, так і для приватного партнера.

Перевагами ДПП у сфері охорони здоров'я є наступні ключові аспекти:

- 1) можливість залучення коштів приватних інвесторів для розвитку державних та комунальних ЗОЗ;
- 2) збереження майна у комунальній/державній власності (пряма заборона на приватизацію);
- 3) передача новостворених та придбаних в рамках ДПП об'єктів у державну/комунальну власність;
- 4) підвищення якості медичних послуг для населення.

Перспективи впровадження ДПП в умовах медичної реформи:

- програма медичних гарантій дозволить чітко відмежувати медичні послуги, охоплені державними гарантіями, та платні послуги, за рахунок яких приватний партнер зможе компенсувати вкладені інвестиції;
- проведення автономізації ЗОЗ дозволяє впроваджувати такі форми ДПП як концесія та спільна діяльність та надає можливість автономізованим закладам стати учасником ДПП на стороні державного партнера;
- програми «місцевих стимулів» (за рахунок коштів місцевих бюджетів) можуть стати додатковим джерелом компенсації витрат інвестора для стимулювання його до участі у проектах ДПП [3,16].

Процес залучення приватного сектору України до розвитку громад проходить з використанням найбільш поширених моделей такої діяльності – благодійна допомога, pro bono, корпоративна соціальна відповідальність, соціальне підприємництво, імпаکت-інвестування, кооперація.

Благодійна допомога – це одна з найпоширеніших моделей участі приватного сектору в розвитку громад в Україні. Вона полягає у наданні бізнесом коштів, матеріальної негрошової допомоги чи послуг, інших ресурсів для громади і є важливим чинником участі бізнесу у вирішенні місцевих проблем. Благодійна допомога надається як безпосередньо тим, хто її потребує, так і завдяки посередництву благодійних організацій, кількість яких постійно зростає. Станом на квітень 2019 року в Україні зареєстровано 18557 благодійних організацій (квітень 2018 – 17897, квітень 2017 – 17062) Бізнес обирає найбільш зручний для нього спосіб здійснення благодійної діяльності:

фінансові ресурси, товари та майно, час, професійні навички співробітників тощо. Від цього залежить як форма надання благодійної допомоги, так і використання відповідних інструментів благодійності. У разі фінансових пожертв це може бути адресна благодійна допомога окремим жителям громади (наприклад, на лікування), здійснення власних благодійних програм (наприклад, підтримка ВІЛ- інфікованих), здійснення грантової програми або створення корпоративного фонду. Найбільш поширеним нефінансовим інструментом надання благодійної пожертви з боку приватного сектору є надання товарів чи послуг, зокрема:

1. Продукти/товари, які виробляє компанія (одяг та взуття, продукти харчування, медикаменти, книги тощо);

2. Обладнання, яке виготовляє/реалізує або яке має компанія (комп'ютери, інвалідні візки, медичне обладнання тощо);

3. Приміщення або земля, які є власністю компанії (конференцзали або кімнати для семінарів, спортивні тренажерні зали, їдальні або приміщення для урочистих подій, приміщення для проживання та офісні приміщення).

Існує багато прикладів надання благодійної допомоги в грошовій та негрошовій формах з боку бізнесу безпосередньо мешканцям чи організаціям громади, які цього потребують.

Згідно із загальними правилами, термін *pro bono* (з лат. *pro bono publico*, дослівно – для суспільного добра) розуміється як професійні послуги, що надаються добровільно та безоплатно, для користі громади, особливо для тих осіб, які не мають коштів для оплати цих послуг. Вперше в Україні про *Pro Bono* заговорили під час проведення Всеукраїнського Дня *Pro Bono*, організованого Асоціацією правників України у 2011 році. Рух *Pro Bono* стає все більше популярним серед української бізнес-спільноти. Це пов'язують із суттєвим зростанням кількості громадських ініціатив та залучення населення до розвитку громадянського суспільства. Якщо у 2010 році Україна посідала 150 місце в рейтингу *World Giving Index* – лише 5% населення було залучено до волонтерської роботи, то за 8 років кількість небайдужих в країні зросла майже

в 6 разів – до 29%, і в 2018 році Україна вже посіла 81 місце. Не завжди представники приватного сектору, які надають *pro bono* послуги, класифікують їх як такі, але безоплатне надання професійних послуг набуває все більшої популярності в Україні

Одним з найбільш поширених типів соціально відповідального бізнесу є *корпоративна соціальна відповідальність* (КСВ). Визначення КСВ було запропоновано в Зеленій книзі ЄС17 в 2001 році: «концепція, відповідно до якої компанії інтегрують соціальні та екологічні питання у свою комерційну діяльність та взаємодію із зацікавленими сторонами на добровільній основі». Незважаючи на те, що КСВ в Україні розвивається вже понад 15 років, рівень розуміння сутності та принципів соціальної відповідальності досить низький. Як свідчить дослідження «Розвиток КСВ В Україні 2010–2018», лише половина компаній з числа тих, які реалізують політику КСВ, має стратегію соціальної відповідальності, чверть компаній - бюджет на виконання програм та заходів із соціальної відповідальності, в більшості компаній пошуком ідей для програм та розробкою планів їх реалізації займається керівництво. Поширеними є стереотипи щодо великих фінансових ресурсів, які потрібні для здійснення КСВ програм і заходів. Крім того, для частини українського бізнесу, як свідчать дослідження, недостатньо інформації та позитивних прикладів впровадження соціальної відповідальності. Тільки невелика частка компаній знає про організації, які б змогли надати допомогу у впровадженні КСВ. Згідно з Концепцією Національної стратегії соціальної відповідальності бізнесу, можна виділити три основні аспекти соціальної відповідальності бізнесу в Україні:

- Дотримання законодавчо визначених зобов'язань перед державою і суспільством (сплата податків, охорона здоров'я і безпека праці, дотримання прав працівників, прав споживачів, екологічних норм) та галузевих стандартів;
- Мінімізація або усунення негативного впливу бізнесу на суспільство та управління ризиками (наприклад, порушення прав людини або забруднення навколишнього середовища);

– Посилення позитивного впливу бізнесу на суспільство і створення цінностей шляхом інновацій, інвестицій та партнерства, які спрямовані на соціальний та екологічний добробут (наприклад, створення робочих місць, соціальний та економічний розвиток, розв'язання конфліктів).

Соціальне підприємництво (СП) – це триєдиний бізнес, що поєднує комерційні, соціальні та екологічні цілі. Соціальні підприємці розв'язують соціальні та/ або екологічні проблеми у громадах, у їхньому фокусі – досягнення економічного та соціального ефекту за рахунок отриманих прибутків від бізнес-діяльності. Законодавство України не дає визначення соціального підприємства і не містить жодних конкретних нормативних актів, що регулюють діяльність таких підприємств. Хоча діяльність підприємств громадських організацій осіб з інвалідністю (які можна віднести до соціальних) регулюється додатково. Зокрема, для них законодавством передбачені певні податкові пільги в Статті 14-1 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні». Такі підприємства мають отримати дозвіл на використання податкових пільг. Для отримання дозволу підприємство має відповідати таким критеріям:

– Середня кількість людей з інвалідністю, які працювали на підприємстві протягом попереднього звітного (податкового) періоду (зазвичай календарний квартал), має становити не менше 50% від кількості штатних працівників;

– Заробітна плата осіб з інвалідністю, які працюють на підприємстві, повинна становити не менше 25% від загального фонду заробітної плати;

– Величина витрат переробних підприємств (механічна обробка та інші види діяльності) на сировину, комплектуючі, деталі та інші придбані товари (послуги), що використовуються для виробництва товарів (послуг), має становити не менше 8% ціни продажу таких товарів (послуг);

– Середньомісячна заробітна плата працівників з інвалідністю в еквіваленті повного робочого дня повинна бути не меншою за мінімальну заробітну плату;

– Продукція підприємств громадських організацій людей з інвалідністю, може бути включена до державних закупівель.

Згідно із Законом України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю», квота на працевлаштування людей з інвалідністю є обов'язковими для приватного та державного секторів, а також для фізичних осіб, які мають найманих працівників, і становить 4% від загальної кількості персоналу. Якщо кількість працівників становить від 8 до 25 осіб, то на підприємстві повинна працювати принаймні одна людина з інвалідністю (Стаття 19) У січні 2019 року ухвалено Закон «Про соціальні послуги», який розглядає недержавні організації як постачальників соціальних послуг (Стаття 14). Цей закон передбачає механізм, що дозволяє громадським організаціям отримувати доступ до сфери надання соціальних послуг. Він визначає критерії, за якими НДО може бути визнана як постачальник послуг (стаття 16). Цей сегмент закону відкриває можливості для НДО щодо надання соціальних послуг. Закон також визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг щодо профілактики, подолання складних життєвих обставин та мінімізації їхніх наслідків для осіб, які в них перебувають. «Соціальні послуги будуть надаватися особам, які відносяться до вразливих груп населення, а також перебувають у складних життєвих обставинах. Соціальні послуги надаватимуться лише за результатами оцінювання індивідуальних потреб особи. У законі визначені базові соціальні послуги, надання яких гарантується місцевими адміністраціями, виконавчими органами міських рад, міст обласного значення, а також виконавчими органами об'єднаних громад». Ухвалений закон запроваджує новий термін «система надання соціальних послуг», що об'єднує суб'єктів, які формують державну політику з питань їх надання. До неї належать уповноважені органи, надавачі, отримувачі соціальних послуг, професійні об'єднання працівників системи надання соціальних послуг і об'єднання отримувачів соціальних послуг. Також до цієї діяльності можуть залучатись і волонтери. Законом визначено, що кожна соціальна послуга матиме свій соціальний стандарт, який затверджується

Міністерством соціальної політики. Право на фінансування ОГС з боку держави встановлюється Законом України «Про громадські об'єднання» та Бюджетним кодексом України.

Сьогодні вже існує система, де держава надає фінансову підтримку українським ОГС за допомогою декількох механізмів:

Субсидії – форма державного фінансування, спрямована на підтримку діяльності ОГС взагалі, а не на конкретні проекти. В Україні субсидії надаються лише окремим організаціям громадянського суспільства, наприклад, організаціям для ветеранів;

Державні гранти – виділення державних коштів на конкурсній основі, на основі визначених пріоритетів;

Соціальні контракти використовуються у сфері соціальної політики, наприклад, для НДО осіб з інвалідністю.

Державні закупівлі робіт і послуг здійснюються відповідно до чинного законодавства. Надання грантів державними, регіональними та місцевими органами влади та місцевого самоврядування є одним з механізмів залучення ОГС до розвитку соціального підприємництва. Бюджетним кодексом України визначено три типи ОГС, яким може бути виділено державне фінансування, зокрема:

1. Організації громадянського суспільства осіб з інвалідністю та ветеранів;

2. Молодіжні організації громадянського суспільства, які отримують підтримку для виконання національних програм та заходів, спрямованих на дітей, молодь, жінок, сім'ю;

3. Громадські об'єднання для задоволення культурних інтересів.

Разом з тим, цільові державні програми розвитку чи підтримки соціального підприємництва серед ВПО та комбатантів, молоді, осіб старших 50 років тощо відсутні. Безробітні громадяни можуть отримати одноразову допомогу з безробіття для започаткування власного бізнесу.

За даними дослідження Оксфордського університету 92% інституційних та 46% індивідуальних інвесторів хотіли б враховувати екологічний та соціальний вплив компанії при ухваленні інвестиційних рішень. Саме тому все більше бізнесменів, здебільшого в США, Канаді та ЄС, надають перевагу соціальним інвестиціям.

Соціальні інвестиції ще називають *імпакт-інвестиціями* (від англ. *impact* - вплив). Імпакт-інвестування – це інвестиції в компанії, організації та фонди з наміром створити вимірюваний соціальний та/або екологічний вплив разом із фінансовою віддачею

Згідно із загальними правилами, термін *кооперація* (з лат. *cooperatio*) — це форма організації економічної діяльності людей і організацій для спільного досягнення загальних цілей або задоволення потреб. Кооператив – це самоврядне об'єднання осіб, які добровільно співпрацюють для їх взаємного соціального, економічного і культурного розвитку. Кооператив може бути як некомерційною громадською організацією, так і підприємством, що належить і управляється людьми, які користуються його послугами (споживчий кооператив) та/або людьми, які там працюють (виробничий кооператив). Кооперативні принципи визначені в Декларації про кооперативну ідентичність. Всі кооперативні принципи безпосередньо чи опосередковано впливають на розвиток місцевих громад. Особливо важливим є принцип турботи про громаду, який тлумачиться як діяльність задля сталого розвитку своєї громади, проводячи політику, схвалену членами кооперативу.

Успішний розвиток закладів охорони здоров'я за нових обставин, в умовах медичної реформи, багато в чому залежить від побудови відносин з різними групами зацікавлених осіб. Важливим джерелом інвестицій у медичні заклади стають громади. Запорукою надходження інвестицій є партнерські зв'язки закладу не тільки з адміністрацією громади, але й з депутатським корпусом, бізнес-колами, громадськими активістами.

ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

Державна політика України у сфері медичних послуг є однією з важливих складових внутрішньої та зовнішньої політики країни, що включає в себе підготовку медичних кадрів, чисельні соціальні, економічні, науково-медичні, санітарно-епідеміологічні та профілактичні заходи, які проводить держава в інтересах своїх громадян.

Державна політика України в галузі охорони здоров'я ґрунтується на визнанні державою права кожного громадянина на охорону здоров'я, забезпечення його захисту, що закріплено в Конституції України та інших законодавчих актах. Державна політика в цій галузі передбачає використання цілої групи комплексних засобів впливу – як-то політичних, адміністративних, організаційних, економічних, правових, державного регулювання тощо. Особливою рисою державної політики у сфері охорони здоров'я повинна бути комплексність, системність, суцільний характер, що зумовлено зростаючою єдністю сучасного світу, тенденціями до міцних взаємозв'язків та взаємозалежності складових систем охорони здоров'я.

На нинішньому етапі розвитку актуальність дослідження державної політики в сфері медичних послуг полягає у вивченні сучасних механізмів розробки взаємодії політичних, адміністративних, правових, економічних, організаційних засобів впливу на формування та реалізацію нової державної політики з охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до мети і поставлених завдань у роботі була проаналізована існуюча нормативно-правова база, вивчений загальний стан галузі охорони здоров'я (історичні аспекти управління, зміна принципів формування державної політики у сфері медичних послуг, реформа державної служби та трансформація МОЗ, аналіз стану державної політики в сфері медичних послуг, прикладні аспекти державної політики в сфері медичних послуг(на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР») в умовах мед реформи, прогнозування потреб

територіальної громади в медичних послугах, модернізування мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог, партнерські відносини комунальних підприємств, громадських організацій та бізнесу в питаннях розвитку системи охорони здоров'я.

На фоні деструктивних процесів в економіці, зниженні національного прибутку, малих видатків на охорону здоров'я, незадовільного стану здоров'я населення України, застарілості та неефективності системи охорони здоров'я постала гостра необхідність реформування галузі охорони здоров'я в цілому, і державної політики у сфері медичних послуг в тому числі.

Вивчено стан державної політики в сфері медичних послуг, її реформування на державному і місцевих рівнях, починаючи з 2000р. і до теперішніх днів, заходи підвищення її ефективності.

В цей період були запроваджені гарантований державний пакет медичних послуг, проведена реформа первинної та вторинної/третинної ланок медичної допомоги, впроваджені нові механізми фінансування системи охорони здоров'я, прогресивна програма реімбурсації медикаментів «Доступні ліки», реформування системи громадського здоров'я, розвиток телемедицини, системи електронного здоров'я eHealth, реформування розвитку медичної освіти і науки. Всі ці заходи були здійснені за рахунок реформи державної політики, державної служби в сфері охорони здоров'я і трансформації міністерства охорони здоров'я.

Під час дослідження проведено аналіз теоретичного і практичного матеріалу з питань державної політики, її принципів, вивчені поняття суб'єктів та об'єктів державної політики на кожному складовому рівні Національної системи охорони здоров'я.

Вивчено принципи формування державної політики в сфері медичних послуг згідно внутрішніх та міжнародних стандартів з питань фінансування національної системи охорони здоров'я, роботи системи медичного обслуговування, системи охорони громадського здоров'я, сфери вищої освіти та науки, державної інформаційної політики.

Для ефективної реалізації державної політики в сфері медичних послуг було створено і оновлено ряд державних структур, які відповідають за впровадження напрацьованих міністерством політик, в тому числі НСЗУ, ДП «Електронне здоров'я», ДУ «Центр громадського здоров'я», ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, ДП «Медичні закупівлі України».

Прикладні аспекти державної політики в сфері медичних послуг в умовах медреформи вивчались на прикладі КП «ОКЛВЛД ПОР». Під час дослідження було детально розглянуто структуру закладу, його можливості і цілі роботи. Вивчено питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування в закладі за період з 2019 року, коли було запущено пілотний проект в Полтавській області, який допоміг опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини, в якому приймала участь і КП «ОКЛВЛД ПОР». Згідно його підсумків була продовжена робота з реформування державної політики в галузі.

Досліджено різні аспекти державної політики в сфері медичних послуг, проте проблема реалізації функцій державної політики в контексті медреформи залишається досить актуальною і обговорюється як теоретиками, так і практичними працівниками.

Проведений аналіз дозволив зробити ряд пропозицій щодо вдосконалення державної політики в сфері медичних послуг на різних рівнях.

В першу чергу, потрібно впровадити прогнозування потреб територіальної громади в медичних послугах щодо вивчення потреб населення адміністративно-територіальної одиниці/територіальної громади у медичних послугах. Реалізації функцій державної політики в контексті децентралізації, місцевого самоврядування дозволить покращити якість і комфортність життя в регіоні. В роботі запропоновані напрямки розвитку медичних послуг що підлягають централізації та децентралізації. Представники місцевої влади, які здатні створити хороші умови для лікування мешканців, підвищують свою

популярність в громаді і політичну підтримку. Ситуація з пандемією коронавірусу показала, що ті лікарні, про які дбала місцева влада, зараз надають ефективнішу допомогу мешканцям.

Наступною пропозицією є вдосконалення державної політики з питань модернізування мережі системи охорони здоров'я в контексті сучасних вимог.

Створення умов для реформування системи охорони здоров'я передбачає зміни державної політики, які вимагають законодавчого врегулювання, шляхом внесення змін до відповідних нормативно-правових актів для реалізації наступних заходів:

1. Розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги.

2. Затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів.

3. Прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади з охорони здоров'я відповідних рішень щодо структурної перебудови системи охорони здоров'я.

З практичної точки зору важливо також проводити фінансово-економічну перебудову системи охорони здоров'я, особливо у вигляді бюджетних програм на місцевому і державному рівнях.

Ще однією пропозицією з вдосконалення державної політики в питаннях розвитку системи охорони здоров'я є налагодження партнерських відносин комунальних підприємств, громадських організацій та бізнесу. Проекти державно-приватного партнерства вважаються оптимальним способом довгострокової співпраці, який задовольняє ключові інтереси обох сторін.

Процес залучення приватного сектору України до розвитку громад проходить з використанням найбільш поширених моделей такої діяльності – благодійна допомога, pro bono, корпоративна соціальна відповідальність, соціальне підприємництво, імпакт-інвестування, кооперація.

Пропонується розробити доповнення до чинних нормативних актів, змістом яких буде створення «працюючого» механізму державно-приватного партнерства, благодійної допомоги та інших.

Вважаємо, що реалізація даних пропозицій спряля б удосконаленню державної політики в сфері медичних послуг на різних рівнях. Очікуються позитивні результати впровадження та реалізації запропонованих заходів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: закон України від 28.06.1996 № 254к/96'ВР // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 6.04.2017 р. № 2002-VIII
3. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 01.07.2010 р. № 2404-VI
4. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII
5. Закон України «Про концесії» від 16.07.1999 р. № 997-XIV
6. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения / ВОЗ, Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 1999. – 310 с.
7. Електронне здоров'я: [Веб-сайт]. URL : <https://ehealth.gov.ua>.
8. Загальна декларація прав людини: Міжнародний документ від 10.12.1948 р. Офіційний вісник України. 2008. № 93. Ст. 89.
9. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права: Міжнародний документ від 16.12.1966 р.
10. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Київ. 2014. 41 с. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
11. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
12. Офіційний веб-сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

13. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения (ВООЗ). URL: <https://www.who.int/home>.
14. Положення про Міністерство охорони здоров'я України від 25 березня 2015 р. № 267. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF?find=1&text=%F4%F3%ED%EA%F6#w11>
15. Положення про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. Офіційний вісник України. 2018. № 15. Ст. 29.
16. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні: закон України від 24.11.2015 № 817'VIII // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/>
17. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404'VI // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
18. Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики : Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2010 р. № 996. Офіційний вісник України 2010. № 84. Ст. 36.
19. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. Офіційний вісник України. 2016. № 30. Ст. 18.
20. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 № 765. Офіційний вісник України. 1997. № 29. Ст. 61.
21. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ № 504 від 19.03.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://законодавство.com/.../Nakaz-vid-19032018-504-pro-zatverdjenjnya-2018-519>.

22. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000?find=1&text=%E4%E5%EC%EE%E3%F0%E0%F4#w11>.
23. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. Відомості Верховної Ради України. 2015. № 23. Ст. 1234.
24. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. Офіційний вісник України. 1999. № 20. Ст. 190.
25. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. Офіційний вісник України. 1999. № 25. Ст. 20.
26. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF?find=1&text=%E5%EF%B3%E4%E5%EC#w11>
27. Про схвалення Загальнодержавної програми "Здоров'я — 2020": розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164-р // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>
28. Авраменко Т. П. Державне управління системою охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні: сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку. Держава та регіони. Серія Державне управління. 2014. Вип. 2. С. 89-95.
29. Авраменко В. І., Качмар В. О. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій. Український журнал телемедицини та медичної телематики. 2011. Т. 9, № 2. С. 124 – 133.
30. Банчук М. В. Основні проблеми державного управління реформуванням галузі охорони здоров'я України [Текст] : монографія / М. В. Банчук ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. - Київ : НАДУ, 2013. - 439 с.

31. Бахтеєва Т.// Ваше здоров'я. – 2009. – 29 трав. – С. 3–4.
32. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до “кращих” часів / Т. Бахтеєва // Ваше здоров'я. – 2009. – 29 трав. – С. 3–4.
33. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
34. Бойко С. Г. Порівняння моделей фінансово-економічної організації охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. Держава та регіони. Серія Державне управління. 2016. Вип. 2. С. 40-44.
35. Бойко С.Г. Тенденции и особенности государственной кадровой политики в сфере здравоохранения. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування : електрон. наук. фах. вид. / Херсон. нац. техн. ун-т. – Херсон:2018 № 1,с.12
36. Волос Б., Вашев О. Державна політика і стратегія в галузі охорони здоров'я. Опорний конспект лекцій. - Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ, 2005. - 80 с.
37. Голяченко А. Наукове обґрунтування оптимізації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Голяченко А. – К., 2008. – 36 с.
38. Гузій О. В., Електронна система охорони здоров'я: детально про найближчі зміни. Український медичний часопис. 2018. № 1. С. 29-30.
39. Гузій О. В., Устінов О. В. Медична реформа від Уряду на порозі впровадження: як це відбудуватиметься? Український медичний часопис. 2017. № 5. С. 70-71.
40. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. — К.: НАДУ, 2013. — Ч. 1. — 396 с.
41. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб./ І.М. Солоненко, Л.І. Жаліло – кер. автор. колективу/. К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 116 с.
42. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко

М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.]. — К., 2014. — 312 с. — С. 53.

43. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова [та ін.]; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. — К. ; Львів : НАДУ, 2012. — 240 с.

44. Добридень О. В. Потенціал здоров'я людини в сучасних умовах / О. В. Добридень // Філософія. — 2016. — № 4. — С.45–50.

45. Жаліло Л. І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я : метод. рек. / Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк. — К. : НАДУ, 2009. — 66 с.

46. Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б. та ін. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти: Навч. посіб. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 142 с.

47. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми. Національна академія держ. управління при Президентові України, Харківський регіональний ін-т держ. управління. - Х. : Видавництво ХарРІ НАДУ "Магістр", 2006. - 304 с.

48. Карпишин Н., Комуницька М. Класичні моделі фінансового забезпечення охорони здоров'я. Світ фінансів. 2008. № 1. <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/26425/1/>

49. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагорна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний // Укр. мед. вісті. — 1997. — Квіт.-черв. — № 1 (56). — С. 28–29.

50. Крентовська О. Проблеми збереження і розвитку людського потенціалу в умовах старіння населення України / О. Крентовська // Вісник національної академії державного управління при Президентові України. — 2009. — Вип. 4. — С. 238–246.

51. Кульгінський Є. А. Процеси євроінтеграції та їх вплив на реформи системи охорони здоров'я в Україні. Держава та регіони. Серія Державне управління. 2016. Вип. 3. С. 38-42.

52. Логвиненко Б. О. Поняття «e-Health» в публічному адмініструванні сферою охорони здоров'я в Україні. URL : [http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/ Logvynenko_ukr.PDF](http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/pdf/Logvynenko_ukr.PDF).
53. Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз : кол. моногр. / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2007. – 328 с.
54. Мельниченко О. А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання : монографія / О. А. Мельниченко. – Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2008. – 232 с.
55. Москаленко М. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : моногр. / М. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
56. Носулич Т.М. Наукові підходи до вивчення системи охорони здоров'я з позицій сталого розвитку /Т.М. Носулич// Сталий розвиток економіки. – 2013. – № 4. –С. 195 – 201
57. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / кол. авт. ; за заг. ред. В. М. Князевича. – К. : [б. в.], 2009. – С. 5.
58. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко [та ін.]. – К. : Здоров'я, 2003. – 396 с.
59. Пітюлич М.І. Соціальні нормативи і стандарти охорони здоров'я України: [Електронний ресурс] / М.І. Пітюлич // Ефективна економіка [Електронне наукове фахове видання ДДДАЕУ]. – 2015. – № 3. – Режим доступу: <http://www.economy.nauka.com.ua>.
60. Полюлях Р. Конфіденційність медичних записів в США: державно-управлінський аспект. Актуальні проблеми державного управління. 2016. № 1. С. 77 – 82.
61. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.

62. Солоненко Н. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я / Н. Солоненко, І. Солоненко // Вісн. УАДУ. – 2001. – № 1. – С. 187–194.
63. Соціальний концепт суспільних та економічних процесів національного розвитку [Текст]: Колективна монографія [Безтелесна Л.І., Сазонець І.Л. та ін.] : За наук. ред. д.е.н., проф. Безтелесної Л.І.. – Рівне: Волин. обереги, 2016. – 184 с.
64. Степанова О.В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України. Ефективна економіка. 2014. № 6. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua>
65. Стеценко С. Г. Медичне право України: Підручник/С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.
66. Стеценко С. Г. Сучасне українське медичне право: Монографія / За заг. ред. С. Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – 496 с.
67. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні.: Моногр. / За ред. В.М.Лехан. (У складі авт. кол. Л.І. Жаліло, І.М. Солоненко та ін.). – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
68. Стратегічне планування розвитку об'єднаної територіальної громади: навч. посіб. / [Берданова О. В., Вакуленко В. М., Валентюк І. В., Ткачук А. Ф.] – К.: – 2017. – 121 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2018/11/04_Strateg_PlanPRN-5.pdf
69. Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 8. С. 83–86.
70. Усачов Є. І. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на національному рівні - Прикарпатський юридичний вісник, №1-2/2018–с.294-298
71. Устінов О. В. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я. Український медичний часопис online. 2012.

72. Федоренко Т. А. Міжнародні стандарти партисипаторної демократії як підгрунття забезпечення участі громадськості в державному управлінні у сфері охорони здоров'я в Україні. Вісник Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Серія Державне управління. 2017. № 3. С. 95-102.

73. Фірсова О. Д. Економічні засади державного регулювання охорони здоров'я = Economic principles of state regulation in health care : навч. посіб. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. - Київ : НАДУ, 2019. - 190 с.

74. Фойгт Н. А. Державне управління охороною суспільного здоров'я в умовах демографічного старіння в Україні [Текст] : монографія / Н. А. Фойгт ; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. - К. : ДКС Центр, 2011. - 319 с.

75. Формування здорового способу життя : навч.-метод. рекомендації ; авт. колект. Т. Андріученко, О. Вакуленко, В. Волков, Н. Дзюба, В. Коляда, Н. Комарова, І. Пеша, Н. Тілікіна (кер. авт. колект. О. Вакуленко). – К.: ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики», 2018. – 100 с.

76. Чернов С.І. Текст лекцій із дисципліни «Публічне адміністрування» (для студентів всіх форм навчання за спеціальністю 7.03060101, 8.03060101 «Менеджмент організацій і адміністрування (за видами економічної діяльності). Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О.М. Бекетова. Х. : ХНУМГ, 2014. 97 с.

77. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. Економіка і право охорони здоров'я. 2016. № 2. С. 72

78. Ярош Н. П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України [Текст] / Н. П. Ярош ; Національна академія держ. управління при Президентові України. - К. : НАДУ, 2006. - 196 с.22.

ДОДАТКИ

Додаток А

Наукові праці автора за темою кваліфікаційної магістерської роботи



Міністерство освіти і науки України
 Національний університет
 «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
 Азербайджанський державний економічний університет (UNEC)
 Білостоцький технологічний університет (Польща)
 ISMA University (Латвійська республіка)
 University North (Хорватія)
 Varna Free University «Chernorizets Hrabar» (Болгарія)
 Національний університет «Чернігівська політехніка»
 Дніпропетровський регіональний інститут державного управління
 Національної академії державного управління
 при Президентові України
 Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України
 Західноукраїнський національний університет
 Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова
 Херсонський національний технічний університет
 Черкаський національний університет імені Богдана Хмельницького



ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ
Матеріали VIII Всеукраїнської
науково-практичної Інтернет-конференції
за міжнародною участю
 29 квітня 2021 року



Полтава
 2021

УДК 35.073:34(477)
О64

Розповсюдження та тиражування без офіційного дозволу
Національного університету
імені Юрія Кондратюка заборонено

Редакційна колегія:

М. І. Лахижа, д. держ. упр., професор;
В. В. Гришко, д.е.н., професор;
І. О. Кульчій, к. держ. упр., доцент.

Організаційно-правові аспекти публічного управління в Україні : Матеріали VIII
Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції за міжнародною участю, 29 квітня 2021 р. –
Полтава : Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2020. – 196 с.

У збірнику матеріалів VIII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції за міжнародною участю розглядаються теоретичні та правові аспекти модернізації публічного управління України з урахуванням іноземного досвіду, шляхи та методи оптимізації діяльності органів влади на регіональному рівні, іноземний досвід впровадження сучасних систем та методів управління в діяльність органів влади, організаційні та фінансові аспекти забезпечення діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, розвиток лідерства в публічному управлінні, підготовка та підвищення кваліфікації кадрів державної служби та служби в органах місцевого самоврядування.

Розрахований на фахівців публічного управління, працівників органів державної влади та місцевого самоврядування, науковців, викладачів, слухачів та студентів.

УДК 35.073:34(477)

*Матеріали друкуються мовами оригіналів.
За виклад, зміст і достовірність матеріалів
відповідають автори.*

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО- ПРАВОВІ АСПЕКТИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

- Andonova, Kremena Georgieva,
Bankova, Ivanka Todorova,*
REGULATORY CONDITIONS FOR OVERCOMING DISSONANCES IN TERRITORIAL DEVELOPMENT PLANNING
..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- Бакуменко Валерій Данилович,
Красноруцький Олексій Олександрович,
Попов Сергій Афанасійович,*
ЕКСПЕРТНА АНАЛІТИКА В ПРОЦЕСАХ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Бондарев Владислав Віталійович,*
ВПЛИВ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТА ГІБРИДНИХ ВІЙН НА ПУБЛІЧНУ ПОЛІТИКУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Бутенко Михайло Іванович,*
ЗАВДАННЯ ТА ПРАВОВІ ОСНОВИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Вошко Інна Василівна,*
РІЗНОМАНІТТЯ ПІДХОДІВ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНОЇ ПОЛІТИКИ ДЕРЖАВИ..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- Гарянін Олександр Олександрович*
МІГРАЦІЙНА ПОЛІТИКА **Ошибка! Закладка не определена.**
- Данілова Лариса Володимирівна,*
СУЧАСНИЙ ВИМІР НАЦІОНАЛЬНОГО ДЕРЖАВОТВОРЕННЯ: АДАПТАЦІЯ ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ ДО СТАНДАРТІВ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Демченко Володимир Миколайович,*
ЛОГІЧНІСТЬ ДЕРЖАВНИЦЬКИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ У МОВНО-НАЦІОНАЛЬНІЙ СФЕРІ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Дракохруст Тетяна Вікторівна*
ДОКТРИНАЛЬНО-ПРАВОВІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ МІГРАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ
..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- Дурман Олена Леонідівна
Шелегон Елеонора Вікторівна*
ДЕРЖАВНА ІНВЕСТИЦІЙНА ПОЛІТИКА УКРАЇНИ: НОРМАТИВНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Жуковська Аліна Юрївна*
ІНКЛЮЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Задорожний Володимир Петрович,*
МОДЕЛІ ПУБЛІЧНОЇ СЛУЖБИ: ДОСВІД НІДЕРЛАНДІВ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Коршєнко Наталія Леонідівна*
ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ 134
- Кириченко Тетяна Станіславівна*
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ 135
- Лахиєжа Микола Іванович,*
ДОСВІД ІЗ ЗАПОБІГАННЯ КОРУПЦІЇ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА МОДЕРНІЗАЦІЇ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПОСТКОМУНІСТИЧНИХ КРАЇН: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ
..... **Ошибка! Закладка не определена.**
- Ломакіна Тетяна Анатоліївна*
ЗАКОРДОННИЙ ДОСВІД РЕФОРМИ ПУБЛІЧНИХ КОМУНІКАЦІЙ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Лопушинський Іван Петрович,*
ПОЗБАВЛЕННЯ КАБІНЕТУ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ НЕВЛАСТИВИХ ПОВНОВАЖЕНЬ ЯК МЕХАНІЗМ ДЕКОНЦЕНТРАЦІЇ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Матюшенко Олексій Володимирович,*
СОЦІАЛЬНІ ПРОЄКТИ В УКРАЇНІ: ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ УПРАВЛІННЯ **Ошибка! Закладка не определена.**
- Пасічна Ірина Олександрівна,*
ДИСЦИПЛІНАРНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ ЗА КОРУПЦІЙНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ **Ошибка! Закладка не определена.**

Писарева Ольга Сергіївна

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ
НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ **Ошибка! Закладка не определена.**

Пічка Олена Павлівна,

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЯТЯГНЕННЯ ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ ДО АДМІНІСТРАТИВНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА
ВЧИНЕННЯ ПРАВОПОРУШЕНЬ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ КОРУПЦІЄЮ **Ошибка! Закладка не определена.**

просування, але існує механізм зростання посадового окладу за вислугою років, відображений у статутних документах.

Література:

1. Головата В. Реформування державної служби в Україні в умовах адаптації до стандартів Європейського союзу URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/78428/33-Golovata.pdf?sequence=1>

2. Прокопенко Л. Л. Публічна служба в країнах ЄС. URL: <http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2009-01/ProkopenkoStat.pdf>.

Коршенко Наталія Леонідівна

Національний університет «Полтавська політехніка

*імені Юрія Кондратюка», здобувач освітнього ступеня «магістр» кафедри публічного управління,
адміністрування та права, завідувача терапевтичним відділенням
КП «ОКЛВЛД ПОР»*

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Згідно із ст. 3 та 49 Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [7].

Державна політика України у сфері охорони здоров'я спрямована на збереження та зміцнення здоров'я, профілактику та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я [1].

У 2016 році Уряд України визначив пріоритетом трансформацію своєї системи охорони здоров'я для поліпшення індикаторів здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних грошових витрат з власних кишень. Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої радянської системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості [2]. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як акселератор розвитку [8]. Після розробки та затвердження стратегії Кабінетом Міністрів України, Верховна Рада прийняла новий закон про фінансування охорони здоров'я (Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10]). Була створена Національна служба здоров'я України (НСЗУ), щоб розпочати стратегічні закупівлі медичних послуг відповідно до гарантованого державою пакету [9]. Перші успіхи - реформа первинної ланки медичної допомоги із запропонованим чітким переліком послуг для пацієнтів та вільним вибором сімейного лікаря, автономізація закладів охорони здоров'я, створення єдиної системи електронної охорони здоров'я, прогресивна програма реімбурсації медикаментів «Доступні ліки» із використанням електронного рецепту - показали високий запит на зміни у галузі з боку населення.

У 2020 році розпочався наступний етап трансформації системи охорони здоров'я в Україні - запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг. Для цього в 2019 році було запущено пілотний проект з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допоміг опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги на прикладі Полтавщини. Згідно його підсумків була продовжена робота з реформування галузі, а саме:

- здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного та стаціонарного рівнів);
- забезпечення фінансового захисту населення від надмірних витрат;
- ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, який має бути доступним для всього населення, незалежно від статі, місця проживання, рівня статків та інших соціально-демографічних характеристик;
- оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного та кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів;
- впровадження інноваційних технологій у щоденній медичній практиці та забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Сьогодні реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками-медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина, доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із напрямів реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників, створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток, розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація

Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями, визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку, забезпечення розвитку медичної освіти і науки.

Література:

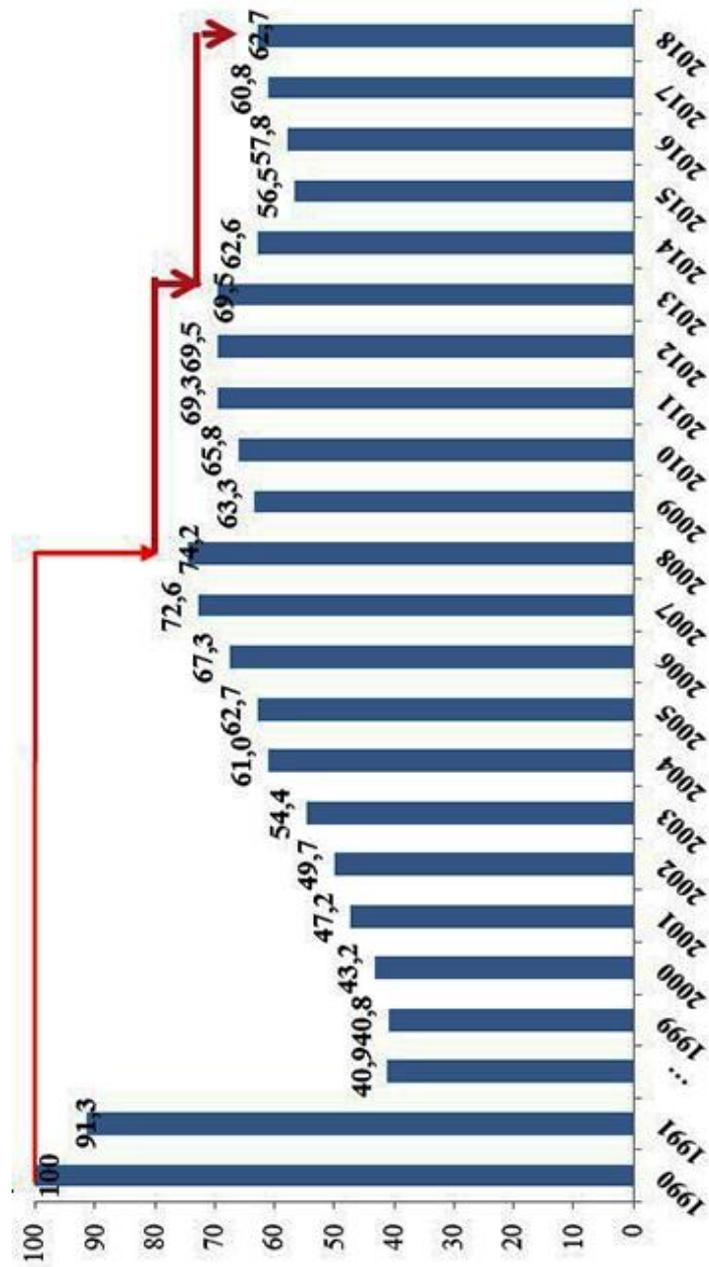
1. Білинська М. М., Радиш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
2. Бойко С.Г. Тенденции и особенности государственной кадровой политики в сфере здравоохранения. Теория та практика державного управління і місцевого самоврядування : електрон. наук. фах. вид. / Херсон. нац. техн. ун-т. – Херсон:2018 № 1,с.12
3. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення : аналіт. доп. / Т. П. Попченко. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
- 4.Ткачова Н. М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я.Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 8. С. 83–86.
- 5.Усачов Є. І. Адміністративно-правовий статус суб'єктів, що визначають правові засади державної політики у сфері надання медичних послуг в Україні на національному рівні- Прикарпатський юридичний вісник,№1-2/2018–с.294-298
6. Устїнов О. В. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я. Український медичний часопис online. 2012.
7. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
8. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Київ. 2014. 41 с. URL: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
- 9.Положення про Національну службу здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101. Офіційний вісник України. 2018 р., № 15, Ст. 507.
10. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення від 19.10.2017 № 2168-VIII:Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2018 р., № 5. Ст. 31.

Кириченко Тетяна Станіславівна
Українська медична стоматологічна академія,
кандидат медичних наук

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

Поширення соціально небезпечних хвороб в умовах глобалізованого світу не є проблемою окремої держави. Це пов'язано з багатьма іншими проблемами - соціальними, економічними, навіть з політичними

Додаток Б



Динаміка індексу ВВП України, 1990-2018 роки, 1990 рік = 100