

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)

на тему:

**МЕДИЧНА РЕФОРМА: РЕАЛІЇ УКРАЇНИ ТА МІЖНАРОДНИЙ
ДОСВІД**

Виконала: студентка 6 курсу 639МЗ групи
напряму підготовки:
28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:
281 Публічне управління та адміністрування
Дідіченко Олена Станіславівна

Керівник:
старший викладач
Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: доктор політичних наук, професор
Євтушенко О.Н.

м. Миколаїв – 2022 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ.....	9
1.1. Теоретичні основи організації системи охорони здоров'я.....	9
1.2. Особливості сучасного стану медичної сфери.....	24
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ.....	36
2.1. Аналіз основних медичних проблем в зарубіжних країнах.....	36
2.2. Проблеми охорони здоров'я в Україні.....	49
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ: МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ.....	59
3.1. Кращі практики зарубіжних медичних реформ.....	59
3.2. Реформування вітчизняної медичної сфери: шляхи використання зарубіжного досвіду.....	68
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ.....	94

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВРУ – Верховна Рада України
- ДМС – державне медичне страхування
- ДОБМД – Державний обсяг безкоштовної медичної допомоги
- ЄНСОЗ – Єдина Національна система охорони здоров'я
- ЗУ – Закон України
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- КСГ – клініко-статистичні групи
- ЛПУ – лікувально-профілактичні установи
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОМС – обов'язкове медичне страхування
- ОПФ – організаційно-правова форма
- ПМГ – програма медичних гарантій
- СОЗ – система охорони здоров'я
- ТГЦ – територіальні госпітальні центри
- ЦМЛ – центральні міські лікарні
- ЦРЛ – центральні районні лікарні

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я знаменується насамперед її реформуванням, головною рушійною силою якого є комплекс проблем національної системи охорони здоров'я, включаючи проблему низької соціально-економічної ефективності її діяльності. Слід зазначити, що останніми роками в країні склалася вкрай несприятливі умови в галузі охорони здоров'я: знизилася якість і доступність медичної допомоги населенню; збільшилося захворювань соціально небезпечного характеру; медико-демографічна ситуація характеризується зростанням смертності та зниженням народжуваності, негативним природним приростом населення тощо. На стан вітчизняної сфери охорони здоров'я негативно впливає недостатній рівень фінансування охорони здоров'я та декларативний характер більшості програм, зокрема, щодо державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги. Проблеми, що виникають у галузі охорони здоров'я, мають бути врегульовані відповідними реформами та органами управління. Однак національна система управління охороною здоров'я в даний час переживає складні часи, а її діяльність – є однією з найбільш наболілих вітчизняних проблем. Тривалий період у країні не було визначено пріоритетні цілі в галузі охорони здоров'я, почала руйнуватися система профілактичної медицини, а найважливіші перетворення у галузі охорони здоров'я здійснюються без консультацій з відповідними фахівцями. Крім того, у процесі реалізації реформи охорони здоров'я актуалізувалися питання ефективного регулювання та управління сфери охорони здоров'я. Виходячи з викладеного, можемо стверджувати, що об'єктивні соціально-економічні та політичні причини допоки не дозволяють оптимізувати процеси реформування галузі охорони здоров'я та створити ефективну систему регулювання та управління, котра б забезпечувала стабільний та повноцінний

розвиток охорони здоров'я. Тому всі різноманітні проблеми, пов'язані з охороною здоров'я громадян, у тому числі проблеми належного забезпечення медичної діяльності та регламентації державного управління у цій галузі, є вкрай актуальними. Особливо важливе їх вирішення в період реформування суспільної сфери, оскільки від правильно визначених напрямів політики охорони здоров'я та результатів роботи органів державного управління залежить ефективність системи охорони здоров'я в цілому, а отже, здоров'я всього багатонаціонального народу України.

Процеси соціально-економічного реформування, що охопили всі сфери життєдіяльності вітчизняних громадян, значною мірою змінюють медико-соціальну ситуацію, форми медико-санітарного забезпечення, критерії та показники роботи медичних установ. З'являються нові дані щодо показників громадського здоров'я, фактори ризику довкілля та способу життя тощо. Все більше входять до повсякденної діяльності медичних працівників нові форми господарського механізму, економічних взаємовідносин, програмно-цільового планування. Нову інтерпретацію отримують видані раніше законодавчі та нормативні документи. Відбуваються зміни у структурі та формах первинної медичної допомоги та забезпеченні санітарно-епідеміологічного благополуччя населення. Це визначає необхідність проведення медичних реформ в Україні з використанням кращих практик зарубіжних країн.

В ході здійснення дослідження було використано наукові доробки як вітчизняних, так й зарубіжних авторів, котрі зробили суттєвий внесок у розвиток теорії, визначення тенденцій та закономірностей реформування медичної сфери, серед них: Ю. Волошин, О. Марцеляк, О. Янчук, В. Графський, О. Коркунова, О. Грішонова, О. Брінцева, С. Кісь, І. Запущляк, О. Яцюк, Г. Малиновська, А. Філіпенко, Ю. Ольвінська та інші. Специфіка теми вимагала також дослідження робіт провідних вчених у галузі медицини й медичного права та організаторів охорони здоров'я нашої країни. Крім того,

використовувалися публікації в періодичній пресі, статистичні дані, інформація мережі Інтернет.

Нормативну базу роботи представлено відповідними нормами Конституції й законів України, міжнародно-правовими нормативно-правовими актами, указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України та відомчими нормативними актами, що регламентують питання реформування галузі охорони здоров'я. Емпірична база дослідження представлена статистичними та аналітичними матеріалами регламентації сфери охорони здоров'я, котрі мають позитивний досвід.

Об'єктом дослідження – є галузь охорони здоров'я.

Предметом дослідження – є особливості реформування галузі охорони здоров'я в Україні з використанням кращих практик зарубіжних країн.

Мета дослідження – обґрунтувати основні положення, що розкривають зміст та особливості процесів реформування галузі охороною здоров'я, обґрунтування напрямів та відповідних заходів, які забезпечують його вдосконалення з відповідним врахуванням кращих зарубіжних практик.

Поставлена мета зумовила вирішення наступних **завдань**:

- вивчити та проаналізувати особливості організації системи охорони здоров'я;
- провести дослідження сучасного стану медичної сфери;
- охарактеризувати основні проблемні питання медичної сфери;
- окреслити основні шляхи реформування медичної сфери та використання міжнародного досвіду за вітчизняних умовах.

Методи дослідження. У процесі дослідження було використано загальнонаукові методи пізнання, а також методи системного, компаративного, стратегічного, структурно-функціонального, економіко-статистичного аналізу. Важливу роль у дослідженні відіграла реалізація принципу єдності теорії та практики; система прийнятих у сучасній науці принципів пізнання соціальної реальності та соціально-правових інститутів у їхньому історичному розвитку, взаємозв'язку та взаємозумовленості з точки

зору теорії та практики, історії та сучасності; загальнонаукові – діалектичний, приватні методи – системно-структурний, порівняльно-правовий, формально-логічний та історико-юридичний, статистичний та інші методи наукового пізнання. За допомогою формально-логічного методу, наприклад, досліджувалися взаємовідносини у галузевій системі охорони здоров'я, визначалося коло структурних ланок медичних установ. За допомогою порівняльно-правового – виявлено якісну своєрідність державної, муніципальної та приватної систем охорони здоров'я. Системно-структурний метод дозволив розглянути охорону здоров'я як самоврядну соціальну систему, елементами якої виступають державні, муніципальні та приватні структури.

Наукова новизна дослідження визначається як постановкою проблеми, так і підходом до її вивчення з урахуванням вже розроблених відповідних питань, і полягає в тому, що дослідження є відображенням функціонування та вдосконалення системи управління охороною здоров'я, співвіднесених з процесами реформування цієї системи, з новими правовими та соціально-економічними реаліями українського суспільства. В цих умовах великого значення набуває вдосконалення публічного управління та регулювання організації та діяльності всієї системи охорони здоров'я в Україні, оскільки існуючий механізм, організаційні структури, форми управління та реформування, чинне законодавство значною мірою застаріло і не відповідає новим суспільно-політичним та соціальним реаліям.

Практичне значення отриманих результатів в тому, що положення здійсненого дослідження можуть бути сприйняті законодавцем під внесення змін та доповнень до відповідних норм законодавства та основних положень концепції реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я. Матеріали даного дослідження можуть бути також затребувані у навчальному процесі під час викладання курсів «Публічна політика в сфері охорони здоров'я», «Стратегічне управління сферою охорони здоров'я», «Державна політика здоров'язбереження» в сфері публічного управління, курсів «Адміністративне

право», «Муніципальне право», «Конституційне право», «Право соціального забезпечення» в юридичних вузах, при читанні курсів «Управління охороною здоров'я» та «Правові основи сучасної охорони здоров'я» у медичних вузах, а також при підготовці методичних матеріалів із зазначених дисциплін.

Апробація результатів дослідження. Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2022» на тему «Міжнародний досвід проведення медичних реформ».

Структура дослідження. Специфіка теми, сформульовані мета і завдання визначили послідовність викладення матеріалу і структуру роботи. Робота загальним обсягом 94 сторінки, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ СФЕРИ

1.1. Теоретичні основи організації системи охорони здоров'я

Протягом останнього десятиліття питанням якості життя населення приділяють особливу увагу під час реалізації поточної державної політики та планування стратегічного розвитку країни. Ця ситуація актуалізує питання підвищення ефективності публічного управління у цій сфері, що потребує застосування адекватних методів оцінки ефективності реалізованої політики, що враховують регіональну специфіку та вітчизняний і зарубіжний досвід у цій сфері. У світі налічується безліч конкретних форм організації системи охорони здоров'я населення, що утвердилися під впливом економічних, політичних, культурно-історичних, морально-етичних чинників, причому схожий рівень соціально-економічного розвитку не завжди означає аналогічну подібність систем охорони здоров'я. Наприклад, розвиненими країнами використовуються різні моделі медичних систем: ліберальна (США), корпоративна (Японія), соціал-демократична (країни Скандинавії) тощо [78]. При цьому еволюція систем охорони здоров'я показує, що під впливом глобалізації, з одного боку, зростає роль ринкових механізмів, з іншого – посилюється контроль з боку держави та (або) міжнародних організацій. Це проявляється в тому, що все більшого поширення набуває страхове фінансування, заохочується конкуренція між постачальниками медичних послуг, зростає охоплення населення країни медичною допомогою, впроваджуються міжнародні стандарти якості тощо. саме тому варто розглянути специфічні особливості формування та функціонування моделей охорони здоров'я.

Залежно від способів фінансування, форм та методів контролю обсягу та якості медичної допомоги, механізмів стимулювання постачальників та споживачів медичних послуг виділяють три основні моделі системи охорони здоров'я: Бісмарк (страхова); Беверіджа (державна); Семашко (є різновидом державної системи) та приватна [71, с. 91].

Таблиця 1.1

Характеристика моделей системи охорони здоров'я (за напрямками страхування)

Тип моделі	Форма фінансування	Переваги	Недоліки
Бісмарка (бюджетно-страхова) (Німеччина)	централізований державний фонд страхування; певний відсоток від заробітної плати; формування страхового фонду як фізичними так і юридичними особами	високий ступінь захисту; забезпечення соціальної стабільності; фінансова відкритість моделі	значна бюрократизація взаємин; наявність різного рівня надання медичних та фармацевтичних послуг
Беверіджа (державно-бюджетна) (Великобританія)	фінансування з державного бюджету за залишковим принципом	високий ступінь захисту; забезпечення соціальної стабільності	дефіцит ресурсів в системі охорони здоров'я та фармації; недостатня якість медичних і фармацевтичних послуг; адміністративно-командне управління
Приватна модель (США)	централізована форма за рахунок платежів страхувальників; незалежна участь держави	висока якість медичних і фармацевтичних послуг; фінансова та юридична самостійність; фінансова відкритість моделі	висока вартість страхових тарифів; соціальна напруга в суспільстві

Перші три моделі будуються на передумові, що доступ людини до медичних послуг не залежить від її добробуту: багаті платять за бідних, здорові – за хворих, приватні моделі медичних послуг розглядаються як будь-який інший товар. В даний час не існує єдиної, найбільш ефективної моделі системи охорони здоров'я, що призводить до необхідності проведення реформ навіть у країнах з високими показниками здоров'я населення та рівня життя.

Найбільш широко використовується у світовій практиці страхова система охорони здоров'я (Бісмарка) [4]. Маючи децентралізований характер управління (на регіональному рівні), система Бісмарка фінансується із трьох джерел: страхові внески підприємств, субсидії держави та витрати самого застрахованого. Домінуюче значення у фінансуванні системи мають платежі населення та підприємств. Державні витрати переважно складаються з платежів на непрацююче населення, і навіть фінансування соціально значимих видів допомоги та цільових програм (наприклад, психіатрична допомога, при якій лікування пацієнта може займати до кількох років, що дуже невигідно для страхових компаній та, як правило, не входить до стандартних страховок населення) [8]. У країнах зі страховою системою охорони здоров'я, як правило, існує два види медичного страхування: обов'язкове медичне страхування (ОМС) та добровільне медичне страхування (ДМС). Слід зазначити, що цільовий характер фінансування системи Бісмарку дозволяє більш гнучко та оперативно реагувати на розширення потреб у медичних послугах. Вона пропонує населенню широкий вибір страхових компаній, медичних організацій та послуг, що надаються ними, а також лікарського та сестринського персоналу.

Конкуренція між організаціями (страховими та медичними) сприяє підвищенню якості медичної допомоги. Система Бісмарка передбачає чіткий розподіл функцій та обов'язків між державою, фінансуючими органи та медичними установами, разом з тим, на наш погляд, вона має низку проблем:

- нерівна доступність медичної допомоги для різних соціальних груп та віддалених територій;
- невиправдане зростання вартості медичних послуг;
- недостатній облік інтересів пацієнтів, які входять до груп високого ризику, які тривалий час перебувають у стаціонарі або залишилися поза системою соціального страхування;
- наявність ДМС порушує принцип «багаті платять за бідних, здорові – за хворих» [15].

Як приклад успішного функціонування системи охорони здоров'я Бісмарка розглянемо німецький досвід. Більшість експертів сходяться на думці, що система охорони здоров'я Німеччини є однією з найефективніших у світі та продовжує постійно удосконалюватись [16]. Однак основною проблемою німецької охорони здоров'я була і залишається висока вартість медичних послуг та фармацевтичних препаратів. У зв'язку з цим німецьким урядом активно проводиться реформування системи охорони здоров'я за двома основними напрямками. В рамках першого напрямку на початку 2000-х років було проведено:

- оптимізацію видатків на медичні послуги;
- запроваджено різні пільги (для дітей віком до 18 років додаткових платежів немає);
- введено електронну картку, що містить медичні дані про людині, що дозволяє уникнути необхідності повторних досліджень [34].

Було створено Інститут якості та економічної ефективності охорони здоров'я. Інститут проводить аналіз терапевтичного впливу препаратів, створює клінічні рекомендації щодо лікування захворювань, займається науковою діяльністю з питань якості та фінансової раціональності послуг, а також надає населенню інформацію про якість та ефективність роботи системи охорони здоров'я. Це нововведення дозволяє Німеччині економити до 3,3 мільярдів євро на рік [39].

У рамках другого напряму було розширено список компенсованих препаратів та надано можливість провізорам встановлювати вартість ліків. Прикладом застосування системи охорони здоров'я Бісмарка є досвід Болгарії. До впровадження страхової системи у Болгарії функціонувала державна модель охорони здоров'я. Метою переходу до страхової медицини було створення ефективної та відповідальної до потреб пацієнтів системи, проте впровадження страхового принципу не дало очікуваного результату. Система фінансування, заснована тільки на страхових внесках, виявилася не в стані забезпечити достатній обсяг коштів – близько мільйона людей відмовилися від участі в програмі загального медичного страхування, що призвело до того, що тих, хто здійснює відрахування на медичне страхування, менше, ніж тих, хто користується пільгами, що їм надаються [42]. Це підштовхнуло уряд до нових реформ: легалізація приватної практики та її участь у системі ЗМС, реструктуризація сектора первинної медико-санітарної допомоги, запровадження інституту лікарів загальної практики, а також застосування клінічних алгоритмів обстеження та лікування [39]. В даний час урядом Болгарії також проводиться активна політика щодо реформування системи охорони здоров'я, спрямована на досягнення показників найбільш розвинених європейських країн та зближення із системою Європейського союзу: ефективного впровадження законодавства Європейського Союзу та освоєння коштів Європейського Союзу. Кошти Європейського Союзу планується інвестувати у охорону здоров'я та направити на зростання ефективності та реструктуризацію лікарняної мережі, а також на розвиток трудових ресурсів.

Основними напрямками реформи (система охорони здоров'я Болгарії в останні роки розвивалася за «Національною стратегією охорони здоров'я») стали стандартизація (у цьому напрямі вдосконалювалася система акредитації медичних установ та розробка стандартів; оплата послуг установ залежить від якості наданої ними медичної допомоги) та інформатизація охорони здоров'я (у Болгарії багато зусиль додається до створення

електронних медичних карт, які дають можливість роботи в електронному вигляді з напрямками на лікування та обстеження, а також виписку рецептів), що дало суттєві результати як у медичній, так і фінансовій частині [43].

Нова стратегія у галузі охорони здоров'я зосереджена на вирішенні окремих проблем, таких як регіональна нерівність, дефіцит фахівців у галузі, боротьба з корупцією; особлива увага приділяється міжсекторальному співробітництву та участі громадян в управлінні системою (досягнення широкого соціального та політичного консенсусу). Критики даної стратегії відзначають, що вона не включає конкретних заходів для досягнення заявлених цілей [49].

Державна система охорони здоров'я (системи Беверіджа, Семашко) також представлена як в розвинених країнах (Великобританія, Канада), так і в країнах, що розвиваються. Вказані системи охорони здоров'я ґрунтувалися на основі солідарної ідеології, зміст якої полягав у тому, що внесок громадянина до суспільного добробуту не повинен лежати в основі його можливостей доступу до належного медичного обслуговування. Основними характеристиками державної системи охорони здоров'я є:

- центральне та регіональне планування (при плануванні медичної допомоги перевагу має центральне планування, незважаючи на те, що враховуються особливості розвитку регіонів. Управління системою охорони здоров'я здійснюється централізовано через вищий орган керівництва системою охорони здоров'я);

- фінансування охорони здоров'я шляхом прямого оподаткування (всі кошти формуються, як правило, у федеральному бюджеті та розподіляються зверху вниз по управлінській вертикалі. Таке централізоване фінансування дозволяє контролювати зростання вартості медичних послуг);

- контроль якості медичних послуг із боку держави;

- охоплення медичною допомогою всього населення (державна система забезпечує рівність громадян у отриманні медичної допомоги. За такої системи основна частина медичних установ належить державі) [49].

Держава забезпечує підготовку медичних кадрів, планує розвиток мережі медичних організацій, фінансує поточні та інвестиційні витрати системи охорони здоров'я, розвиває медичну науку, проводить профілактичні заходи та забезпечує безкоштовну медичну допомогу населенню. Серед основних проблем, притаманних державній системі охорони здоров'я, можна назвати:

- недостатнє стимулювання медичних організацій щодо підвищення їх ефективності;
- централізоване стримування державою зростання витрат на охорону здоров'я;
- недостатнє врахування облік думки пацієнта при виборі лікаря та медичного закладу;
- черга – регулятор забезпечення медичної допомоги, у зв'язку з чим забезпечені групи населення воліють звертатися до приватних лікарів;
- недостатній вибір умов госпіталізації з погляду пацієнта [81].

Великобританія стала однією з перших країн, що впровадила державну систему охорони здоров'я. З 1911 року у Великій Британії існувала система охорони здоров'я, що охоплювала близько 1/3 населення, а 1948 року було засновано загальну, безкоштовну службу охорони здоров'я (Національна служба охорони здоров'я – National Health Service, або NHS) [79]. З моменту заснування державна система мала важливу особливість, яка збереглася до теперішнього часу – оплата лікарів «загальної практики» подушевим методом (капітація) []. Це метод оплати, при якому бюджет, який отримує одна приватна практика, залежить в першу чергу від кількості зареєстрованих на постійній основі пацієнтів. Таким чином, основний принцип капітації – гроші йдуть за пацієнтом, пацієнти у цьому випадку мають можливість частково регулювати попит за законами вільного ринку, оскільки мають право вільного вибору лікаря [81].

Сьогодні щорічно одержувана лікарем загальної практики у Великій Британії сума залежить від кількості пацієнтів, які зареєструвалися як його

пацієнти, від їх статі, віку та соціального статусу. Це основна риса системи охорони здоров'я, навколо якої здебільшого і проводилися всі реформи протягом ХХ ст. Після започаткування загальної безкоштовної служби охорони здоров'я виникла серйозна проблема моральної шкоди (moral hazard): оскільки лікарі загальної практики фінансувалися державою, пацієнти, котрі більше не платили за своє лікування, стали зловживати медичними послугами, тобто користуватись ними без реальних підстав. Витрати держави, що багаторазово зросли, на охорону здоров'я призвели до запровадження платежів пацієнтів.

З метою врегулювання ризиків, пов'язаних з нозологіями, що потребують серйозного дорогого лікування, лікарям було дозволено об'єднуватися у групи фондоутримувачів, причому між групами лікарів зберігалася конкуренція. Така структура системи охорони здоров'я дозволила Великобританії витратити майже вдвічі менше коштів у ставленні до ВВП проти інших високорозвинених країн [70]. Однак згодом державні витрати на охорону здоров'я збільшувалися (критики NHS пов'язували це, зокрема, зі зростаючими видатками на адміністрацію та бюрократію). На вміст NHS у Великій Британії стало витрачатися до 17 % державного бюджету [69], що разом із старінням населення призвело до необхідності реформування системи охорони здоров'я. Основними напрямками реформи, що проходить, є скорочення управлінських витрат і більш активна участь приватного сектору медицини у наданні послуг населенню. Перший напрямок передбачає зміну моделі фінансування та ролі лікаря в ньому. До реформи основну розподільчу функцію виконували менеджери регіональних відділень системи охорони здоров'я (трасти). Кошти використовувалися для планування та оплати медичних послуг. Відповідно до реформи, ця функція має перейти до груп клінічних замовлень, які формувалися з лікарів.

Другим напрямом реформи є зростання обсягу медичних послуг, що надаються приватними організаціями, що має призвести до збільшення

конкуренції та зниження вартості [62]. Серед розвинених країн державну систему охорони здоров'я також представлено в Данії.

Система охорони здоров'я Данії надає безкоштовну медичну допомогу всьому населенню країни (крім стоматології та фізіотерапії, за які пацієнти вносять соціальні платежі) й має унікальні відмінні риси, сформовані, зокрема, реформами останнього десятиліття [51]. Однією із таких особливостей є свобода вибору пацієнтом закладу охорони здоров'я. Пацієнт, маючи призначення лікаря загальної практики, може обрати для госпіталізації будь-яку державну лікарню. У 2000-х роках це право було розширено і пацієнт, той, хто чекав на лікування два і більше місяці (з 2007 року – один місяць), міг також обирати з деяких приватних та зарубіжних клінік. Однак кількість пацієнтів, які користуються даними правом, є незначною, оскільки зазвичай тривалість очікування госпіталізації не перевищує встановлених норм.

Ще однією особливістю є оплата частини медичної допомоги за клініко-статистичними групами (основна частина оплачується за блочними бюджетами). До напрямів реформування системи охорони здоров'я Данії належить стандартизація методів лікування та акредитація закладів охорони здоров'я, які проводяться для підвищення якості медичних послуг. В даний час проводиться реорганізація лікарняної інфраструктури з посиленням ролі невідкладної допомоги та зниженням кількості госпіталізацій до стаціонару, а також удосконалюється система взаємодії муніципальних, приватних та регіональних постачальників медичних послуг [49]. Прикладом державної системи охорони здоров'я серед зарубіжних країн є Казахстан.

У 1991 році Казахстан успадкував радянську модель охорони здоров'я, яка характеризувалася державним регулюванням та централізованим плануванням; одним із основних принципів системи був загальний і безкоштовний доступ населення до медичної допомоги [84]. Основні зміни у структурі та регулюванні системи охорони здоров'я відбулися у 1990-х роках та включали: спроби передачі повноважень управління обласній владі,

запровадження обов'язкового медичного страхування та реструктуризацію сектора первинної медико-санітарної допомоги [1, с. 67]. На жаль, ці реформи не можна назвати успішними.

В даний час система надання медичних послуг, як і раніше, досить фрагментована і не повною мірою забезпечує наступність надання медичної допомоги. Фінансування охорони здоров'я формується із двох джерел: державний бюджет (республіканський та обласний) та особисті платежі громадян. Бюджетне фінансування охорони здоров'я було знову введено в Казахстані в 1999 після невдалої спроби ввести систему обов'язкового медичного страхування [5, с. 170].

Відсутність чіткої взаємодії між первинною та вторинною ланками медичної допомоги, призводить до того, що багато послуг надаються кількома паралельними структурами: наприклад, як протитуберкульозною, так і санітарно-епідеміологічною службами, а також відомчими системами охорони здоров'я при різних міністерствах та відомствах. Слабка горизонтальна інтеграція призводить до дублювання функцій та неефективного використання ресурсів охорони здоров'я.

Державна програма розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан була спрямована на вирішення цих та інших проблем. В рамках програми передбачалося посилення взаємодії різних структур охорони здоров'я, удосконалення системи фінансування, а також розвиток профілактичної служби та підвищення оснащеності медичних організацій [8]. Слід зазначити, що Державною програмою розвитку охорони здоров'я Республіки Казахстан заплановано створення в країні системи обов'язкового соціального страхування [20, с. 19].

Подальший розвиток системи охорони здоров'я передбачає формування трирівневої системи надання медичної допомоги, де відповідальність за здоров'я громадян розподіляється між державою, роботодавцями та працівниками, при цьому:

– перший рівень становить базовий пакет або перелік гарантованої державою медичної допомоги, що фінансується за рахунок республіканського бюджету;

– другий рівень міститиме додатковий пакет або перелік медичної допомоги, що визначається Урядом Республіки Казахстан та фінансується за рахунок обов'язкових страхових платежів держави, роботодавців та працівників;

– третій рівень передбачатиме індивідуальний пакет чи перелік послуг, що визначається на добровільній договірній основі між страховими компаніями та платниками внесків, що фінансуються за рахунок добровільних відрахувань громадян чи роботодавців на користь своїх працівників [28, с. 505].

При приватній системі охорони здоров'я відсутній механізм впливу на територіальний розподіл медичних служб (гроші розподіляються лише на ті території, які приносять фінансову вигоду бюджету), з боку держави має місце недостатній контроль діяльності лікувальних установ, широко використовуються судові позови як контроль за медичними та сервісними послугами, що надаються населенню [15]. За цієї системи охорони здоров'я зазначено «нав'язування» зайвих медичних послуг, оскільки співвідношення попиту та пропозиції неадекватне – попит суттєво нижчий за пропозицію. Подібна система охорони здоров'я підпорядкована інтересам ринку, в ній медична послуга є товаром. Найбільш яскраво приватна система охорони здоров'я представлена в США, де застосовуються два типи приватного медичного страхування: індивідуальне та групове, які фінансуються за рахунок держави, особистих коштів населення та страхових компаній [34].

До кінця 2000-х років груповим страхуванням у США було охоплено 74% робітників та службовців приватного сектора економіки та 80% державного сектора [19, с. 220]. За рахунок коштів групового страхування оплачуються 2/3 медичних послуг. Більшість американських фірм, як правило, забезпечують колективне страхування своїх робітників та

службовців. 13% населення мають як особисту страховку, так і страховку роботодавців [83]. Дрібні підприємства здатні оплачувати лише частину медичного страхування своїх працівників. Багато компаній вважають за краще вносити страхові суми за працівників не завжди, а тільки тоді, коли лікування необхідне, тому у разі звільнення працівник фактично виявляється незастрахованим.

За рахунок ДМС оплачується до 30% усіх медичних послуг, в тому числі лікарняна та позалікарняна медична допомога. Фінансовані державою програми: «Медікейд» (Medicaid) – страхування людей з низькими доходами (у 2018 р. чисельність застрахованих становила близько 58,8 млн. осіб) і обов'язкове соціальне страхування людей похилого віку і людей, які втратили працездатність – «Медікер» (Medicare) (у 2020 р. цією програмою було охоплено близько 47,5 млн. осіб, них 39600000 людей старше 65 років і 7900000 інвалідів) [84]. Зокрема, в США практично відійшли від державного втручання до сфери підприємницької діяльності в медицині й надають приватним лікарям право здійснювати самостійний, практично нерегульований розвиток. Такий стан речей сприймається дещо критично, оскільки, охорона здоров'я – є сферою, яка приносить державі неоціненні вигоди, здійснює зміцнення людських ресурсів, силою котрих, з часом, створюються всі матеріальні цінності та відбувається зміцнення національної економіки.

Одними з головних проблем приватної системи охорони здоров'я є висока вартість медичної допомоги та низький пріоритет профілактичної роботи, відсутність рівної доступності медичної допомоги для населення різних соціальних груп та недостатня увага до пацієнтів, які отримують медичну допомогу за рахунок державного фінансування. Наприкінці 2000-х років витрати на охорону здоров'я у США перевищували 14% від ВВП, причому показники здоров'я населення були відносно не високі, а 15 % населення мали можливість користуватися послугами охорони здоров'я [75, с. 22]. Ці проблеми призвели до необхідності суттєвого реформування

системи охорони здоров'я, яке розпочалося з 2010 р. та внесло значні зміни до організації медичної допомоги населенню. Поточна реформа охорони здоров'я США проходить згідно закону «Про захист пацієнтів та доступність медичної допомоги» [42], який включає чотири основні напрями перетворень.

Перший напрямок реформи – обов'язковість медичного страхування для всього населення. Тепер кожен житель США має бути застрахованим. При цьому для різних груп населення (заможні, молоді тощо) та роботодавців передбачені певні пільги. До реформи страхування було не обов'язковим і обсяг медичних послуг залежав від доходу людини або бажання її роботодавця платити за страхування в певному обсязі.

Другим напрямком реформи є регулювання страхових тарифів та обсягів медичної допомоги, що надаються за страховкою. Страхові компанії більше не мають права відмовляти чи встановлювати пріоритети (різну вартість) для різних груп населення. Держава також визначається базовим пакетом страхування, який включає профілактику та діагностику захворювань, лікарське забезпечення в поліклініці, довготривалий догляд і стаціонарне лікування. Реформою встановлено граничну суму на сплату застрахованого на рік. Також реформа встановила співвідношення коштів страхових компаній, які мають бути спрямовані на лікування пацієнтів, та власний дохід [4].

Третім напрямком реформи стало спрощення вибору страхового плану громадянами: створено спеціальну біржу, на якій можна отримати консультацію (в Інтернеті або по телефону) і вибрати відповідний собі страховий план [15].

Нарешті, четвертим напрямком реформи є регулювання цін на медичні послуги та підвищення їхньої якості: створюються комісії, які займатимуться оцінкою ефективності способів лікування, а також страхових компаній та приватних лікарів.

Незважаючи на високу вартість реформи, уряд США оцінює її як економічно ефективну як у прямих, так і непрямих витратах. Загальна вартість реформи становить близько 940 млрд. дол. за 10 років, однак, за рахунок зниження вартості медичної допомоги очікується скорочення дефіциту федерального бюджету США на 1 трлн дол. [34]. Також позитивним ефектом від реалізації програми буде зниження захворюваності та смертність населення.

Підсумовуючи аналіз напрямів розвитку систем охорони здоров'я розвинених країн, можна зробити висновок про те, що цілі, завдання та механізми розвитку можуть бути як схожі, так і суттєво відрізнятися, залежно від існуючої системи надання медичної допомоги. Пошук оптимальної моделі, що відбувається як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються, пов'язаний з неможливістю створення єдиного підходу до побудови системи охорони здоров'я, який би забезпечив створення найефективнішої системи надання медичної допомоги [42]. Порівняння переваг та недоліків різних систем охорони здоров'я представлено у табл. 1.1.

Існуючі у світовій практиці системи охорони здоров'я мають свою специфіку, що підтверджує відсутність універсальних методів керування. Водночас у розвинених країнах (крім Данії) державну політику у сфері охорони здоров'я спрямовано, з одного боку, на оптимізацію витрат на медичні послуги та ліки, незалежно від того, хто оплачує ці послуги – держава (Німеччина, Великобританія) чи населення (США), з іншого боку, пріоритетними напрямками є: підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток конкурентного середовища, сплати населення та підвищення якості медичних послуг та стандартизація [50].

У країнах (Болгарія, Казахстан) державна політика у сфері охорони здоров'я спрямована на розвиток ресурсної бази охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг, реструктуризацію мережі установ. Проведений вище аналіз показує суттєву відмінність як фінансових, так і

організаційних механізмів та інструментів реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Таблиця 1.1

Переваги та недоліки систем охорони здоров'я

Система ОЗ	Переваги	Недоліки
Страхова	широке охоплення населення медичною допомогою; розподіл фінансового навантаження на охорону здоров'я між державою та приватним сектором; висока якість медичних послуг, пов'язана з можливістю вибору страховика населенням	відсутність рівної доступності до медичної допомоги для різних соціальних груп та віддалених територій; тенденція до невиправданого зростання вартості медичних послуг; наявність приватного страхування порушує принцип «багаті платять за бідних, здорові – за хворих»
Державна	повне охоплення населення медичною допомогою; широкі регулятивні можливості; широкий набір інструментів для реалізації планів	недостатнє стимулювання зростання ефективності медичних послуг та обслуговування населення; централізоване стримування державою зростання витрат на охорону здоров'я; недостатній вибір умов госпіталізації
Приватна	конкуренція призводить до підвищення якості медичних послуг; висока вартість медичної допомоги підвищує значимість самостійної турботи про своє здоров'я населення	висока вартість медичної допомоги; низький пріоритет профілактичної роботи; відбувається «нав'язування» зайвих медичних послуг, оскільки попит на медичні послуги не повною мірою відповідає пропозиції

При цьому головною метою системи охорони здоров'я будь-якої країни є підтримання та зміцнення стану здоров'я населення. Найбільш інформативним індикатором стану здоров'я, а отже, і досягнення поставленої мети є очікувана тривалість життя чоловіків та жінок при народженні в країнах, що аналізуються (табл. 1.3). Отже, очікувана тривалість життя як чоловіків, так і жінок зростає у всіх аналізованих країнах (крім чоловіків в

Україні та Казахстані, де спостерігалось незначне зниження). У цьому темпі приросту розвинених країн відрізнялися несуттєво.

Таблиця 1.3

Динаміка очікуваної тривалості життя при народженні, років

Країна	1990		2023		Темп приросту, %	
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
Німеччина	71,9	78,4	78,3	83,1	8,9	6
Великобританія	72,9	78,3	78,6	82,5	7,8	5,4
Данія	72,4	77,9	77,3	81,5	6,8	4,6
США	71,7	78,6	76,5	81,3	6,7	3,4
Болгарія	68,2	74,8	70	77,3	2,6	3,3
Казахстан	61,1	71	61	72,3	-0,2	1,8
Україна	63,2	73,9	61,8	74,4	-2,2	0,7

Таким чином, ефективність функціонування системи охорони здоров'я та ступінь досягнення поставленої перед нею мети покращення стану здоров'я населення взаємопов'язані не так з реалізацією конкретних методів управління, як з соціально-економічними умовами їх реалізації та існуючою системою надання медичної допомоги. Це підтверджується подібними темпами приросту очікуваної тривалості життя при народженні в розвинених країнах, незважаючи на суттєву різницю в інструментах управління, та актуалізує докладне вивчення механізму впливу соціально-економічних умов на стан здоров'я населення.

1.2. Особливості сучасного стану медичної сфери

Головною метою функціонування сучасної сфери охорони здоров'я – є «забезпечення доступності медичної допомоги та підвищення кваліфікації ефективності медичних послуг, обсяги, види та якість яких повинні відповідати рівню захворюваності та потребам населення, передовим здобуткам медичної науки» [2, с. 34]. Державна політика в галузі охорони

здоров'я орієнтована на «забезпечення необхідних критеріїв для системи збереження здоров'я громадян, які допоможуть проводити санітарне навчання персоналу, профілактику хвороб, гарантувати надання медичної підтримки населення, проводити наукові дослідження в галузі охорони здоров'я та підготовку медичних та фармацевтичних співробітників, удосконалювати матеріально-технічну основу системи охорони здоров'я» [4]. Ефективність системи охорони здоров'я громадян значною мірою визначається станом кадрового потенціалу галузі.

У сучасних умовах нагальним є поліпшення системи планування, прогнозування та моніторингу підготовки медичних співробітників, збільшення рівня їх підготовки з проблем управління та економіки охорони здоров'я. Вирішення завдання підвищення ефективності охорони здоров'я визначає попит на нові методологічні розробки в галузі інноваційних підходів до управління та розвитку галузі охорони здоров'я, раціонального використання ресурсів, формування ринку медичних послуг. Охорона здоров'я має свою специфіку, зумовлену певним видом діяльності та соціальною спрямованістю. Результатом діяльності медичних установ є надання населенню медичних послуг, споживачем яких, отже, і активним учасником процесу, виступає пацієнт. Складність оцінки та визначення якості результатів роботи медичного персоналу, емоційна напруженість праці, надзвичайна відповідальність, необхідність постійного вдосконалення професійних знань, зміна економічної мотивації лікаря визначають особливості організації управління у сфері охорони здоров'я [83].

Управління – це «складна, різноманітна, інтелектуальна та практична діяльність, що включає інформаційно-аналітичну, організаційну роботу, а найголовніше – роботу з людьми у процесі постановки та реалізації цілей» [11, с. 11]. Діяльність з управління охороною здоров'я обов'язково включає в себе цілі та завдання, функції, форми та методи їхнього здійснення. Найважливіше значення в системі управління належить її меті. Визначення цілей – першооснова, якій підпорядковане все функціонування системи

управління. Тому в галузі охорони здоров'я все ширше застосовується програмно-цільове управління, орієнтоване на досягнення конкретних результатів.

Будучи складною за своєю структурою, система управління охороною здоров'я має не одну, а багато взаємопов'язаних між собою цілей, які взаємно доповнюють одна одну, але водночас мають різну спрямованість. Проте всі вони підпорядковані та відображають головну мету управління охороною здоров'я, в якості якої виступає вироблення та застосування системи заходів, спрямованих на зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення при наявних ресурсах [15].

Найбільш важливими підцілями є профілактичні, реабілітаційні, лікувально-оздоровчі, діагностичні, демографічні, репродуктивні, правові тощо. Для їхнього досягнення необхідно вирішити низку певних завдань, основними з яких, на наш погляд, є:

- підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я при мінімізації витрат;
- підвищення адресності у наданні медичних послуг;
- створення державно-суспільної системи оцінки якості та контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я;
- забезпечення єдиного соціально-правового та інформаційного простору [20, с. 35].

Функції пронизують і організацію, і управління, тому саме вони визначають основний зміст управлінської діяльності. Вся управлінська діяльність визначається трьома основними функціями, які замикають цілі управління:

- ухвалення управлінського рішення, яке полягає в оцінці ситуації, планування та прогнозування основних показників діяльності системи охорони здоров'я щодо задоволення населення медичною допомогою;

- здійснення цього рішення, яке передбачає організацію діяльності, зокрема формування системи управління, її функціонування, координація та регулювання діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги;
- контроль та аналіз обсягу та якості надання послуг, а також ефективності використання наявних ресурсів, облік та звітність. Результати контролю та аналізу призводять у результаті до аналітичних висновків та висновків, відповідно до яких приймається управлінське рішення [26, с. 24].

Створення ефективної моделі управління діяльністю у сфері охорони здоров'я на етапі є необхідним елементом оптимізації державної політики в галузі охорони здоров'я. Як компоненти дана модель передбачає стратегічний, тактичний та виконавчий рівні, а також сформований зворотний взаємозв'язок. На стратегічному рівні модель повинна включати формування перспективних стратегій щодо окремих профілів медичної діяльності як складових частин стратегії розвитку охорони здоров'я загалом. На тактичному рівні мають бути чітко визначені державні гарантії у сфері охорони здоров'я громадян, які будуть забезпечені за рахунок фінансових (тарифи) та правових (нормативне регулювання) інструментів [83].

Зворотний взаємозв'язок забезпечуватиметься, з одного боку, за рахунок незалежних інформаційних потоків (статистична інформація), з іншого – за рахунок результатів державного контролю та нагляду, моніторингу, інформації, що надається громадськістю. При цьому інформаційні контури мають бути незалежними, тобто стратегічний рівень управління системою охорони здоров'я має бути незалежним від тактичного щодо забезпечення необхідними для функціонування відомостями. На підставі даних зворотного взаємозв'язку в міру своєї реалізації стратегічні та тактичні підходи повинні зазнавати динамічних змін відповідно до змін у системі охорони здоров'я країни. Доцільно застосування проектного підходу до управління, виділенням в окремі заходи дій, спрямованих на створення та підтримку функціонування спеціалізованих інструментів управління в охороні здоров'я. Основне значення мають системність відповідних заходів,

їх нормативно-правове, матеріально-технічне, інформаційно-аналітичне, технологічне, а також наукове забезпечення [29, с. 66-67].

Реалізація мети створення системи якісної та доступної охорони здоров'я досягається тільки при застосуванні програмно-цільового підходу та впровадження системи збалансованих показників для оцінки ефективності провесно-орієнтованого управління організацією. Сучасна охорона здоров'я характеризується вираженою тенденцією до централізації управління, як наслідок реформ суспільно-політичного ладу та економіки останніх років. Більшість повноважень, ресурсів та відповідальності делегована вищим органам управління. Посилення ролі державної ланки охорони здоров'я, отримання установами статусу самостійної юридичної особи, розвиток недержавного сектора призвели до значного ускладнення процесу управління галуззю [34].

На етапі розвитку економіки посилюється роль ефективного управління на установчому рівні для вибору оптимальної організації роботи та отримання конкретних результатів. Складові частини вдосконалення управління це:

- 1) формування сучасної методології управлінських процесів;
- 2) раціональна побудова інформаційного забезпечення управління та застосування передових технологій інформатизації;
- 3) формування та планування фінансових потоків у нових економічних умовах;
- 4) підготовка керівника нової формації [35, с. 15-16].

Системний підхід до управління у сучасній охороні здоров'я передбачає поєднання та єдність економічних, адміністративних, технологічних методів, спрямованих на досягнення головної мети охорони здоров'я – надання доступної, кваліфікованої та безкоштовної медичної допомоги. Внаслідок застосування сучасних методів управління здебільшого отримуємо оптимальне співвідношення таких показників, як обсяг, якість, собівартість та ефективність медичної допомоги [4].

Ефективне управління також неможливе і без сучасного інформаційного забезпечення, використання інноваційних інформаційних технологій; створення єдиної інформаційної системи. Інформаційне поле має охоплювати всі аспекти системи охорони здоров'я: стан здоров'я населення, медичні технології, обсяг та якість наданої допомоги, наявність та використання ресурсів тощо. Розробка інформаційних систем та системних рішень повинна виконувати поточні та довгострокові завдання управління системою охорони здоров'я. Передові технології інформатизації необхідні для функціонування системи контролю та управління якістю медичної допомоги, оцінки ефективності програм, встановлення правових, організаційних, економічних, інформаційних взаємозв'язків, як усередині структури (системи), так й з іншими організаціями.

За останні три роки принципово змінилися підходи до фінансового забезпечення медичних установ, що належать до бюджетно-страхової моделі фінансування, перейшли на одноканальне фінансування у системі загального медичного страхування та фінансове забезпечення виконання державного завдання. Введення в дію нових нормативно-правових актів, розвиток приватного сектора у охороні здоров'я вимагають підвищення конкурентоспроможності державних медичних установ, гнучкості в фінансово-економічних підходах [84].

Планування та оцінка діяльності закладів охорони здоров'я у сучасних умовах вимагає, поряд із загальноприйнятими показниками (ліжко-місце, поліклінічне відвідування), використання якісних показників, що відображають динаміку стану здоров'я населення та задоволеності медичної допомоги. Ефективність реалізації реформ, що плануються і проводяться в галузі, безпосередньо залежить від рівня підготовки керівного складу медичних та фармацевтичних організацій. Модернізація охорони здоров'я та раціональне розпорядження ресурсами неможливі без компетентних фахівців, які володіють сучасними технологіями управління та здатних вирішувати організаційні та економічні проблеми галузі [15]. Сучасному

керівнику необхідно володіти питаннями ефективного управління, удосконалення механізмів фінансування медичних організацій, проведення фінансових розрахунків щодо виконання медичних робіт та послуг, ефективного використання фінансових коштів, адміністративних та мотиваційних форм управління.

Отже, кризові явища в економіці мали великий вплив на функціонування сфери охорони здоров'я. Специфіка сучасного етапу розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я полягає в тому, що при дотриманні єдиної стратегії досягнення планових показників розвитку галузі, як і раніше, залишаються невирішеними проблеми кадрового забезпечення, а також якості надаваних медичних послуг, відсутність державного фінансування робить неефективними реалізовані на державному рівні програми та проекти в галузі охорони здоров'я [40, с. 33-34].

Глобальний масштаб змін, що відбуваються в країні, вимагає розгляду охорони здоров'я як сфери послуг із пропозицією узагальнюючих методів управління при обліку ринкових перетворень. Сучасний етап формування системи охорони здоров'я характеризується специфікою економічних взаємин у кризових умовах. В результаті політика у сфері охорони здоров'я, що проводиться державою впливає на такі основні положення, як:

- 1) відносини власності;
- 2) джерела фінансування;
- 3) механізми стимулювання виробників та споживачів;
- 4) контроль якості [43].

Сучасний етап управління системою охорони здоров'я пов'язують із необхідністю модернізації охорони здоров'я. У рамках реалізованих оперативних заходів було виділено три основні завдання, спрямовані на модернізацію охорони здоров'я:

- зміцнення матеріально-технічної бази медичних організацій;
- впровадження сучасних інформаційних систем у систему охорони здоров'я у загалом;

–впровадження стандартів медичної допомоги та підвищення доступності медичних послуг, що надаються амбулаторно [50].

Загалом вся система охорони здоров'я характеризується відсутністю гнучкості. І саме це становище стає визначальним в її функціонуванні. За відсутності економіки, що стабільно розвивається, використання в країні страхової системи охорони здоров'я, як правило, призведе до стагнації у розвитку охорони здоров'я та неможливості досягнення головної мети розвитку національної системи охорони здоров'я – забезпечення здоров'я нації [4].

Державна система охорони здоров'я має значну кількість інструментів для нівелювання факторів, що стали наслідком недофінансування галузі. Насамперед, це цільові, тимчасові, регіональні додаткові фінансові кошти, які можуть бути отримані за рахунок кредитів, перерозподілу державних витрат тощо. Страхова система охорони здоров'я не може швидко реагувати на зміну обсягів та потоків грошових коштів, внаслідок чого грошові кошти проходять весь ланцюжок суб'єктів господарювання, які беруть участь у наданні послуг охорони здоров'я, а не надходять одразу до конкретної організації, в якій виникають певні фінансові проблеми. Крім того, перерозподіл фінансових потоків має базуватися на відповідному нормативно-правовому регулюванні, яке має бути, насамперед, відповідним чином скориговано. Основною ж проблемою використання страхової системи охорони здоров'я є відсутність самої системи, що функціонує із забезпеченням взаємозв'язку між усіма структурними елементами. В результаті, сучасна страхова система охорони здоров'я не дозволяє простежити та врахувати вимоги зацікавлених сторін на всіх етапах надання даної послуг [61, с. 34].

Зрештою, спостерігається відсутність взаємозв'язку між тарифами, стандартами послуг, клінічними рекомендаціями тощо. Відсутність прозорості в процесі прийняття управлінських рішень на кожному етапі веде до неможливості визначення реальних витрат на послуги охорони здоров'я.

Загалом, сучасний етап функціонування сфери охорони здоров'я характеризується вирішенням окремого ряду завдань. Однак основною проблемою, на нашу думку, виступає відсутність системності в їх реалізації, що не дозволяє системі охорони здоров'я перейти на якісно інший рівень розвитку при використанні актуальних управлінських методів [68, с. 23].

Інерційність системи охорони здоров'я визначається, перш за все, тим, що затвержені раніше правові положення досі визначають подальший вектор розвитку галузі охорони здоров'я. Необхідною умовою вдосконалення організації системи охорони здоров'я є підвищення доступності та якості, ефективності функціонування та розвитку регіональної системи охорони здоров'я. На думку, Т. Сибуріна поняття «регіональна охорона здоров'я» варто розмежовувати у вузькому й у ширшому значенні [70]. У вузькому значенні регіональна охорона здоров'я є «сукупністю різних за потужністю, профілем та організаційно-правовим статусом лікувально-профілактичних установ, що характеризуються спільністю розташування, соціально-економічного середовища, соціальних замовників, адміністративною підпорядкованістю, а також певним типом системної взаємодії на територіальному ринку медичних послуг» [41, с. 26]. У більш широкому значенні до поняття системи регіональної охорони здоров'я слід «включати потреби та цільові установки основних споживачів медичних послуг (диференційованих груп населення), та замовників (покупців) медичних послуг (структуру медичного страхування, підприємства та організації інших галузей народного господарства) щодо обсягів, видів та якості медичної допомоги, а також територіальні структури, які забезпечують функціонування установ охорони здоров'я, організаційні та соціально-економічні механізми регулювання взаємодії структур медичного профілю, що реалізуються спеціалізованими територіальними органами управління» [32, с. 230-231].

Залежно від видів управління охороною здоров'я можемо виділити:

- 1) державне управління (найважливіший і всеохоплюючий вид управління, включає управління на рівні держави);
- 2) місцеве самоврядування (підвид державного управління, суб'єктом якого є жителі населених пунктів та адміністративних територій);
- 3) приватне управління (керівництво медичних організацій, закладів охорони здоров'я) (рис. 1.1) [16].

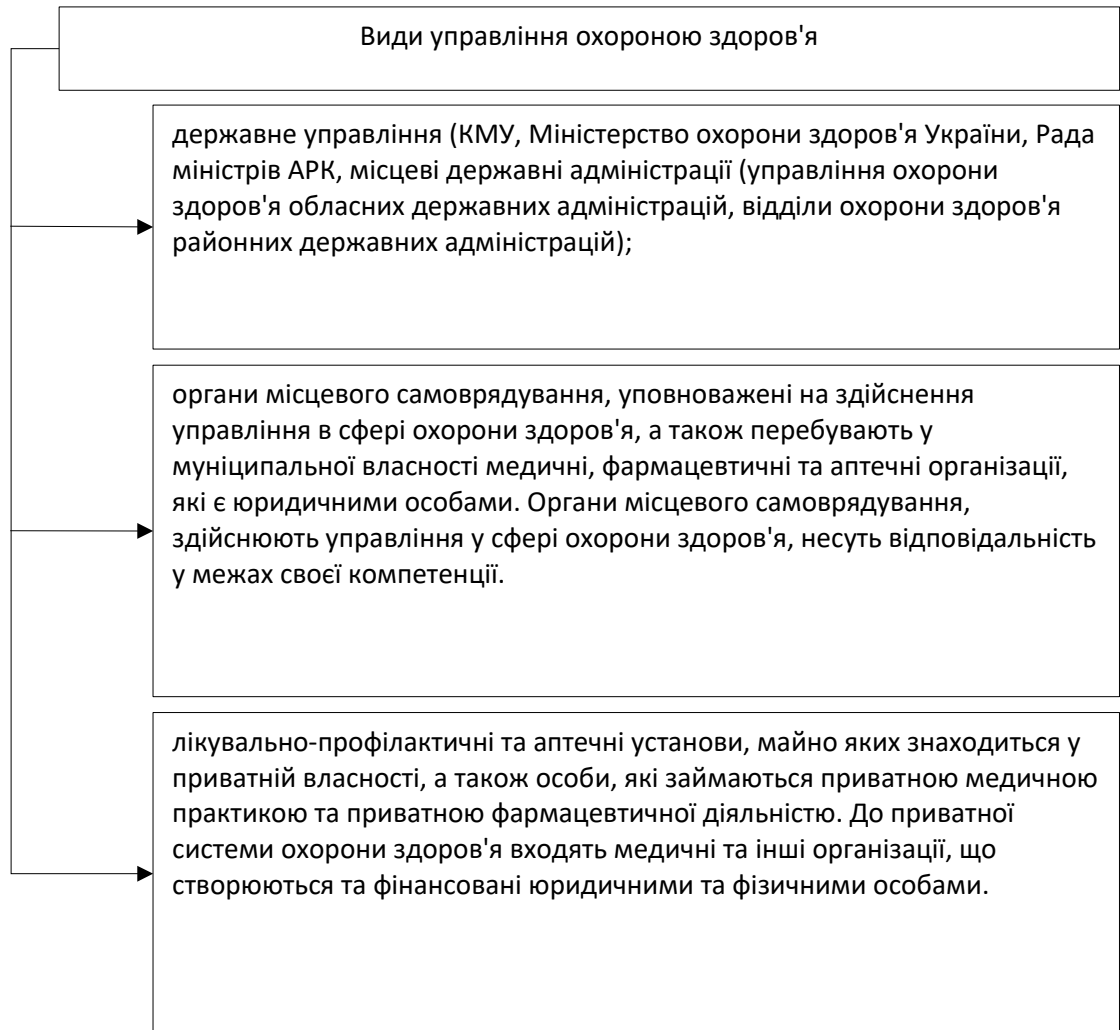


Рис. 1.1. Види управління охороною здоров'я

Значимість системи регіональної охорони здоров'я підвищується у зв'язку з із здійсненням адміністративних реформ, відповідно до яких значна частина функцій передається до рівня регіонів та на місцевий рівень. Регіональна система охорони здоров'я, будучи складовою національної системи, має свої особливості, що впливають із специфіки стану

суспільного здоров'я населення регіону, співвідношення внутрішніх та зовнішніх факторів, надають вплив на її функціонування.

В результаті дослідження теоретичних засад функціонування сфери охорони здоров'я можемо зробити ряд висновків. Державне управління охороною здоров'я – це цілеспрямована, планомірна, безперервна діяльність органів державної влади, яка проявляється у виконавчо-розпорядчому за формою та організує за змістом вплив на керовані об'єкти (установи охорони здоров'я) та має на меті забезпечення громадян гарантованим державою правом на отримання безкоштовної, якісної та високотехнологічної медичної допомоги. В даний час для організації управління в галузі охорони здоров'я характерною є відсутність єдиної системи управління, що негативно позначається на медичному обслуговуванні населення. Тому найважливішим завданням держави є зміцнення позицій державних органів. Важливе місце у вирішенні проблем уточнення повноважень у сфері охорони здоров'я населення мають зайняти питання посилення вертикалі управління, що координує роль держави, подальше формування системи державних гарантій забезпечення громадян медичної допомоги за рахунок суспільних джерел.

Зазначимо, що сфера охорони здоров'я як галузь народного господарства здійснює значний вплив на соціально-економічний розвиток держави. При цьому слід враховувати, що взаємозв'язки, що виникають між економічним розвитком та розвитком сфери охорони здоров'я характеризуються не тільки взаємозалежністю, а й взаємопідсилюючим характером. Це означає, що результати, що досягаються в одній сфері визначають нові напрями у розвитку інших [10, с. 340]. У зв'язку з цим не слід нехтувати змінами, що відбуваються в більшості сучасних країн, що формують сучасні напрями розвитку сфери охорони здоров'я. Трансформація методів та засобів управління охороною здоров'я створює передумови для змін не лише у сфері охорони здоров'я, але і в економічній ситуації в країні, що найважливіше за умов економічної кризи. На наш погляд, складність формування ефективної системи охорони здоров'я на

сьогодні полягає не тільки в оптимізації управлінських рішень, що приймаються на різних рівнях, при налагодженні взаємозв'язків між усіма учасниками ринку та забезпечення раціоналізації попиту та пропозиції, а й у максимізації соціального добробуту нації. Сьогодні на рівні держави важливим завданням, яке потребує вирішення, стає те, як слід сприймати витрати на послуги з охорони здоров'я: як витрати або як інвестиції у людину. Зазначимо у зв'язку з тим, що на початку XXI століття Всесвітня Організація Охорони Здоров'я розглядала витрати на охорону здоров'я як інвестиції, що приносять економічний результат, як у сфері охорони здоров'я, так і в економіці країни загалом. Загалом слід констатувати, що більшість систем охорони здоров'я виявилися неготовими до змін, що відбуваються. Обмеженість ресурсів наклала додаткові обмеження використання актуальних методів і засобів управління у галузі. У такій ситуації необхідна активізація не тільки зусиль держави та страхових фондів, а й бізнесу, для якого державою мають бути створені відповідні умови.

Таким чином, нагромаджені численні проблеми у системі охорони здоров'я і недоліки у самому здоров'ї громадян є наслідком незлагодженості дій у медичній галузі. Все це невідкладно спричинило початок структурної реорганізації медичного обслуговування, оптимізацію ресурсів та якісного й продуктивного управління ними, що взято за основу у національній моделі охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ

2.1. Аналіз основних медичних проблем в зарубіжних країнах

Формування охорони здоров'я як галузі народного господарства, що займається наданням населенню медичних послуг, у країнах Європи почалося у другій половині XIX століття. До цього часу надання медичної допомоги здійснювалося лише на рівні двосторонніх взаємовідносин лікаря та пацієнта. Роль держави зводилася переважно до реагування на наслідки невдалих випадків такого роду як предмета кримінальної відповідальності. Розширення промислового виробництва та поява великих мас промислових робітників, добробут яких значною мірою залежав від працездатності та її втрати у зв'язку з захворюванням, травмою або досягненням похилого віку, потребувало вжиття заходів, спрямованих на уникнення разових наслідків, пов'язаних зі здоров'ям, які могли виявитися буквально «непід'ємними» для працівника і призвести його та його сім'ю до катастрофи. В результаті почали з'являтися елементи соціальної солідарності у вигляді певних структур медичного страхування, спочатку розрізнені, згодом – консолідовані та регламентовані законодавством. Працівники промислових підприємств стали створювати товариства взаємної солідарності – фонди для оплати лікування у разі захворювання та компенсації втрати заробітку, але з отримання прибутку [38, с. 20]. Інакше кажучи, медичне страхування виникло як добровільне громадське страхування, а перші страхові каси осіб найманої праці були громадськими організаціями. Надалі кошти лікарняних кас стали формуватися із внесків не лише застрахованих працівників, а й їхніх роботодавців. Перші найбільш показові приклади такого роду пов'язані з

найбільшою країною Європи – Німеччиною, де медичне страхування для деяких професій було введено в практику в 1845 році [83]. У 1883 році обов'язкове медичне страхування через хворобу було поширене на все населення країни. 1884 року з'явився закон щодо нещасних випадків і 1889 року – інвалідності та старості [4]. Система законів на основі обов'язкового медичного страхування за чотирма найбільш значимими для найманого робочого причинами непрацездатності стала називатися бісмаркською на ім'я тодішнього канцлера. Аналогічні закони було ухвалено згодом у більшості країн Європи [38, с. 21].

Бісмаркська система охорони здоров'я стала поняттям загальним і означала переважно обов'язкове медичне страхування. Ця модель в даний час існує в таких країнах, як Німеччина, Нідерланди, Австрія, Франція, Бельгія та Японія [42]. Відома вона також за назвою регульованого законом страхування. У її основі лежить загальність охоплення, наявність обов'язкового мінімуму медичних послуг, участь держави й підприємців у фінансуванні, контролю над діяльністю страхових організацій, узгодження тарифів на медичні послуги, загальні принципи контролю якості. Усі страхові компанії діють у жорстких межах, передбачених законами та інструкціями (крім сфери додаткового страхування), а частка державних дотацій у сфері страхування здоров'я досить велика.

Система бюджетного страхування, представлена у Великій Британії, Канаді та інших країнах Британської Співдружності Націй, а також у Швеції є логічним продовженням державної участі в системах страхування здоров'я, коли держава спочатку починає втручатися у страхові взаємовідносини, а потім взагалі замінює страхові внески на податки, рахунок яких і оплачується роботою всіх представників медичних служб. Страхові внески збираються у формі обов'язкового оподаткування, а відповідні суми входять до видаткової частини бюджету окремим рядком – «охорона здоров'я» [84]. Розподілом цих коштів займаються вже не самостійні страхові організації, а державна адміністрація. У той же час для громадян – платників податків медична

допомога стає як би безкоштовною. При цьому їм нема чого думати про необхідність укладання індивідуального страхового договору, а також про витрати на медичну допомогу.

У ряді країн, наприклад у Сполучених Штатах Америки, принципи повного державного регулювання страхування були відкинуті, й розвиток медичного страхування пішов шляхом сприяння різноманітним приватним і місцевим ініціативам у цій сфері, в результаті чого утворилася система приватного страхування. Державний сектор оплачує до половини витрат на медичну допомогу при лікуванні лише бідних, людей похилого віку та інших незахищених груп населення, а також на суспільні протиепідемічні та профілактичні потреби.

Таким чином, на цей час у практиці економічно розвинених держав склалися три системи охорони здоров'я:

- система обов'язкового (регульованого) страхування;
- бюджетна охорона здоров'я;
- система приватного страхування здоров'я [49].

Звичайно, дана класифікація не передбачає суворого обмеження лише однією з цих форм, оскільки в практиці будь-якої економічно розвиненої країни присутні у різних поєднаннях елементи тієї чи іншої системи. Тим більше, що в ході постійного процесу розвитку здійснюється зміщення акцентів, наприклад:

- перехід до національної бюджетної охорони здоров'я від страхової бісмаркської моделі в Італії та Португалії;
- до національного загального медичного страхування від добровільного страхування в Південній Кореї, на Кіпрі, в Ізраїлі, Нідерландах;
- перехід до медичного страхування від державної системи у країнах Центральної та Східної Європи та пострадянського простору [52].

Ряд країн зберігає діючу систему, вносячи до неї певні корективи (Великобританія, Німеччина, Франція, Бельгія, країни Північної Європи). У

країнах, що розвиваються, переважає введення на державному рівні загального обов'язкового медичного страхування.

Розглянемо кожну з названих систем більш докладно, щоб, стосовно практики різних країн, зрозуміти їхню схожість й відмінності, дієвість та недоліки, а також можливості використання певних підходів у вітчизняній практиці.

Отже, розпочнемо з обов'язкового медичного страхування (рис. 2.1). Цей вид медичного страхування має децентралізовану, централізовану та змішану форми. Найяскравіше його демонструє Німеччина.

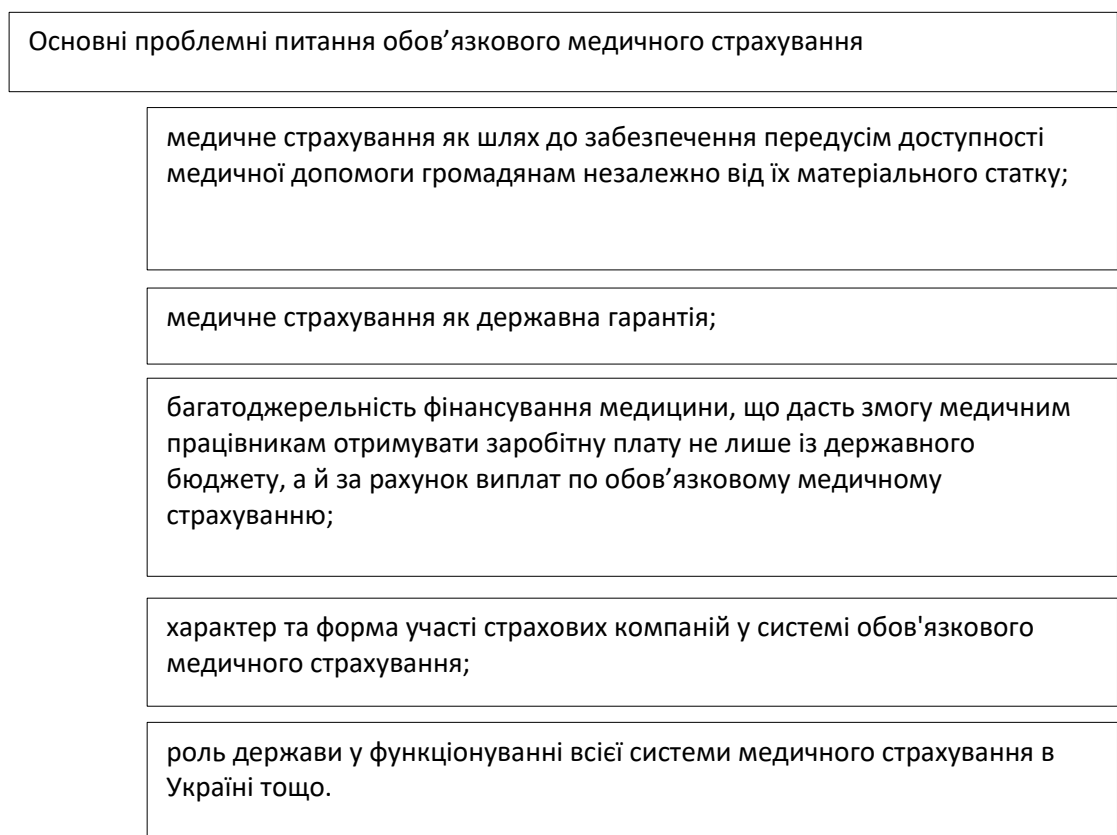


Рис. 2.1. Основні проблемні питання обов'язкового медичного страхування

Страхування у разі хвороби тут існує як елемент соціального страхування. Лікарняні каси є основними організаціями, що формують страхові фонди та оплачують медичні послуги, вони мають право незалежного контролю за якістю медичних послуг. Безпосередніх

розрахунків між лікарем та пацієнтом не існує. Фонди медичного страхування, керовані лікарняними касами, формуються з трьох джерел – бюджету, внесків робітників та роботодавців. Виплати внесків здійснюються на паритетних засадах – по 6,5% робітниками та роботодавцями. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено до 90% населення, близько 10% громадян, що належать до вищих верств, – лише приватним страхуванням, а близько 3% має і те, й інше [60, с. 143].

Загалом фінансування охорони здоров'я забезпечено на 60% внесками у фонди медичного страхування, на 10% – засобами приватного страхування, на 15% – державою та на 15% – власними коштами громадян [62]. Оплата захворювання за рахунок медичного страхування включає: лікування у лікаря загальної практики, у лікарів-фахівців та стоматологів з можливістю вільного вибору лікаря, лікування та реабілітацію в стаціонарі, забезпечення ліками, засобами для догляду та пристосуваннями, надання лікарської та сестринської допомоги вдома. Система децентралізованого медичного страхування передбачає також принцип «участі у витратах», тобто оплату пацієнтами певної частини вартості медичної допомоги на додаток до внесків на медичне страхування [70]. Структуру та функціонування централізованої системи обов'язкового медичного страхування (ОМС) доцільно розглянути на прикладі Франції, де на її фінансування використовуються страхові податки. Їх збирають у регіонах неурядові організації, до складу яких входять представники профспілок та підприємців. Зібрані податки вони направляють до національних страхових фондів, з яких кожна із соціальних програм отримує свою частку. Щомісячні відрахування підприємців на соціальне страхування становлять 36% фонду оплати праці, їх 6,5% утримуються із зарплати робочих. Обов'язкове медичне страхування, яким охоплено 80% населення, може мати форму як колективного, і індивідуального. За рахунок ОМС відшкодовується 75% витрат пацієнта, який (на відміну від пацієнта у Німеччині) спочатку безпосередньо оплачує медичні послуги. Принцип його участі у витратах у тому, що 25% становлять

особисті витрати. При обслуговуванні пенсіонерів у країнах із ОМС діє змішана форма, тобто бюджетні кошти, що спрямовуються на оплату медичної допомоги їм, використовуються через страхову систему та за правилами страхування [4]. При цьому не здійснюється державна закупівля медичних послуг та їх безкоштовний розподіл серед пенсіонерів. У результаті найважливішим досягненням регульованого обов'язкового медичного страхування стає рівність громадян у доступності необхідного обсягу послуг досить високої якості. Громадська солідарність захищає пацієнта в конкретних умовах незалежно від його становища в суспільстві від непомірних витрат на лікування та втрати заробітку.

Варто звернути увагу й на бюджетну сферу охорони здоров'я (рис. 2.2). Ця форма у країнах Західної Європи створювалася шляхом послідовного розвитку.

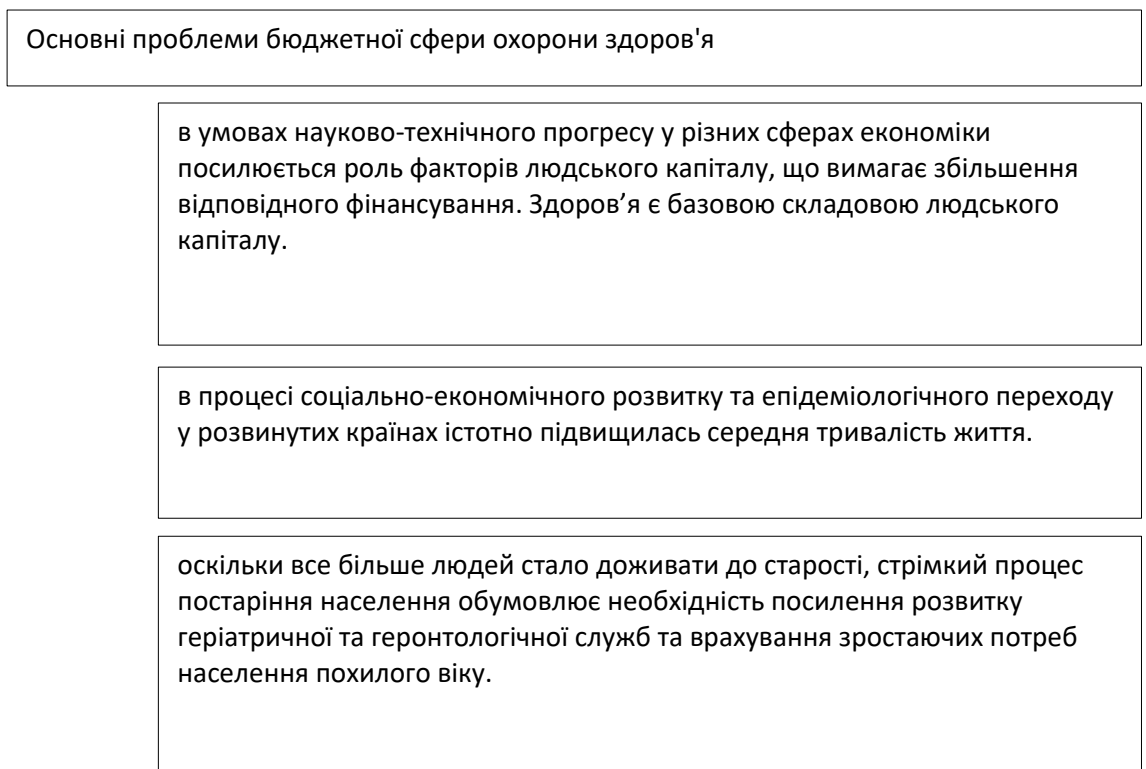


Рис. 2.2. Основні проблеми бюджетної сфери охорони здоров'я

Держава, йдучи назустріч вимогам громадськості та вирішуючи завдання захисту населення від епідемічних хвороб, крок за кроком посилювало свій вплив на діяльність медичних та страхових організацій. Так

склалися різні форми приватної за своєю природою, але поступово дедалі більше організованої та регульованої державою сфери охорони здоров'я. У багатьох країнах частка державних клінік та амбулаторій збільшувалася шляхом цивілізованої націоналізації приватних установ чи шляхом створення нових. Об'єднувалися і страхові фонди щодо утворення великих загальнодержавних цільових фондів допомоги певним групам населення. Йдучи далі, держава поклала на підприємців сплату обов'язкових страхових внесків за працівників [74, с. 7]. Наступний ступінь – включення таких внесків до складу податків на соціальні потреби, які стягуються з усіх працюючих. При цьому послуги охорони здоров'я ставали все більш безкоштовними. Так сформувалися високоцентралізовані системи державного управління охороною здоров'я, що фінансуються переважно з національного бюджету. Держава взяла на себе функції гаранта у справі охорони здоров'я та надання медичної допомоги і стала єдиним страховиком здоров'я населення.

У той же час як механізм співучасті у витратах у ряді країн, з одного боку, стимулюються тенденції, коли певні верстви населення стають клієнтами приватного страхування здоров'я, отримуючи додаткові медичні послуги, не включені до переліку обов'язкової медичної допомоги (наприклад, нові методи лікування, що не надаються державною системою тощо) [76, с. 170]. З іншого боку, оскільки приватне страхування нерідко сприяє розвитку медичної допомоги паралельно до державної, то державний сектор реагує на це різко негативно, обмежуючи приватну практику для лікарів державних установ. Приватним компаніям забороняється пропонувати ті види послуг, які надаються у рамках державних програм, і вони концентрують свою увагу на послугах, які не охоплені такими програмами. Для запобігання витратам монополізації та забезпечення свободи ринкових механізмів, наприклад у Великобританії для Національної системи охорони здоров'я у 1985 році було введено принципи «внутрішнього ринку», суть яких у тому, що відповідальність регіональних органів охорони

здоров'я за медичну допомогу та безпосередньо надання цієї допомоги були розділені. Місцеві органи охорони здоров'я, отримавши від відповідної влади кошти, використовують їх на «купівлю» послуг для своїх жителів не лише у місцевих закладах охорони здоров'я, а й у розташованих у інших адміністративно-територіальних одиницях чи приватних медичних установах, які мають у такий спосіб конкурувати між собою за пацієнтів [15].

В умовах «внутрішнього ринку» платник стає агентством, яке контролює якість медичної допомоги, захищає інтереси пацієнтів, стимулює ефективну роботу медичних закладів. Принципи соціальної солідарності забезпечуються в тій же Великій Британії шляхом нівелювання відмінностей між регіонами на основі статево-вікового складу та деяких соціально-економічних характеристик, що впливають на рівень споживання медичних послуг. У Швеції та інших країнах Північної Європи кожному громадянину надається право вибору медичного закладу біля свого місця проживання. До найвдаліших з-поміж країн Європи організаційно-функціональних форм охорони здоров'я у Великобританії належить робота лікаря загальної практики (*general practitioner*), яка вважається найбільш підходящою для запозичення в умовах вітчизняної охорони здоров'я [56, с. 152]. Поняття лікаря загальної практики склалося за конкретних умов XVIII-XIX століть як в Англії, так і в деяких інших країнах Європи. Насправді він був одночасно і сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, оскільки йому доводилося мати справу з усім спектром патології, яка зустрічалась у середовищі обслуговуваного ним контингенту всіх вікових груп населення. Надалі, наприкінці 1940-х років, ця модель була без змін включена до сформованої системи державної охорони здоров'я Великобританії з тією лише різницею, що оплата послуг сімейного лікаря стала здійснюватись за рахунок коштів наймача у вигляді місцевого органу влади, а не прямої оплати пацієнтами, як це було раніше [41, с. 26]. Взагалі у закордонній сфері охорони здоров'я лікар загальної практики є фондоутримувачем та нероздільним розпорядником кредитів щодо того обсягу коштів, які йому виділяє наймач із розрахунку

кількості населення, що обслуговується. Він самостійно визначає забезпечення статей витрати, серед яких виділяються такі, як:

- оренда або придбання службового приміщення, яке має бути територіально розташованим поблизу проживання контингенту для забезпечення максимально швидкої доступності, а також бути і резиденцією, і місцем проживання лікаря;

- придбання обладнання, необхідного для задоволення певного переліку потреб первинного обстеження хворих, у тому числі лабораторного, рентгенівського тощо;

- визначення потреби в кадровому складі із встановленням основних параметрів заробітної плати, зокрема й собі особисто;

- оплата консультацій інших вузьких фахівців та проведення діагностичних та лікувальних процедур, які не можуть бути надані самотужки;

- оплата госпіталізації та інших видів допомоги хворим [15].

Механізм оплати послуг субпідрядників такий, що лікар загальної практики має в своєму розпорядженні право контролю за перебігом лікування пацієнтів на інших рівнях. Так, лікар підписує рахунки, що надходять від консультантів, лікарень, різноманітних структур, що надають медичні послуги, після чого ці рахунки надходять до платіжного фонду на оплату. Тим самим лікар від імені пацієнтів контролює якість наданих медичних послуг і припиняє спроби нав'язування зайвих та невиправданих.

Добровільне медичне страхування (рис. 2.3). Найбільш показовим прикладом країни, де застосовується цей вид страхування є Сполучені Штати Америки. І хоча США – не Європа, специфіка добровільної форми медичного страхування стає найбільш зрозумілою саме при ознайомленні з їхнім досвідом. У практиці США не вважається, що «ремонт» організму чимось відрізняється від ремонту автомобіля, побутової чи іншої техніки, і медичні послуги населенню надаються майже виключно на ринковій основі [35, с. 14-15]. Ні федеральна конституція, ні конституції штатів не містять будь-яких

зобов'язань перед громадянами щодо охорони здоров'я. У масовому порядку добровільне медичне страхування США виникло в період Великої депресії 1929-1933 років. Тоді ж і сформувалися дві найбільші некомерційні страхові організації – Синій Хрест, що забезпечує своїх клієнтів в основному стаціонарною допомогою, і Синій Щит, що займається амбулаторно-поліклінічними послугами.

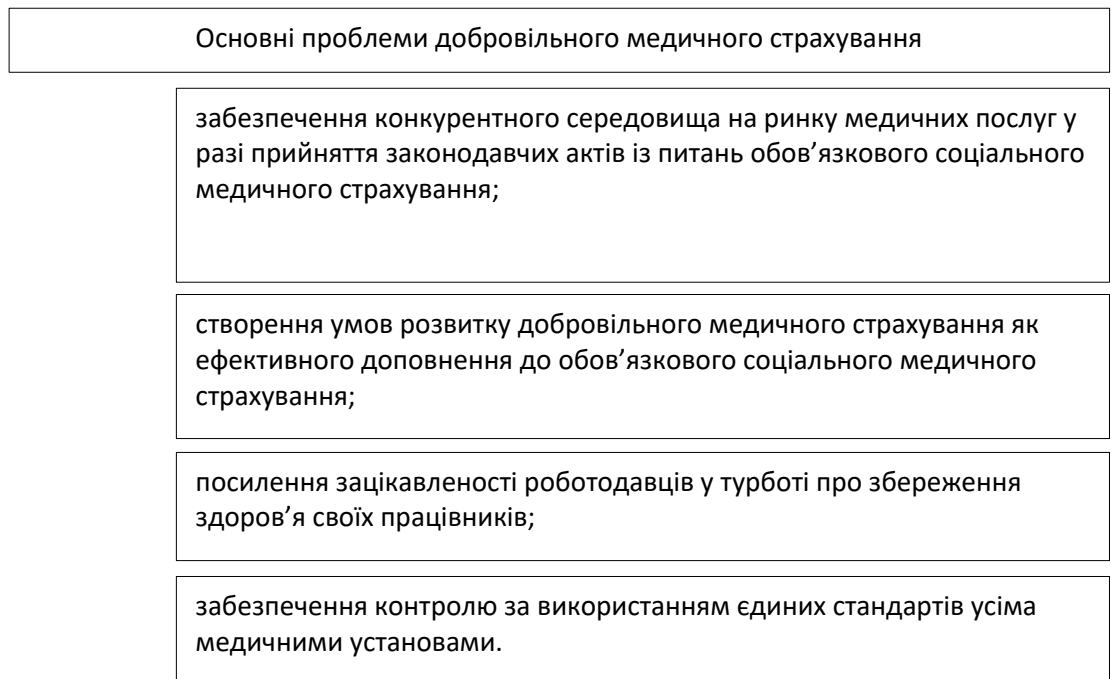


Рис. 2.3. Основні проблеми добровільного медичного страхування

Загальна кількість комерційних приватних страхових установ, що займаються страхуванням здоров'я, вже перевищило в країні за півтори тисячі. Наразі приблизно 65% працездатного населення охоплено колективним приватним страхуванням за участю працівників та роботодавців, 12% – це особи вільних професій, застраховані в приватному індивідуальному порядку, для приблизно такої ж кількості людей існує приватне страхування за участю державних органів влади [19, с. 220]. Вказане відноситься також до службовців, де роботодавцем виступає держава. Близько 10% працездатного населення страхових договорів немає, оскільки їх доходи перевищують планку, необхідну для соціального захисту. Великі корпорації з метою уникнення витрат на посередників у вигляді страхових компаній часто

вдаються до самострахування своїх робітників. Розміри страхових внесків із добровільного страхування встановлюються не державними органами влади, а самостійно страховою медичною організацією та залежать у кожному конкретному випадку від якості страхових ризиків, правил страхування, прийнятих конкретним страховиком, вартості медичних та інших послуг, числа застрахованих тощо. Процедура визначення ризиків та відповідно внесків залежить не від рівня доходів застрахованого, як у разі обов'язкового медичного страхування або бюджетного оподаткування, а регулюється теорією відповідно встановлених розрахунків. Природно, що для молодих працівників, які мають найнижчу можливість захворіти, встановлюються низькі ставки страхових внесків, і навпаки для вікових груп із високим ступенем ймовірності страхового випадку існує й відповідний рівень внесків. Така сама ситуація спостерігається і щодо професійної належності, що має серйозне значення для тих, хто бере участь у страхуванні. При обчисленні страхового внеску також враховується спосіб життя та індивідуальне здоров'я застрахованого. Найважливішими інструментами страхового методу фінансування охорони здоров'я є індивідуальний облік та аналіз коштів, витрачених кожним застрахованим на медичні послуги за рік. По суті, населення Сполучених Штатів Америки страхується приватними компаніями як популяція, з якої вилучено групи найвищого ризику, бідні та пенсіонери. При цьому відомо, що 70% витрат на охорону здоров'я в будь-якій економічно розвиненій країні споживається 10% населення, до яких належать насамперед пенсіонери [4]. Для медичного забезпечення бідних та пенсіонерів у США існують (за рахунок бюджету) державні програми Medicare, якою охоплені особи пенсійного віку, та Medicaid, що поширюється на незаможних.

Система охорони здоров'я США не тільки високотехнологічно оснащена, а й найдорожча у світі. Охорона здоров'я тут сильно відрізняється від практики європейського континенту, має технологічний характер, основні зусилля спрямовані на вдосконалення медичних технологій та пошук нових

лікарських засобів, в основі ж управління лежить конкуренція та економічна вигода, що і визначає дорожнечу.

Щодо країн Центральної та Східної Європи, то там існує декілька моделей організації медичної допомоги. У низці вказаних країн фінансування здійснюється переважно з податкових надходжень. До них числу належать Албанія, Латвія, Молдова, Польща, Румунія тощо [15]. Внески соціального медичного страхування є основним джерелом фінансування охорони здоров'я у Чехії, Хорватії, Естонії, Угорщині, Словаччині, Словенії тощо [26, с. 23]. У пострадянських країнах палітра є ще більш строкатою й не завжди навіть піддається будь-якій класифікації.

Таким чином, більшість зарубіжних країн переживає період бурхливого розвитку підприємництва в медичній сфері. Основна передумова вказаних змін – прагнення економічної ефективності та якості. При цьому підприємництво зовсім не означає приватизацію. Йде пошук способів скористатися перевагами підприємництва, не приносячи в жертву ті принципи, на яких у суспільній свідомості ґрунтується система охорони здоров'я – рівність, справедливість, суспільна згода, гласність, гарантія ефективності та безпеки, зокрема:

- медичні установи самовдосконалюються під впливом таких факторів, як зміна попиту на медичні послуги, структури медичних ресурсів, зміни соціального, політичного та економічного характеру;

- число лікарняних ліжок зменшується, їх використання стає інтенсивнішим, а середня тривалість перебування хворого у стаціонарі скорочується, старіє думка про переваги великих лікарень;

- підвищується узгодженість дій медичних служб між собою, відбувається перерозподіл функцій між різними організаціями та медичними службами;

- питання економічної ефективності вирішуються зокрема і рахунок вдосконалення форм оплати медичних послуг. Пошуки в цій галузі призвели до такої одиниці виміру, як оплата окремої елементарної медичної послуги,

що дозволяє врахувати всі навіть найменші маніпуляції. Але в той же час це відкриває шлях «комерційним» лікувальним установам, які мають на меті отримання максимального прибутку, до штучного нарощування кількості послуг, далеко не завжди обов'язкових і навіть просто не потрібних для хворого;

– виникає проблема «гіперлікування», що є способом необґрунтованого розбазарювання коштів. Такого роду метод застосовуємо насамперед при добровільному страхуванні й там, де необхідний досить високий рівень сервісних, а не лише лікувальних послуг. Отже, такий підхід теж не панацея, як і масово використовуваний до середини 1980-х років практично у всій Західній Європі спосіб оплати з розрахунку ліжка-дня. Результат його використання – штучне затягування лікування, подовження термінів госпіталізації, оскільки основні витрати припадають саме на перші дні перебування хворого на ліжку, коли проводиться інтенсивне лікування, витрати лікувального закладу на наступні дні порівняно невеликі, й це дозволяє йому легко і без особливих витрат отримувати додатковий прибуток;

– поширення ще одного підходу щодо взаєморозрахунків між платниками та лікувальними установами – обмеження бюджету медичних асоціацій та запровадження системи глобального бюджету, що призвело до появи певних результатів у вигляді зниження видатків на 15%. Однак з'ясувалося, що це веде до надання переваг лікарів легшим хворим. Заокеанський досвід оплати, зокрема в практиці програм Medicare і Medicaid, хоч і спирається на власну методичку, але грішить тим же недоліком – прагненням до необґрунтованого отримання прибутку.

Вказані питання медичної сфери актуальні й не вирішені на задовільному рівні й донині. Тому оптимізація медичної сфери залишається важливим завданням для всіх видів організації медичної допомоги за кордоном.

2.2. Проблеми охорони здоров'я в Україні

В Україні в період до початку ХХ століття в еволюції медичної сфери в принципі простежувалися ті самі риси, що мали місце у тогочасній зарубіжній Європі. У нашій країні так само існувала багатоукладність у наданні медичної допомоги, що полягала в тому, що мала місце:

- фабрично-заводська медицина як зародковий елемент обов'язкового медичного страхування;
- міська медицина як сфера відповідальності муніципальних органів влади у міських населених пунктах;
- земська медицина як аналог міської, але переважно у сільських адміністративно-територіальних одиницях;
- приватна практика;
- державні лікувально-профілактичні установи, що займаються наданням медичної допомоги особам, які перебувають на державній службі чи є залежними від держави [12, с. 45-46].

Важливим етапом у розвитку соціальної солідарності стала серія законодавчих актів про обов'язкове страхування працівників низки галузей промисловості, прийнятих ще на початку ХХ століття. Саме в цей час з'явився наркомат охорони здоров'я, керівником якого став Н. Семашко [15]. Було проведено націоналізацію всіх структур, які займалися наданням медичної допомоги, незалежно від їх форм власності, й управління галуззю набуло централізованого характеру.

Радянська модель охорони здоров'я продемонструвала свою стійкість, особливо на крутих віражах нашої історії – під час воєн, голоду, відновлення зруйнованого народного господарства, епідемій тощо в силу можливості здійснення мобілізаційних зусиль та їх концентрації на необхідних напрямках. Але до середини шістдесятих років стало зрозуміло, що резерви цієї моделі вичерпані. Стали наростати негативні прояви, які полягають у тому, що

ефективність медичної допомоги почала давати збої. Захоплення екстенсивним напрямом розвитку як безоглядного нарощування кількості ліжок, лікарів, середніх медичних працівників призвело лише до того, що за цими показниками країна була «попереду всієї планети» аж, часом, до очевидного абсурду, що викликав тривожне здивування фахівців інших економічно розвинених країн [1, с. 68].

Проте розкручування маховика сил та засобів галузі позитивного результату не давало:

- почала різко і неухильно наростати смертність населення, особливо у стандартизованих за віком показниках, тобто справжня смертність;
- не знижувалася, а навіть навпаки, всупереч загальносвітовій тенденції зростала смертність немовлят, що є, крім іншого, і загальноновизнаним індикатором соціально-економічного благополуччя нації;
- материнська смертність більш ніж удесятеро перевищувала аналогічні показники в інших цивілізованих країнах;
- очікувана тривалість життя впала до катастрофічно низького рівня [82].

Стало зрозумілим, що реформування у охороні здоров'я назріло (рис. 2.4). У 1990-х рр. ХХ століття було проведено широкомасштабний експеримент із відпрацювання нового механізму господарювання.

Його результати згодом стали методичною базою для переходу до основ обов'язкового медичного страхування, що було законодавчо закріплено у відповідних нормах щодо медичного страхування громадян. Законодавчі норми стали основою для створення відповідної інфраструктури у вигляді державного й територіальних фондів обов'язкового медичного страхування. Почало розвиватися і добровільне медичне страхування, виникають страхові медичні організації [3, с. 135]. Практика останнього часу показала обґрунтованість запровадження елементів медичне страхування населення. Цим було забезпечено фінансову стійкість охорони здоров'я під час господарської нестабільності країни.

Крім того до розвалу радянського Союзу в Україні, як й в інших радянських республіках, існувала хоч і не дуже багата, але впорядкована система медичної допомоги населенню, яка фінансується, як кажуть, з одного «котла», в якій все було сплановано та існувало таке поняття, як «диспансеризація населення» [70].

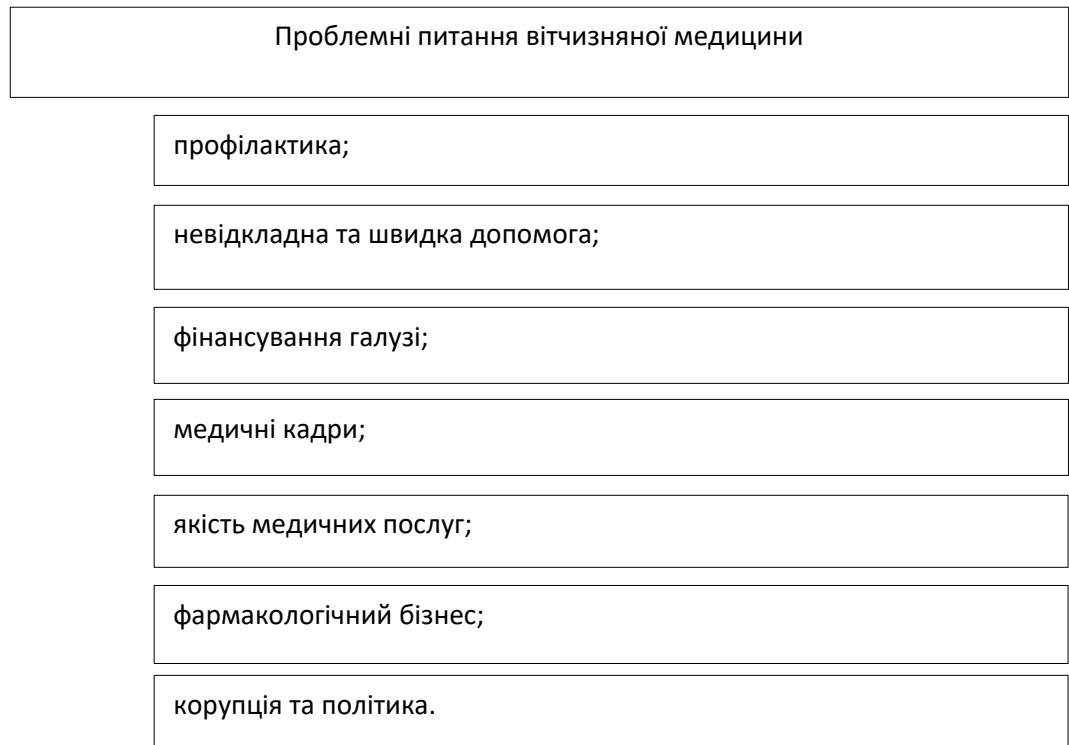


Рис. 2.4. Проблемні питання вітчизняної медицини

При всіх новітніх віяннях слід визнати достоїнства тодішньої медицини – її профілактична спрямованість, доступність, безоплатність, територіальний принцип обслуговування та інше. Обласні лікарні та диспансери були організаційно-методичними центрами. Вони займалися аналізом показників здоров'я населення, розробляли методики з діагностики та лікування хворих, здійснювали планові та термінові виїзди до міст і районів, проводили велику санітарно-профілактичну роботу серед населення. Це була національна технологія, і жодна країна світу нічого подібного не мала! Однією з функцій диспансеризації було виявлення ранніх форм захворювань та їх профілактика. Сьогодні проблемою профілактики захворювань, крім відсутності диспансеризації є відсутність механізмів

залучення населення до занять спортом, підтримки закладів фізичної культури та пропаганди здорового способу життя [4]. Як говорилося раніше, здоров'я населення на 50% залежить від способу життя [83]. І для цього необхідно багато зусиль вкладати у профілактику захворювань, насамперед дітей та підлітків. Дитячий алкоголізм та дитячий сифіліс говорять про суперпроблеми у профілактичній роботі з цією категорією населення. Не зайве буде сказати і про профілактику захворювань для дорослих, особливо при бажаному сидячому образі роботи.

Величезне значення для здоров'я населення має довкілля. Насамперед це вода, на якій готується їжа і яка вживається у великих кількостях. Для України це величезна проблема. Йдеться про очищення води у мегаполісах та містах з її централізованою подачею. Не вдаючись до подробиць якості води, можна сказати про те, що в більшості європейських країн ця якість на порядок краща, і воду з крана можна пити вільно. Те саме можна сказати про повітря у багатьох мегаполісах України. Також новим, але важливим фактором забруднення навколишнього середовища є електромагнітний смог, який оточує сучасну людину та негативно впливає на здоров'я. Наявність цих факторів – не проблема медичної галузі, а ось грамотне використання та облік негативних впливів – відноситься до профілактики захворювань. Звичайно, головною проблемою профілактичної медицини є зростання захворюваності, з'являються багато запущених форм хвороб, яких не було за радянських часів. Відповідно і ранньої діагностики країни приділяється недостатню увагу.

Зміна напряму розвитку дозволило закласти основи ринкових економічних взаємовідносин у цій галузі, підійти до оцінки результатів діяльності медичних працівників як до товару, сформулювати стосовно медичної послуги поняття ціни та вартості з усіма наслідками, що звідси випливають. З'явився посередник між виробником та одержувачем медичних послуг, здатний (поки що потенційно) захистити інтереси останнього шляхом здійснення контролю за якістю медичної допомоги. Все зроблене стало

безперечним кроком уперед. Але до повного за діяння резервів та можливостей медичного страхування ще далеко. Справа в тому, що система охорони здоров'я, що зарекомендувала себе в практиці економічно розвинених країн, з переважною питомою вагою страхової медицини являє собою саморегулюючу систему, засновану на взаємному врівноваженні інтересів, насамперед фінансових, усіх сторін, які беруть участь у процесі надання та отримання медичних послуг: індивідуально застрахованого працівника, роботодавця, медичних установ та місцевих органів влади. Цього механізму у нас поки що не створено.

Шляхи розвитку охорони здоров'я на близько- та середньострокову перспективу окреслено в таких документах, як Основи законодавства про охорону здоров'я, Концепція розвитку охорони здоров'я та медичної науки, Концепція охорони здоров'я населення тощо [10, с. 340]. Передбачається, зокрема, приведення організаційно-правових форм установ охорони здоров'я у відповідність до Цивільного кодексу України, перетворення державних та муніципальних медичних організацій у державні автономні некомерційні організації, що має дати їм більше свободи у формуванні власного бюджету та його витрачання. Надалі передбачається їх акціонування та зміна форм власності.

Якість – це найважливіша характеристика медичної допомоги (послуги) та критерій ефективності лікування пацієнта. Якість медичної допомоги є «ступінь відповідності медичної допомоги сучасному рівню медичної науки, стандартам медичних технологій, а також потребам пацієнта» [20, с. 54]. Про якість неможливо говорити без утвердження єдиних державних стандартів лікування захворювань. Також повинні бути визначені кількість, частота застосування цих послуг, перелік ліків із зазначенням разових і курсових доз, дорогих виробів медичного призначення (включаючи імпланти, ендопротези тощо), перелік компонентів крові та препаратів, лікувального харчування. І якщо ці стандарти неухильно дотримуватимуться (а інакше, навіщо вони?), то тепер уже не можна буде, скажімо, при

госпіталізації вимагати від пацієнта приносити в стаціонар свої ліки та свою їжу. Вони не вкладаються в русло стандартів. Без медичних стандартів неможлива страхова медицина та найголовніше – юридична відповідальність лікарів перед пацієнтами.

Сьогодні в Україні відсутність загальнообов'язкового медичного страхування підкріплюється правовою незахищеністю пацієнтів. Так, наприклад, для людини, що опинилась на лікарняному ліжку, не тільки не передбачена наявність специфічних прав, що дозволяють у разі появи негативних наслідків, викликаних неякісним наданням медичних послуг, повною мірою захистити своє життя, здоров'я, а й закликати винних до відповідальності за подібного роду «послуги» [83].

У той же час існують підстави і для скептичного ставлення до зазначеного Міністерством курсу на зміну організаційно-правових форм, а за цим і форм власності медичних організацій, оскільки є серйозне побоювання, що ні до чого іншого, як до стрімкого зростання вартості медичних послуг та їх майже абсолютної недоступності для широких мас населення це не приведе. Наслідком стане неминуче зростання смертності населення та черговий виток соціальної напруженості. Подальший розвиток системи обов'язкового соціального страхування бачиться на шляху його централізації та створення вертикалі управління з тим, щоб поліс застрахованого став єдиним для регіонів країни, що дозволить кожному громадянину країни отримувати однакоvu медичну допомогу незалежно від місця проживання [21, с. 19].

У той самий час слід розпочинати і виправлення помилок у створенні обов'язкового соціального страхування останніх років. Зокрема, існуюча в системі ОМС форма оплати медичних послуг за об'ємними показниками – кількістю відвідувань, ліжко-днів, випадками захворювання – призводить до об'єктивної зацікавленості медичних працівників не у здоров'ї людини, а в тому, щоб хворих було якнайбільше [4]. Зрозуміло, що одним із основних турбот МОЗ має стати підвищення асигнувань на потреби охорони здоров'я,

оскільки жодного зі згаданих масштабних завдань на тому рівні фінансування, яке має галузь, не вирішити. При цьому зовсім недостатньо говорити про вихід на рівень економічно розвинених країн за питомою вагою витрат на охорону здоров'я у структурі валового національного продукту. Настав час вести мову про порівнянний з цивілізованим світом рівень витрат на душу населення, тому що медичні технології є однаково дорогими в умовах будь-якої країни. Світова практика показує, що з адекватного функціонування медицини державі достатньо забезпечити витрати лише на рівні 5-6% ВВП [26, с. 23]. Українська медицина фінансується на рівні 6,4% ВВП (з нашою системою статистики експертами називається також 3%) [84]. Основні проблеми фінансування залежать від двох факторів:

по-перше, наше ВВП не такий великий як у країнах Європи;

по-друге, система державних закупівель в українській медицині настільки непрозора, що можна говорити про величезні втрати грошей на шляху до пацієнта [30, с. 43].

І без належних реформ система охорони здоров'я «з'їсть» значно більшу суму, причому пересічний пацієнт може це не помітити. Загалом українець, потрапляючи до лікарні, самостійно доплачує те, що «не додала» йому держава. Тому через відсутність реформ у системі вторинної медичної допомоги в Україні значна частина цих коштів витрачається неефективно. Коли йдеться про державне фінансування галузі, то напрошується аналогія з українською промисловістю – «енергоємно та низько ефективно» [34]. Найболючіше, то це те, що в ст. 49 Конституції України декларується, що медицина у нас безкоштовна [84]. Щоправда, ст. 95 того ж Основного закону попереджає, що всі витрати (у тому числі й на медицину) визначаються у нас виключно розміром бюджету, який щорічно приймається. І в таких умовах у лікарнях стають «на шпагат» для виживання як галузі, так і пацієнтів. Спроби запровадити медичне страхування мають величезні труднощі:

по-перше, потрібно вибрати модель медичного страхування (вибрати з десятка тих, що пропонуються), для апробації якої потрібні сміливі пілотні проекти;

по-друге, внести відповідні зміни до 49 статті Конституції України [36, с. 24].

Таким чином зможемо поставити діагноз медицині – платна вона у нас, або безкоштовна, а потім – зможемо чи не зможемо сплатити за її функціонування, і лише потім – зможемо давати обіцянки.

Слід особливо наголосити, що реформування охорони здоров'я має обов'язково розглядатися і з урахуванням тієї обставини, що на і без того катастрофічний стан здоров'я населення країни вже в недалекому майбутньому накладатимуться несприятливі прогностичні тенденції. Аж до 2022 року народжуваність у країні зростала, але не потрібно особливо зваблюватися з цього приводу, оскільки потім настане різкий спад до найменших значень у роки, близькі до 2018 року. У період 2015-2030 років неминуче також зростання смертності як наслідок вступу до смуги високої смертності численного покоління наших співвітчизників, що народилися в післявоєнні десятиліття.

У поєднанні з очікуваним різким зростанням кількості пенсіонерів це призведе до подальшого посилення демографічного навантаження на працездатний контингент до абсолютно не підйомних параметрів та ще більше загострить соціальні проблеми країни. Неминуче постає питання про здійснення переходу до загальносвітового вікового стандарту виходу на пенсію – 65 років для обох статей [40, с. 45]. На цьому тлі особливого значення набуває проблема високої смертності чоловіків. Відомо, зокрема, що різниця у тривалості життя чоловіків та жінок загалом по країні стабільно дорівнює 12-14 рокам, що у 3-5 разів перевищує аналогічні показники в інших розвинутих країнах світу. У такій ситуації різниця у віці виходу на пенсію чоловічого та жіночого населення країни, мабуть, вимагає переосмислення та коригування [84]. Може скластися так, що час для

виправлення перекосів у роботі Міністерства охорони здоров'я буде втрачено, і це буде черговим, цього разу серйознішим витком соціальних проблем вже аж ніяк не галузевого характеру.

Варто вказати, що вітчизняна система охорони здоров'я дедалі гостріше постає проблема браку кваліфікованих медичних працівників, представлена:

- браком необхідної кількості кваліфікованих медичних працівників;
- регіональною нерівномірністю забезпечення населення відповідними медичними кадрами;
- низьким рівнем невмотивованості медичних кадрів до здійснення ефективної праці внаслідок формування та реалізації недосконалої системи її оплати;
- низьким рівнем укомплектованості лікарських посад за окремо встановленими спеціальностями;
- високою часткою працівників пенсійного віку;
- застарілою нормативно-правовою базою щодо питань кадрової політики в галузі охорони здоров'я;
- неоптимальним співвідношенням між лікарями та молодшим медичним персоналом;
- хронічною недофінансованістю системи охорони здоров'я [61, с. 56].

Варто вказати, що проведенні дослідження тенденцій скорочення чисельності медичних працівників призведе до того, що до 2030 року рівень укомплектованості вітчизняних медичних закладів необхідним вищим медичним персоналом складатиме 75%, а середнім й молодшим – 73,6% від існуючих потреб. Крім того, варто вказати, що вже сьогодні спостерігається великий дефіцит вакансій в сфері охорони здоров'я в обсязі майже 13 тисяч посад [69]. Зокрема, наявність найбільшого дефіциту можна спостерігати здебільшого в західних (Львівській, Рівненській) та центральних (Вінницькій, Житомирській, Черкаській, Полтавській) областях, в той час як необхідну та достатню кількість вакансій можуть запропонувати лише в м. Києві [4]. Як наслідок, проведення реформ в первинній ланці в нашій країні сьогодні

повністю є забезпеченими потреби в терапевтах, педіатрах і сімейних лікарях. Водночас, можемо спостерігати наявність та дотримання нерівномірного навантаження на вказаних лікарів у розрізі регіонів. Наприклад, наявність потенційного дефіциту лікарів можемо спостерігати в м. Києві, Харківській, Кіровоградській та Миколаївській областях, а наявність відносного надлишку – в західних областях (Львівській, Івано-Франківській, Закарпатській, Чернівецькій). Крім того, зважаючи на встановлені плани МОЗ України досить скоро відкрити біля 600 додаткових закладів охорони здоров'я саме на первинній ланці, загостриться існуюча проблема належної забезпеченості медичним персоналом. Отже, сучасна вітчизняна система охорони здоров'я потребує здійснення належного стратегічного планування ресурсів, визначення ключових напрямів подальшого розвитку враховуючи можливі майбутніх виклики і перерозподіл робочого навантаження між лікарями різних спеціальностей внаслідок зростання поширеності одних і скорочення інших видів захворювання.

Варто звернути увагу й на проблему корупції в медичній сфері. Сьогодні українську медицину називають однією із найкорумпованіших галузей, при цьому системного підходу до вирішення питання немає. Якщо говорити про частку тіньової економіки у цій сфері, то можна назвати сміливо – 70-80% [71, с. 92]. На жаль, цю тінізацію підтримує держава, вдаючи, що у нас медицина безкоштовна, а лікарі, у ситуації жебрацького фінансування та забезпечення, вирішують це питання на свій страх та ризик.

Таким чином, вітчизняна медична сфера, останнім часом, накопичила такий клубок проблем, що будь-які реформи не зможуть їх вирішити повною мірою та в короткостроковій перспективі. Саме для того, щоб підійти до аналізу програм та стратегій реформування та розвитку галузі, необхідно окреслити та проаналізувати коло питань, скласти перелік факторів, що впливають на систему охорони здоров'я в Україні та потребують оперативного реформаційного втручання.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В ЗАРУБІЖНИХ КРАЇНАХ: МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Кращі практики зарубіжних медичних реформ

На сьогодні наявний міжнародний досвід демонструє, що у більшості держав уряд передає певні повноваження в галузі планування, управління та прийняття рішень з більш високих на менш високі рівні управління. Однак на практиці схеми децентралізації суттєво різняться (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2009) [78]. В одних випадках центральна влада здійснює жорсткий контроль над нижчими рівнями управлінської системи через законодавчі та фінансові механізми. В інших – органи територіального рівня управління мають значну самостійність у тлумаченні політики центральних органів влади і можуть самостійно здійснювати певний контроль за витратами, особливо якщо вони мають право на отримання доходів.

Таким чином, процес реформування залежить від того, якою політичною владою наділена система державного устрою на всіх рівнях керування та які механізми регулювання, включаючи законодавство (дискреційне або імперативне), а також фінансові стимули та санкції може використовувати центральна влада стосовно територіальних органів управління. Сучасні дані різного характеру вказують на те, що ключовими факторами здійснення медичної реформи є статус та повноваження центрального органу влади галузі (рис. 3.1). Так, делегування повноважень страховим компаніям або регіональним/місцевим органам влади призвело до такого положення, коли міністерства охорони здоров'я відповідають за хід здійснення реформ мають мало повноважень та механізмів для їх проведення, що характерно на цьому етапі й для України у зв'язку з

відсутністю вертикалі управління. Прикладом можуть слугувати деякі пострадянські країни, де значну частину реформування медичної системи проводили регіональні органи влади лише за слабого керівництва міністерства [4].

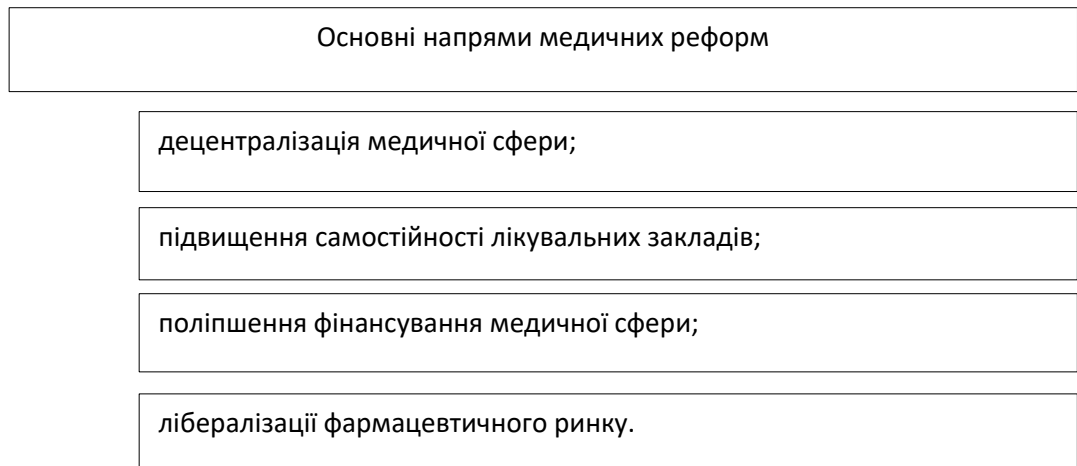


Рис. 3.1. Основні напрями медичних реформ

Аналогічна ситуація у вже згадуваному нами Казахстані призвела до повернення контролю над системою охорони здоров'я до рук центрального уряду [79]. Хоча розподіл повноважень між центральними та територіальними/місцевими органами влади впливає на процес реформування, існують інші чинники, які значною мірою визначають його результат. Це прагнення певних політичних сил впливати на проведення реформ, спираючись скоріше на вмиле використання символів і загальних аргументів, ніж на ретельне прогнозування та аналіз [15]. При цьому досвід деяких країн вказує на різницю між стратегією реформи охорони здоров'я та приведенням намічених планів у дію. Так, у Болгарії було запроваджено нову державну систему медичного страхування, яка перебуває під контролем Міністерства охорони здоров'я, але дуже мало уваги було приділено обговоренню питань про те, яким чином уряд співпрацюватиме із закладами охорони здоров'я в рамках нової системи [70].

Реформування охорони здоров'я спрямоване на розбудову взаємовідносин між державним та приватним сектором, організаторами

охорони здоров'я та представниками влади, постачальниками та споживачами медичної допомоги; зрештою цей процес залежить від того, як відбуватимуться зміни і хто може виступати на підтримку реформ, а хто протистоятиме їм. У технічному відношенні медична реформа є складним процесом. Для її здійснення необхідні відповідні інфраструктури із сучасними інформаційними системами та високим професійним рівнем співробітників, а також значні додаткові ресурси, сформовані для створення нових організаційних структур. У зв'язку з цим для успішного проведення медичних реформ необхідна співпраця чи певний консенсус між безліччю учасників процесу із боку як державного, так і приватного секторів. Крім того, програми реформування мають тенденцію до постановки великої кількості завдань, коли деякі з них можуть вступати в протиріччя з чинними у країні політичними та соціальними цінностями [62].

Можна виділити деякі типові фактори, які сприяють або протидіють здійсненню реформ у галузі охорони здоров'я (табл. 3.1). Україна, маючи слабо оснащену технологічно та технічно систему охорони здоров'я, змушена йти іншим, більш складним шляхом її реформування, що, своєю чергою, потребує більш рішучих, чітко спланованих і конкретних підходів до здійснення намічених завдань.

Одним з важливих аспектів реформування системи охорони здоров'я є темпами здійснення намічених змін. Здатність до здійснення швидких змін у конкретній країні залежить від ролі окремих учасників проведення реформи, що підтримують зміни чи протистоять їм. Радикальна реформа охорони здоров'я у Сполученому Королівстві Великобританії та Північної Ірландії була проведена урядом всупереч потужній опозиції з боку Британської медичної асоціації та значної частини населення за короткий період [56, с. 152]. При цьому урядом виділялися кошти на прискорення впровадження системи управління ресурсами лікарень, що сприяло перетворенню медичних працівників на власників державних цінних паперів, шляхом фінансової

підтримки комп'ютеризації процесу управління та ведення медичних карт пацієнтів.

Абсолютна впевненість уряду країни у необхідності реформи була такою, що вона діяла без досвідчених проектів та при мінімальному консультування, чому сприяла більшість в унітарному національному уряді в справі здійснення зазначеної реформи [52].

Таблиця 3.1

Чинники, що впливають на процес проведення реформ

Фактори, що сприяють	Фактори, що перешкоджають
Чітко визначені політичні цілі Одна основна мета медичної реформи допомагає уникнути плутанини або конфлікту	Цілі медичних реформи у багатьох випадках суперечать одна одній Безліч цілей, частина з яких вступають у протиріччя з політичними та соціальними цінностями, що призводять до конфліктів в медичній сфері
Прості технічні фактори Наявність чи набуття необхідних знань та технологій в медичній сфері Можливість обійтися без додаткових ресурсів	Дуже складні технічні чинники сучасної медицини Відсутність необхідного досвіду Необхідність підготовки та перепідготовки відповідних кадрів Необхідність розробки дорогих інформаційних систем та систем розрахунку вартості послуг в медичній сфері
Незначне відхилення від існуючого положення в сфері Легше домовитися про поступові зміни	Реформа вимагає великих змін щодо порівняння з існуючим становищем Великі зміни можуть зіткнутися із серйозним опором
Здійснення силами одного учасника Міжсекторальне співробітництво ускладнює процес	Реформи у багатьох випадках передбачають безліч учасників Співпраця між державним та приватним сектором ускладнюється
Швидке здійснення необхідних заходів та впровадження змін Короткі терміни обмежують наростання опору та відхилення в політиці	Складні реформи та повільне здійснення Необхідно розробити та впровадити нові системи (процедури та установи)

Перебудова системи охорона здоров'я в Новій Зеландії здійснювалася аналогічним чином, і незважаючи на те, що реформи мали спірний характер і стикалися зі значною протидією, вони були проведені досить швидко [43]. Деякі автори пояснюють швидке здійснення реформ у цих країнах характером їхніх політичних систем в країні [84]. У Нідерландах та Німеччині організаційна структура разом з основними соціальними та політичними цінностями призвела до більш обережного, поступового переходу до реформи [40, с. 34-35].

Реформи охорони здоров'я в Італії та Греції проводилися за принципом наростання. Ключові аспекти планів реформ, наприклад, зміна основного джерела фінансування (від соціального страхування до загального оподаткування) та розробка нових моделей надання медичних послуг, були реалізовані лише частково. Причиною обмежено часткового проведення реформ є протистояння політичних партій та зацікавлених груп, брак кваліфікованих кадрів для здійснення змін, надання місцевим органам влади значної самостійності у встановленні пріоритетів [4].

Крім умов та характеру процесу реформ, ключовими визначальними факторами їх здійснення є чотири групи учасників цього перетворення: населення, медичні працівники, політичні діячі та чиновники, а також зацікавлені групи [34]. Широка публічна підтримка медичної реформи може бути ефективним каталізатором змін, так само як і її відсутність може стати серйозною перешкодою для проведення, хоча, як свідчить досвід, думки пацієнтів щодо реформи охорони здоров'я у багатьох випадках враховуються досить слабо. При цьому в деяких державах (Нідерланди, Сполучене Королівство Великобританії та Північної Ірландії, скандинавські країни) розроблено механізми участі населення у розвитку служб охорони здоров'я. Так, у Нідерландах участь населення оформлена на офіційному рівні, причому Голландська федерація пацієнтів та споживачів бере участь у процесі прийняття різних рішень [28, с. 505].

Відомо, що в Україні ухвалення рішень як на державному, так й на місцевому рівні перебуває під сильним впливом медичних працівників, на що вказують фахівці в галузі соціальної медицини та інших країн. Це пояснює високий соціальний статус медичних працівників у багатьох європейських країнах. В результаті політичні діячі мають тісні взаємозв'язки з охороною здоров'я, можуть надавати досить сильний вплив, обстоюючи скоріше професійні, ніж державні інтереси [16].

В даний час у більшості пострадянських країн, у тому числі й в Україні, зростає кількість медичних організацій, які прагнуть відігравати більш впливову роль у розвитку національної політики в галузі охорони здоров'я. Тому для української влади важливим позитивним чинником є наявність медичних працівників у числі прихильників проведення реформи охорони здоров'я. Політичні діячі, чиновники та управлінці, які формують та здійснюють політику реформ, є впливовою групою у системі охорони здоров'я. Важливу роль під час вирішення питань реформування охорони здоров'я у цій зацікавленій групі відіграє також й розподіл повноважень.

Таким чином, необхідно розробити діючий механізм, який змусить чиновників та управлінців запровадити нові стратегії, які повністю відповідатимуть поставленим цілям та завданням, а не приймати на місцевому рівні рішення, які дискредитують серед населення та медичних працівників суть реформи. Щоб уникнути таких дій політики зазвичай вважають за корисне отримати підтримку поза середовищем чиновників. У Сполученому Королівстві Великобританії та Північної Ірландії центральну участь у здійсненні перетворень в системі охорони здоров'я у державі відіграли саме політики, а не чиновники Міністерства охорони здоров'я [4]. При цьому політики можуть як підтримувати зміни, так і перешкоджати їм. Так, у Франції та Швеції, незважаючи на те, що політики часто говорили про прагнення децентралізувати управління на користь медичних установ, вони виявили явне небажання обмежити свою пряму участь у контролі медичних

установ, і в певному сенсі хід реформи охорони здоров'я натрапив на опір членів тієї самої групи, яка прагнула до їх здійснення [83].

У зв'язку з цим під час розгляду ролі політичних діячів важливо враховувати рівень, на якому вони діють. Чиновники на центральному рівні можуть бути дещо відірвані від повсякденних турбот управлінців місцевого рівня. Як свідчить й вітчизняний досвід, чиновники центрального рівня не обов'язково враховують потенційні проблеми на місцях або не знають про них, що негативно позначається на ході реформи.

Досвід проведення реформ охорони здоров'я в Європі вказує на зростаючу роль зацікавлених груп, що мають комерційні інтереси: фармацевтичні підприємства та підприємства з виробництва медичного обладнання, медичні страхові компанії [2, с. 43]. Ці впливові групи зазвичай прагнуть захисту своїх власних інтересів, що необхідно враховувати як один із факторів ризику у здійсненні реформи [6, с. 3-4]. Необхідно відзначити, що позитивний вплив у сприянні здійсненню реформ та забезпеченні загальної підтримки надають засоби масової інформації. Так, рекламна кампанія держави була одним із факторів, що сприяють розбудові частини сектора охорони здоров'я на північному сході Бразилії [4]. У Туреччині офіційні особи використали засоби масової інформації для просування реформи та забезпечення громадської підтримки, а також з метою налаштувати громадську думку проти медичних працівників, які чинили опір змінам [72]. Деякі заходи, що здатні сприяти здійсненню медичної реформи, відображено у табл. 3.2 [10, с. 340]. Їхнє значення полягає в тому, що організатори охорони здоров'я можуть вибрати ті заходи, які дають можливість розробити досить надійні дії щодо реформи. При цьому загальний аналіз вказує на необхідність організаторам охорони здоров'я ознайомитись із роботою та проблемами інших закладів охорони здоров'я для розуміння того, хто і як саме може вплинути для досягнення поставленої мети. Загальний аналіз включає визнання впливу зацікавлених груп, залучення та встановлення

контактів з учасниками реформи, визначення чітких та досяжних цілей на місцевому рівні та формування коаліцій для проведення перетворень.

Таблиця 3.2

Комплекс заходів, що сприяють проведенню медичних реформ

Потенціал/ ресурси	Культурні/ соціологічні фактори	Політичні союзи	Системні заходи
Загальний аналіз			
Надання можливості для ознайомлення представникам основних зацікавлених груп	Початок дискусії щодо медичної реформи Заохочення поставників медичних послуг до нововведень	Визначення дій зацікавлених груп Залучення профспілок та громадських організацій Готовність до компромісу	Встановлення чітких, точних цілей Окреслення бажаних результатів Виявлення основних зацікавлених груп
Детальний аналіз			
Створення відповідних механізмів Увага на ефективності та результативності перетворень Збільшенні необхідного потенціалу	Уникання широкого використання ринкових принципів Встановлення чітких механізмів в сфері звітності	Обмеження лобіювання зі сторони медичних закладів та виробників медичних послуг	Уникання досить важких та складних управлінських систем
Аналіз перспективи розвитку			
Встановлення та дотримання окремого фінансування медичної реформи Нівелювання конфліктів Готовність до зміни ролі основних учасників реформ	Встановлення постійного зворотного зв'язку Встановлення та дотримання темпів реформи	Уникання великої залежності від основних зацікавлених груп складання подальшого плану дій	Розроблення відповідних нормативно-правових актів Дотримання збалансованості фінансових і технічних цілей медичної сфери За потреби – перерозподіляти основні ролі

Детальний аналіз стосується найважливіших внутрішніх структур, систем та процедур, що означає нарощування та/або збереження технічної підтримки, необхідної для здійснення реформи (рис. 3.2).

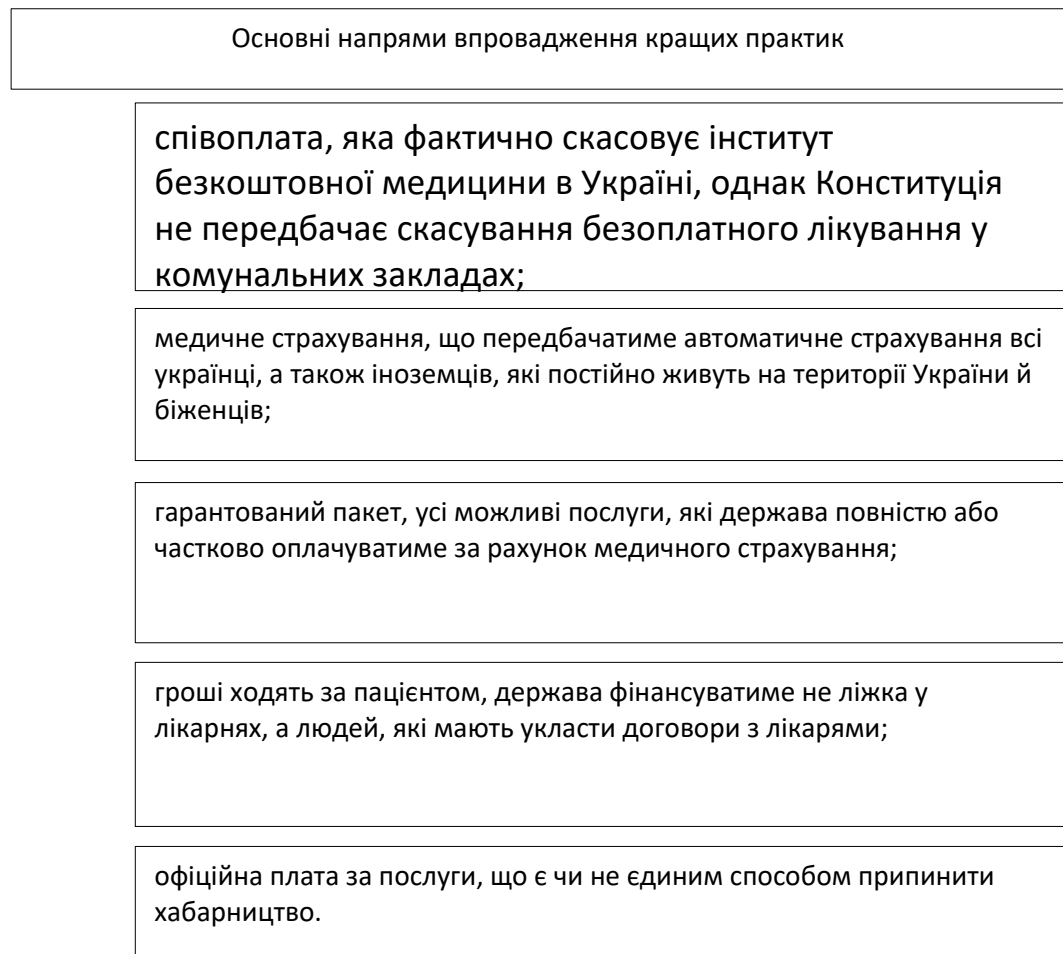


Рис. 3.2. Основні напрями впровадження кращих практик медичних реформ у вітчизняних умовах

Аналіз перспективи розвитку визначається як здатність бачити перспективу під час вирішення короткострокових завдань з урахуванням довгострокових цілей, у своїй тактичній зміні повинні відповідати поставленим завданням [79].

Таким чином, аналіз досвіду здійснення медичних реформ у різних країнах вказує на основні фактори, які відіграють центральну роль в процесах здійснення відповідних перетворень в сфері охорони здоров'я:

- політична воля і керівництво;

- часові рамки;
- фінансова підтримка;
- стратегічні спілки та союзи;
- керування процесом;
- підтримка громадськості; технічна інфраструктура та потенціал.

В Україні, що стала на шлях реформування системи охорони здоров'я, процес здійснення якого є багатограним та поетапним, необхідно вміло застосувати наявний різнобічний позитивний міжнародний досвід.

3.2. Реформування вітчизняної медичної сфери: шляхи використання зарубіжного досвіду

Будь-яка система соціально-економічної діяльності суспільства через певний період потребує вдосконалення, що знаходить відображення у проведенні певних реформ та змін. Охорона здоров'я – це «соціально-економічна галузь, яка визначає головну цінність суспільства – біологічне здоров'я людини» [16]. Тому падіння ефективності діяльності охорони здоров'я становить пряму небезпеку для життя всього суспільства. У зв'язку з цим будь-яка держава завжди зацікавлена у високоефективній діяльності охорони здоров'я й для цього визначає заходи щодо розвитку цієї галузі як «пріоритетної у діяльності державних органів, незалежно від загальноекономічної ситуації» [4]. На жаль, в Україні такий ключовий постулат незалежної державної діяльності ще не набув першочергової пріоритетності. З цієї причини раціонально збудована в умовах планової економіки високоефективна державна (суспільна) національна українська система охорони здоров'я прийшла за період незалежності у глибокий занепад й стала дуже неефективною. Основна причина події кризи досить проста – це «бідність вітчизняної охорони здоров'я як суспільної системи

охорони здоров'я з високорозвиненою функцією соціального захисту всіх верств суспільства» [79]. Звідси випливає головний принцип «рятівного лікування» вітчизняної охорони здоров'я, тобто реформування, – створення оптимального за результативністю механізму фінансового забезпечення вітчизняної системи охорони здоров'я. Ця частина реформування охорони здоров'я, хоч і не є простою, проте представляється для такої потенційно багатой на ресурси та потужної країни, як Україна, реальною та може бути реалізована за наступною концептуальною схемою:

1) Визначення стратегічно оптимального рівня фінансування охорони здоров'я у вигляді річного подушевого фінансового індексу, величина якого очевидно проглядається на досвіді країн з ефективною охороною здоров'я, а саме: 1000 американських доларів на 1 особу на рік (мінімально достатній рівень);

2) Встановлення порічних темпів збільшення фінансування охорони здоров'я з метою максимально швидкого досягнення стратегічно оптимального подушевого фінансового індексу протягом короткого часу (оптимально – 5 років, максимально – 8-10 років) [17, с. 46], оскільки саме цим буде визначатися настання періоду високорезультативної дії охорони здоров'я, тобто вихід її із глибокої кризи;

3) Законодавче встановлення переліку джерел фінансового накопичення консолідованої порічної величини бюджетного обсягу фінансового забезпечення системи охорони здоров'я, який може бути наступним:

- центральний бюджет +
- регіональний бюджет (обласний і місцевий, тобто районний чи міський) +
- страхування обов'язкове та приватне +
- пряма оплата за медичні послуги +
- оздоровчий податок на товари, шкідливі для здоров'я (тютюнові, алкогольні вироби) +

- податок на охорону здоров'я на підприємствах, що забруднюють екологічне середовище +

- податок на охорону здоров'я на підприємства зі шкідливими та важкими умовами праці +

- охоронний податок на підприємства та державні виробничі монополії (енергозабезпечення, транспортне та комунальне забезпечення), які не вкладають ресурси у створення європейських чи державних соціальних стандартів життя суспільства +

- спонсорські фонди [20, с. 45-46];

4) Поділ суспільства на майнові групи за фінансовими зобов'язаннями перед охороною здоров'я, яка може бути наступною:

- безкоштовна медична допомога всіх рівнів для населення бюджетно-виробничої сфери;

- опосередковано платна через обов'язкове та приватне страхування;

- для працівників приватних виробництв та структур: пряма платна за механізмом «послуга – гонорар» для високомайнової частини населення та частково платна за пропорційно пайовим механізмом через страхування за рахунок роботодавця та працівника, роботодавця, держави та працівника (по рівній або не рівній частці) [33, с. 8];

5) Встановлення стратегічної та поточної величини заробітної плати медичних працівників на основі сучасної вартості медицини та медичної праці, маючи на увазі, що сучасна медицина дуже дорога, тому праця медиків за законам ринкової економіки належить до найдорожчих видів діяльності, хоча фактично перебуває у системі вітчизняної економіки в спектрі найдешевших [83].

Сучасний рівень оплати праці медичних працівників, хоч би у стратегічному відношенні, легко визначається на основі досвіду високорозвинених країн. Однак для нашої держави важливо встановити мінімально вихідний рівень оплати праці, яка здатна вивести трудову мотивацію медичних працівників з депресивної ями на гарантований рівень

якісної діяльності. Наші соціологічні дослідження мотивів медичних працівників та економічний аналіз вартості життя свідчать, що мотиваційний сплеск до гарантованого якісної та ефективної праці можливий наразі у наших медичних працівників за початкової оплати праці кваліфікованих лікарів на рівні 1-1,5 тис. грн. американських доларів [35, с. 45-46]. Як видно, матеріальна вибагливість вітчизняних медиків невисока та досить реальна, а тому, якщо виходити з таких гострих інтересів суспільства у швидкому піднесенні рівня та якості цього високогуманного та життєво необхідного виробництва, то держава має прагнути швидкого використання фактично існуючої фінансової вимогливості медичних працівників, інакше – криза охорони здоров'я може посилюватися, а держава все більше й більше втрачатиме кваліфікований медичний трудовий потенціал.

Проте за останні роки в нашій країні з різних причин стихійно виник та набув широкого розмаху інститут тіньової медицини й неформальних платежів лікарям, що призвело до виникнення певних суперечностей. З одного боку, узвичаєння уявлення людей, особливо представників молоді, щодо неминучості платної медицини (вони готові платити за надання якісної допомоги). З другого боку, неконтрольованість таких платежів, незахищеність пацієнтів, диктат тих лікарів, котрі мають додаткові доходи від аптек і лабораторій клінічних аналізів, недобросовісна конкуренція між ними тощо. Поступово виникає потреба в розв'язанні вказаної суперечності таким шляхом: неформальні правила економічних взаємовідносин, які вже на практиці діють, формалізуються. Й це дійсно потребує менших витрат, ніж впровадження інших інститутів [40, с. 45].

Крім того, реформування охорони здоров'я може бути спрямовано на оптимізацію територіальної інфраструктури охорони здоров'я з її функціями, цілями та завданнями [84]. Однак при цьому слід мати на увазі, що вітчизняна інфраструктура, створена в радянський період, будувалася за жорстко територіальним принципом, тому змінити цю інфраструктуру за короткий період нереально і не представляється обов'язковою дією, оскільки

ця система ще мало виробила свій економічний ресурс та зберігає досить високий соціальний потенціал. У зв'язку з цим реформа, здається, має бути перш за все спрямована на раціоналізацію цілей, функцій та завдань охорони здоров'я інфраструктури. І в цьому відношенні проглядаються дві цільові настанови реформи: перша – організаційно-функціональна, друга – якісно-медична.

Перша цільова установка має бути спрямована на різке наближення всіх видів медичної допомоги до територіальної громади та скорочення, а за окремими медичними профілями – на повне перекриття безпідставних, тобто зайвих потоків пацієнтів на обласний рівень [15].

Друга цільова установка має розширити спектр спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в рамках низової (районної) території, що суттєво підвищить оперативність та доступність для всіх верств населення високкваліфікованої життєво важливої медичної допомоги [79].

У зв'язку з цим виглядає як не обов'язкове пропагороване реформаторське завдання щодо створення медико-санітарних округів на базі територіально-районної інфраструктури, що склалася, особливо зі зміною профілю медичних установ, що сформує додаткові та зустрічні потоки пацієнтів, а також збільшить радіуси обслуговування у зв'язку з передбачуваним територіально-диференційованим профілем медичної допомоги. Подібна ситуація неминуче знизить мотивацію хворих до відвідування медичних установ, у зв'язку з чим зменшиться відвідуваність медичних установ, особливо за рахунок пацієнтів з легкими і навіть із середньоважкими формами перебігу хвороби, і збільшиться обсяг самолікування хворих, що зрештою приведе до підвищення кількості хронічних хворих та підйому показників смертності. Тому більш раціональним, реальним та ефективним реформаторським напрямком у галузі територіальної інфраструктури представляються дії щодо створення на базі існуючих центральних районних (ЦРЛ) та центральних міських лікарень (ЦМЛ) територіальних госпітальних

центрів (ТГЦ) з усім спектром інноваційних технологій, що дозволить на територіальному рівні надавати населенню спеціалізовану, високоспеціалізовану, а у окремих випадках – навіть унікальну медичну допомогу [42]. Цим організаційним методом може бути реально наближена до населення високоякісна та високоефективна медична допомога.

Інші медичні установи, розташовані у межах цієї адміністративної території (району або великого міста), можуть бути перетворені у денні лікарні та амбулаторно-поліклінічні установи, які надаватимуть усі види первинної (загальнопрофільної) допомоги, у тому числі й невідкладну. За такого територіального розподілу видів медичної допомоги:

- відбудеться раціоналізація фінансових витрат за рахунок повного перенесення стаціонарної допомоги до госпітальних центрів;
- вдасться усунути необхідність створення зайвих об'єктів швидкої допомоги та зайвих ділянок сімейної медицини;
- будуть збережені радіуси та сформовані звичні форми, варіанти та обсяги медичного обслуговування населення [49].

Більш того, існуюча інфраструктура медичних установ на території районів адміністративної області по суті вже є медико-санітарним округом і при необхідності може бути легко перетворена в такий, але тільки для оптимізації управлінської функції, а не профілізації медичної допомоги, що також може суттєво раціоналізувати діяльність територіальної охорони здоров'я як у фінансово-економічному, і у медико-санітарних взаємовідносинах [53, с. 8].

Для створення ТГЦ на базі існуючих ЦРЛ та ЦМЛ у великих містах необхідно буде вирішити ряд складних організаційних завдань:

- розширити структуру госпітальної бази до 14-16 профілів із підпрофілями;
- провести технічне переоснащення ЦРЛ (ЦМЛ) аж до створення малих діагностичних центрів чи великих діагностичних відділень;

– створити в них структурі потужні аптечні установи, здатні забезпечувати ТГЦ усім сучасним спектром фармацевтичних та медичних засобів;

– укомплектувати ТГЦ висококваліфікованими, насамперед всього лікарськими, кадрами, хоча б у малому пайовому співвідношенні, але за кожним профілем, тобто вузьким спеціальності [55, с. 4].

Це кадрове завдання представляється найбільш складним і довготривалим, оскільки в даний час відзначається деякий дефіцит вузьких фахівців високої кваліфікації, а також фахівців широкого профілю, здатних виконувати широкий спектр складних медичних умінь і енциклопедичних медичних знань, що дозволяють вирішувати складні діагностичні завдання на консультативному рівні [79].

За такої системи функціонування низової ланки територіальної охорони здоров'я медичні установи обласної рівня можуть бути перетворені на самостійні центри з надання вузького спектру, перш за все, госпітальної високоспеціалізованої та унікальної медичної допомоги, переважно на основі діючих унікальних та нанотехнологій, що перетворить регіональну систему охорони здоров'я у самодостатню ланку охорони здоров'я України з гарантованою якістю всіх видів спеціалізованої, високоспеціалізованої та унікальної медичної допомоги, а населення отримає можливість фактично за місцем проживання отримувати медичну допомогу – від найпростіших до найскладніших її видів.

Щодо такого активно пропагованого напрями реформування вітчизняної охорони здоров'я, як сімейна медицина, слід підкреслити її неоднозначне майбутнє, особливо на фоні здатної ефективно функціонувати у вітчизняних умовах добре організованої територіально-дільничної допомоги. У всякому разі деякі дослідження показують, що, щоб уникнути грубих організаційних помилок та фінансово-економічних втрат сімейну медицину найкраще впроваджувати у міській місцевості на початковому етапі як альтернативну службу, що паралельно функціонує з територіально

дільничною і як приватне медичне обслуговування на контрактній основі сім'ї з висококваліфікованим лікарем, що сформує конкурентне середовище в амбулаторно-поліклінічному обслуговуванні населення, і тим самим піднімає якість медичної допомоги [60, с. 143]. І лише в тому випадку, коли система сімейної медицини покаже себе більш ефективною, ніж територіально-дільнична, можна буде починати тотальне її поширення у міській місцевості як загальної профільної амбулаторно-поліклінічної форми медичного обслуговування населення [66, с. 59].

В зв'язку з цим слід особливо підкреслити, як свідомо неприйнятну спробу замінити за допомогою сімейної медицини унікальну вітчизняну систему педіатричної служби. Неприйнятність такого напрямку в реформуванні охорони здоров'я диктується, принаймні наступними ключовими причинами:

- вітчизняна педіатрична служба за системою організації та потенційного ефекту є вітчизняним надбанням, що заслуговує на світову презентацію;
- у нашій країні відзначається високий рівень дитячої захворюваності та смертності, що диктує великий попит на педіатричну допомогу;
- сучасні хвороби дитячого організму з етіології та патогенезу суттєво відрізняються від таких у дорослої людини;
- на даному етапі розвитку людини відзначається висока питома вага дитячих хвороб з аномальним та тяжким перебігом;
- в даний час у зростанні та розвитку дитячого організму мають місце суттєві особливості, пов'язані як з акселерацією, так і з ретардацією [4].

Все це вимагає спеціальної, вузькоформатної та тривалої підготовки лікаря, тобто підготовки саме лікаря-педіатра, а також системного вузькопрофільного медичного обслуговування дитячого населення. Свого часу, педіатрична служба показувала, особливо в окремих регіонах України, дуже високий ефект, коли дитяча смертність не перевищувала 5-6 випадків на 1000 населення [79].

Водночас, у сільській місцевості сімейна медицина, найімовірніше, може одразу стати ефективною системою медичної допомоги, але при оперативному, обґрунтованому та якісному рішенні ряду завдань, таких як:

- наявність сучасного житла для медичних працівників;
- медичних закладів спеціального типу;
- спеціального набору технічних діагностичних та лікувальних засобів для оперативного виконання медичних маніпуляцій;
- транспорту та лікарського забезпечення для надання невідкладної та загальнопрофільної (первинної) медичної допомоги [83].

Сучасні медичні реформи є складовою та прямим продовженням загальних реформ у вітчизняній економіці. Не існує оптимальних варіантів окремої модернізації галузі поза контекстом змін на всьому макроекономічному рівні. Децентралізація економіки та охорони здоров'я, економія витрат у відповідності до податкових надходжень, ефективність розподілу та використання фінансових потоків об'єднує макро-, мезо- і мікроперетворення в державі.

Реформування вітчизняної медичної сфери лише тоді матиме позитивний результат, якщо національні переваги й традиції поповнюватимуться ефективним використанням кращих зарубіжних напрацювань та практик. Наприклад, наявний канадський досвід є свідченням вдалого поєднання фінансово-економічної свободи регіонів і єдиних національної стратегії й стандартів щодо якості лікування та медичної освіти. На вітчизняному політичному просторі вільною залишається ніша для соціал-демократичних ідей, які саме й дозволили Канаді створити якісну медицину. Крім того, досвід Великої Британії вказує на важливість ефективного перерозподілу суспільних видатків упродовж певного часу на користь медичної сфери. Досвід країн з приватною страховою медициною вказує на резерви збільшення економічної ефективності охорони здоров'я. Досвід деяких пострадянських країн з організації обов'язкового медичного страхування є свідченням

безперспективності громіздкої, бюрократичної моделі й неможливості реформувати медичну сферу та охорону здоров'я за умов тіньової економіки.

Як наслідок є необхідною зміна основних підходів щодо медичної галузі, перетворення її з «дрімучого» утворення на конкурентоспроможний сегмент світового ринку медичних послуг, приваблення пацієнтів з інших країн, розвиток рекреаційних зон і реабілітаційного туризму.

Таким чином, викладений погляд на реформування вітчизняної системи охорони здоров'я по багатьом напрямкам відрізняється від схеми, запропонованої як Міністерством охорони здоров'я, так й територіальними адміністраціями охорони здоров'я. Однак представлені принципи та напрямки реформування є результатом наукового аналізу, проведеного на основі існуючої теорії вітчизняної та зарубіжної охорони здоров'я, вичерпно описаної в науковій літературі, а також основі власних багаторічних досліджень діяльності медичних установ та медичних служб, що дозволило сформулювати альтернативні пропозиції щодо реформування охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

В останні роки організатори охорони здоров'я перебували під величезним тиском вирішення проблем щодо фінансової стійкості та стримування вартості за допомогою впровадження різноманітних медичних реформ. У будь-якому суспільстві доступні ресурси обмежені, проте нові дані свідчать про те, що системи охорони здоров'я є не «дірою в бюджеті», а вигідною областю вкладення коштів у здоров'я населення та економічне зростання. Системи охорони здоров'я, здоров'я та добробут нерозривно пов'язані за допомогою ряду динамічних взаємовідносин, що взаємно підсилюють. Ця нова парадигма пропонує можливість фундаментальної переоцінки ролі систем охорони здоров'я у суспільстві на основі ефективного реформування.

Виконання поставлених завдань у дослідженні дозволило здійснити такі висновки:

1. Сучасні національні системи охорони здоров'я різних країн не відповідають певному єдиному зразку. Наявні міждержавні відмінності у вказаній сфері є настільки великими, що самі поняття «державна охорона здоров'я» і «загальне медичне страхування» часом лише вводять в оману – ніби все розмаїття способів, котрими в різних країнах організується медицина та медичне страхування, можна вписати до певної стандартної колективної моделі. Система охорони здоров'я в кожній країні – є продуктом її унікальних умов, історії, політичного життя та особливостей національного характеру. Принципи організації вказаних систем варіюють від «керованої конкуренції» в Нідерландах та Швейцарії до жорсткої структури за принципом встановлення єдиного платника у Великобританії, Канаді та Норвегії й безлічі інших проміжних варіантів. В деяких країнах діє система «єдиного платника» в чистому вигляді: там заборонено приватне страхування й навіть обмежено можливості пацієнтів самостійно оплачувати необхідні медичні

послуги. В межах інших систем наявно багато гравців – там приватні страховики конкурують один з одним, а рівень державного регулювання та субсидування варіюється відповідно до різних передумов. У певних державах медичне страхування здійснюється виключно за місцем роботи, а в інших – робота й страхування є повністю розділеними. В деяких країнах споживачі повинні оплачувати чималу частину вартості медичних послуг чи за рахунок значних страхових відрахувань, чи за рахунок дольової участі. В інших наявне державне страхове покриття повністю компенсує медичні витрати громадян. В одних державах пацієнтові надається повна свобода вибору лікаря, а в інших – свобода вибору поширюється лише на терапевтів, а для прийому у відповідного «вузького спеціаліста» є необхідним скерування. В деяких системах дотримуються обмежень під час вибору лікарів первинної медичної допомоги. Втім, з досвіду зарубіжних країн можемо зробити низку важливих висновків:

- загальне медичне страхування не є рівнозначним загальному доступу до послуг охорони здоров'я;
- зростання витрат на охорону здоров'я не є суто локальним явищем;
- країни, в яких діє система «єдиного платника» або в яких наявний сильний елемент державного контролю за охороною здоров'я, найчастіше стикаються з нормуванням медичних послуг, формуванням «списків очікування», обмеженнями вибору пацієнтом лікаря тощо бар'єрами у сфері доступу до якісної медичної допомоги;
- незадоволення системою охорони здоров'я власної країни спостерігається практично повсюдно;
- хоча жодна країна, в якій діє принцип загального страхування, не має наміру відмовлятися від такої системи, для них є характерною яскраво виражена та чітко окреслена тенденція до відходу від здійснення централізованого державного контролю й розширення використання ринкових механізмів.

2. Аналіз стану медичної сфери в більшості сучасних країн демонструє три основні проблеми, які найбільше впливають на процеси функціонування медичної сфери та на якість медичного обслуговування:

- питання щодо медикаментозного забезпечення;
- рівень професійної підготовки кадрів;
- стан забезпечення відповідним медичним обладнанням.

Актуальними вказані питання є й для нашої держави. Якщо питання медикаментозного забезпечення та рівень професійної підготовки кадрів можливо вирішити виключно на державному рівні шляхом відповідного втручання та збільшення фінансування медичної сфери, то стан забезпечення відповідним медичним обладнанням можливо поліпшити на рівні кожної лікарні окремо. За допомогою приваблення інвестиційних коштів у схему чотиристоронніх інвестиційних взаємовідношень, існує можливість закупівлі інноваційного медичного обладнання у сучасні лікарні. Схема є дуже прозорою та дієвою, й досить привабливою для кожного з учасників взаємостосунків. Крім того, за 2-3 роки існує цілковита можливість значно покращити наявний стан медичного обладнання в більшості сучасних медичних закладів. Також є актуальною теза щодо вигоди й надійності використання добровільного страхування на державному рівні. Оскільки навіть найдешевший полюс може допомогти кожній людині окремо отримувати більш якісне й сучасне медичне обслуговування. Стан власного здоров'я для кожної людини має величезне значення, а наявність загального усвідомлення цього може бути рушійною силою для покращення стану медичної галузі в цілому.

3. На сьогодні в світі практично не існує загальноприйнятої досконалої, стійкої та раціональної системи охорони здоров'я. Кожна країна стикається з цілою низкою різноманітних проблем щодо належного забезпечення реалізації права на охорону здоров'я, забезпечення відповідного доступу до якісного медичного обслуговування й лікування. Більшість сучасних країн прагнуть сформувати стійкі національні системи охорони

здоров'я, що відрізнятимуться власною якістю та ефективністю, розвинену систему надання послуг і фінансування медичної сфери, однак підходи до вирішення цих проблем істотно відрізняються за різними показниками:

- глобалізаційні процеси пожвавили міграцію населення, що поширює невластиві цілим регіонам інфекційні захворювання;
- надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, створюють цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;
- терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії тощо посилюють потребу в медичній допомозі;
- продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що створює додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння, з хронічними та інфекційними захворюваннями тощо.

Не дивлячись на низькі показники у забезпеченні охорони здоров'я, більшість країн, й Україна також, витрачає значну частину внутрішнього валового продукту на послуги медичної сфери, однак це загалом не впливає позитивно на систему охорони здоров'я. Процеси реформування національних систем охорони здоров'я продемонстрували неефективну політику у вказаній сфері, високий рівень корупції та неспроможність трансформації цієї системи до вже встановлених рівнів світових стандартів медичної допомоги. Система охорони здоров'я в Україні є застарілою, містить чимало недоліків і потребує модернізації з використанням сучасних світових тенденцій та досвіду розвинених країн світу.

4. В сучасних умовах медична сфера в Україні перебуває в тривалому кризовому стані, що значною мірою спричинене недостатнім фінансуванням та непослідовністю здійснення реформування. Незважаючи на подальше зростання видатків на медичну сферу з бюджетів усіх рівнів, вони все ще не спроможні забезпечувати необхідне покриття навіть її мінімальних функціональних потреб, а дефіцит фінансування становить до 1/3 від обсягів коштів, котрі є необхідними для виживання галузі. Отже, саме від моделі

фінансування медичного обслуговування залежить рівень регулювання та забезпечення рівного доступу населення до отримуваних послуг, їхньої якості, достатності та належності. Виокремити єдину найпрогресивнішу з наявних зарубіжних практик не доцільно, оскільки в більшості випадків зарубіжні країни застосовують дуалізм окремих положень кожної з наявних моделей, щоб на практиці досягнути максимального результату. Підтримуємо позицію науковців у тому, що в Україні надання медичних послуг перебуває на низькому рівні порівняно з усіма без винятку країнами-учасницями ЄС, Північної Америки та більшістю країн-сусідів, і тому наші громадяни вимушені користуватися послугами «медичного туризму» – через недосконалість інституційних положень вітчизняної системи охорони здоров'я. Відповідно впровадження ефективного досвіду зарубіжних країн щодо надання медичних послуг відіграє одну з ключових ролей в процесах побудови якісної системи охорони здоров'я. Натомість, для реформування вітчизняної охорони здоров'я підвищення якості надання медичних послуг варто орієнтуватися на досвід передових країн, використовуючи його в обраній моделі фінансування аналізованої галузі, з відповідним урахуванням політичних, економічних, соціальних та екологічних показників і спроможностей нашої держави. Зокрема, участь громадськості в процесах розроблення та реалізації державної політики в сфері надання медичних послуг має бути найпріоритетнішим аспектом розбудови системи охорони здоров'я. Отже, враховуючи кращі практики реформування медичної сфери зарубіжних країн можемо окреслити основне коло подальших змін галузі охорони здоров'я є:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги;
- створення Єдиного національного закупівельника медичних послуг;
- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом»;
- автономізація постачальників медичної допомоги;
- створення контрактної моделі фінансування охорони здоров'я;
- запровадження системи e-Health;

– прозора та ефективна закупівля ліків.

Як бачимо, зарубіжний досвід, насамперед Європи, у галузі охорони здоров'я і різноманітний, і схожий, і різний. Тому, звертаючись до нього з метою використання, важливо уникнути бездумного копіювання. Постає завдання не просто перенести на вітчизняний ґрунт найкраще з реально створених у розвинених країн систем, а й ефективно впровадити все це. Такий підхід сприятиме формуванню у вітчизняних умовах стану саморегулюючої системи охорони здоров'я, без чого її ефективне функціонування неможливе.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко М. А. Перспективний розвиток правової освіти у сфері охорони здоров'я як гарантія реалізації медичної реформи в Україні / М. Аніщенко // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2019. – Т. 12, № 1. – С. 67-73.
2. Баєва О. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: [навч. посібник] / О. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
3. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти / А. Барзилович // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 2. – С. 134-140.
4. Беззуб І. Другий етап медичної реформи в Україні: (не) на часі [Електронний ресурс] / І. Беззуб // Громадська думка про правотворення. – 2020. – № 7 (192). – Режим доступу : <http://nbuviap.gov.ua/images/dumka.pdf>
5. Бідучак А. С. Вивчення поінформованості медичних працівників з питань реформування охорони здоров'я / А. Бідучак // Клінічна та експериментальна патологія. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 169-171.
6. Блащук Т.Б. Договір про надання медичних послуг (медичного обслуговування) в умовах реформи медичної галузі / Т.Б. Блащук // Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право». – 2017. – №2(16). – С. 1-14.
7. Борщ В.І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз / В. Борщ // Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії. – 2018. – Вип. 6. – С. 215-221.
8. Венедіктова І. В. Правова природа медичних послуг [Електронний ресурс] / І. В. Венедіктова. – Режим доступу : <http://www.irbis-nbu.gov.ua/>
9. Волошин Ю. О. Омбудсмен із питань охорони здоров'я як фактор гарантування прав людини в умовах медичної реформи в Україні /

Ю. Волошин, О. Марцеляк, О. Янчук // Запорожский медицинский журнал. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 702-706.

10. Гайдаш Д. С. Фінансування системи охорони здоров'я Польщі: досвід для України / Д. С. Гайдаш // Актуальні проблеми державного управління. – 2015. – № 1 (47). – С. 339-346.

11. Герц А. А. Медична послуга як об'єкт правового регулювання / А.А. Герц // Науковий вісник міжнародного гуманітарного університету. Сер. : Юриспруденція. – 2015. – № 15 Том2. – С. 11-13.

12. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / Д. Гомон. – Одеса, 2018. – 250 с.

13. Графський В. Медична реформа як чинник контролю використання бюджетних коштів України / В. Графський, О. Коркунова // Сучасні тенденції розвитку індустрії гостинності. – 2019. – С. 11-14.

14. Грیشнова О. Формування людського капіталу у сфері охорони здоров'я: проблеми та напрями зменшення фіктивізації / О. Грیشнова, О. Брінцева // Економіка. – 2019. – №2 (203). – С. 11-15.

15. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/topics/ru/>

16. Десятиліття обіцянок: чому Україна не готова до системи обов'язкового медичного страхування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukr.segodnya.ua/economics/enews/desyatiletiya.html>.

17. Заюков І. В. Дослідження здоров'я зайнятого населення як соціально-економічної категорії в умовах трансформацій України / І. Заюков // Вісник Вінницького політехнічного інституту. – 2017. – № 1. – С. 45-50.

18. Зоря О.П. Демографічний стан в Україні в умовах глибокої трансформаційної економічної кризи / О. Зоря // Грані. – 2015. – №2(118). – С. 89-92.

19. Зюзін В. О. Зарубіжний досвід фінансування програм охорони здоров'я та українські реалії / В. Зюзін // Науковий погляд: економіка та управління. – 2019. – № 3(65). – С. 219-227.

20. Кириченко А. В. Розвиток соціального страхування в Україні : монографія. – К. : КОМПРИНТ, 2017. – 197 с.

21. Кісь С. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я України: новий підхід до розвитку управлінського персоналу / С. Кісь, І. Запухляк, О. Яцюк, Г. Малиновська // Економічний аналіз. Тернопіль. – 2019. – Том 29. – № 4. – С. 17-27.

22. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: дис. ... д.держ.упр.: 25.00.02 / А. Кланца. – Харків, 2019. – 571 с.

23. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07 / С. Книш. – Тернопіль, 2019. – 36 с.

24. Конституційні засади медичної реформи в Україні : матеріали Медико-правового форуму (м. Харків, 6 груд. 2019 р.). – Харків : Право, 2019. – 104 с.

25. Конституція України: Законодавство України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – №30. – Ст. 141.

26. Короленко В. В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції / В. Короленко, Т. Юрочко. – Київ, 2018. – 96 с.

27. Костенко Т. А. Стан та перспективи розвитку медичного страхування в Україні з урахуванням іноземного досвіду / Т. А. Костенко, В. В. Стоколук, Л. О. Заволока // Молодий вчений. – 2018. – №5. – С. 721-725.

28. Кравченко В. Стан здоров'я населення м. Києва: сучасні тенденції та проблеми/ В. Кравченко, Н. Орлова, А. Кравченко// Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2018. – №30. – С. 504-522.

29. Лашкул З. В. Особливості підготовки керівників охорони здоров'я в сучасних умовах / З. Лашкул // Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я». – Київ, 2015, 22 квітня. – С. 66-70.

30. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. – 53 с.

31. Лобанець Н. В. Дослідження особливостей формування сфери надання медичних послуг населенню в умовах адміністративно-територіальної реформи, на прикладі КНП «Кременецька опорна лікарня» Кременецької міської ради : кваліфікаційна робота магістра за спеціальністю «281 – публічне управління та адміністрування» / Н. Лобанець. – Тернопіль : ТНТУ, 2021. – 80 с.

32. Логвиненко Б. О. Здоров'я як правова категорія: до постановки питання / Б. Логвиненко // Форум права. – 2017. – № 5. – С. 230-235.

33. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07 / Б. Логвиненко. – Київ, 2018. – 43 с.

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

35. Мезенцев К.В. Регіональний розвиток в Україні суспільно-просторова нерівність та поляризація: монографія / К.В.Мезенцев, Г.П.Підгрушний, Н.І.Мезенцева. – К. : Прінт Сервіс 2014. – 132 с.

36. Мезенцева Н.І. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія / Н.І.Мезенцева, С.П.Батиченко, К.В.Мезенцев. – К. : ДП «Прінт Сервіс», 2018. – 136с.

37. Мельниченко О. Фактори впливу на ймовірні результати медичної реформи в Україні / О. Мельниченко // Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ: матеріали IV всеукр. наук.-практ. конф., 25 березня 2020 р. – Херсон : Вид-во ХДАЕУ, 2020. – С. 313-315.

38. Мельниченко О.А. Загрози економічній безпеці медичних закладів. Розвиток невиробничої сфери економіки в умовах євроінтеграційних викликів: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 22-23 листопада 2018 р. / О. Мельниченко. – Харків : Вид-во ХТЕІ КНТЕУ, 2018. – С. 19-20.

39. Мельниченко О.А. Розширення переліку платних послуг як спосіб управління доходами комунальних некомерційних підприємств сфери охорони здоров'я. / О. Мельниченко, Г. Муратов, І. Проненко // Актуальні проблеми розвитку управлінських систем: досвід, тенденції, перспективи: матеріали наук.-практ. конф., 26 березня 2020 р. – Режим доступу : <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/conf/2020-1/doc/2/2-1.pdf>.

40. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка – К. : НМАПО, 2014.– 367 с.

41. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг / М. Поворозник // Причорноморські економічні студії. – 2017. – Вип. 14. – С. 25-28.

42. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентіві України [Електронний ресурс] / Т. Попченко. – Режим доступу : <http://www.niss.gov.ua/articles/808>

43. Принципи Всесвітньої медичної асоціації «Дванадцять принципів організації охорони здоров'я для будь-якої національної системи охорони здоров'я» від 01.10.1963 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_004

44. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

45. Про деякі питання створення госпітальних округів : Постанова Кабінету Міністрів України від 19.11.2017 р. № 1074 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>

46. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 20.12.2019 р. № 421 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws>
47. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 листопада 2017 р. № 2206-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show>
48. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2017 р. № 113-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page>
49. Реформа медицини в Естонії: що корисного для України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://icrua.org/reforma-medicini-v-estoni-%D1%97-shho-korisnogo-vzyat-ukra%D1%97n>
50. Реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/
51. Реформа системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
52. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. Реформи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/ref>
53. Реформи охорони здоров'я в республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / [К. Бендукідзе, Ф. Редер, М. Танер, А. Урушадзе]. – К. : ТОВ «НВ «Інтерсервіс», 2014. – 52 с.
54. Рудь В. Ю. Виклики часу та проблеми запровадження медичного страхування в Україні / В. Ю. Рудь, П. Г. Іжевський // Вісник Хмельницького національного університету. – 2017. – №5. – С. 237-239.
55. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: автореф. дис. канд. юрид. наук: 12.00.07 / Л. Руснак. – Київ, 2016. – 22 с.

56. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг / М.М. Самофал // Вісник Вищої ради юстиції. – 2013. – № 1 (13). – С. 151-156.

57. Сарыбаєва Г. М. Законодавство України про охорону здоров'я: адміністративний вимір / Г. М. Сарыбаєва // Вісник Південного регіонального центру Національної академії правових наук України. – 2017. – № 13. – С. 121-127.

58. Сенюта І. Підстави виникнення правовідносин у сфері надання медичної допомоги: деякі аспекти / І. Сенюта // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2018. – Т. 1, № 50. – С. 107-110.

59. Скрип В.В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження) / В.В. Скрип // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №4. – С. 101-106.

60. Солдатенко О. Сучасний стан правового регулювання фінансування сфери охорони здоров'я України / О. Солдатенко // Підприємство, господарство і право. – 2018. – № 2. – С. 142-147.

61. Статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році». Від. за вип. О. О. Кармазіна. – К. : Державна служба статистики України, 2016. – 92 с.

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

63. Стефанчук Р. О. Проведення в Україні кодифікації медичного законодавства: до питання постановки проблеми / Р. О. Стефанчук // Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., Київ, 29 лист. 2018 р. – Одеса : Фенікс, 2019. – С. 124-129.

64. Стеценко В. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування / В. Стеценко // Публічне право. – 2013. – № 4 (12). – С. 28-37.

65. Стеценко С. Г. 25 років Основ законодавства України про охорону здоров'я: успіх, сумніви чи невдача? / С. Г. Стеценко // Актуальні питання теорії та практики правового регулювання галузі охорони здоров'я: проблеми і перспективи : матеріали наук.-практ. круглого столу, присвяч. 25-річчю прийняття Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», 17 лист. 2017 р. – Запоріжжя : Вид-во ЗДМУ, 2017. – С. 10-13.

66. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль / С. Г. Стеценко // Публічне право. – 2017. – № 4. – С. 57-61.

67. Стеценко С. Г. Трансформація сфери охорони здоров'я України: роль медично-правових досліджень / С. Г. Стеценко // Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф., Київ, 29 лист. 2018 р. – Одеса : Фенікс, 2019. – С. 120-123.

68. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації. – Київ, 2019. – 46 с.

69. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 : Спільний звіт ВООЗ та Світового банку [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file.pdf.

70. Українцям не потрібно буде додатково платити за страхову медицину [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://tvoemisto.tv/news/ukr.html>

71. Філіпенко А. В. Порівняльний аналіз медичного страхування в країнах світу / А. В. Філіпенко, Ю. О. Ольвінська // Статистика – інструмент соціально-економічних досліджень : матер. конф. – Одеса, ОНЕУ. – С. 91-97.

72. Франчук В. В. Місце, роль і значення лікарської професії в умовах сучасного українського суспільства / В. Франчук // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 3 (73). – С. 35-41.

73. Чорна В. В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС / В. В. Чорна //

Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2020. – № 24 (3). – С. 447-456.

74. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / Н. Шевчук. – Київ, 2015. – 20 с.

75. Шлях до результатів: планування та проведення ефективних оцінювань розвитку / Морра Імас Л.Дж., Ріст Р.К. – Київ : МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2015. – 580 с.

76. Шупа Л. Досвід естонського медичного страхування для впровадження в Україні / Л. Шупа // Економічний аналіз: зб. наук. праць / Тернопільський національний економічний університет; редкол.: О. Ярошук (голов. ред.) та ін. – Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2018. – Том 28. – № 1. – С. 168-171

77. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К.: МВЦ «Медінформ», 2018. – 458 с.

78. Якісні зміни, що відбуваються вже сьогодні. Урядовий портал. Реформи [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/d>.

79. Bulgaria: health system review / L. Georgieva, P. Salchev, S. Dimitrova, A. Dimova, O. Avdeeva // Health Systems in Transition. – 2007. – № 9 (1). [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.researchgate.net/public>

80. Guide to the healthcare system in England 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL: <https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england>

81. Guineva M. The Bulgaria 2011 review: health and healthcare // Sofia News Agency [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.novinite.com/art>

82. Health systems in transition (HiT) profile of Bulgaria [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.hspm.org/countries/bulgaria/22042013/livinghit.aspx?Section=6.2%20Future%20developments&Type=Section>

83. International profiles of health care systems 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://international.commonwealthfund.org>

84. Life expectancy. Global health observatory data repository. World Health Organization [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://apps.who.int/gh>

85. Macroeconomics and Health: Innovations in Health for Economic Development // Report of the Commission on Macroeconomics and Health. – Geneva:WHO, 2011.– 212 p.

86. McGuire A. et al. The Economics of Health Care. – London: Routledge and Kegan Paul, 2010. – 122 p.

87. The European Health Report, 2014 // WHO regional Office for Europe. WHO Regional Publications, European Series. – Copenhagen, 2014. – №97. – PP. 10-22.

88. The World health report, 2014. Health systems: improving performance. – Geneva, World Health Organization, 2014. – 212 p.

89. William C. Duncan. Statutory Responses to «Wrong ful Birth» and «Wrong ful Life» Actions [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.marriagelawfoundation.org/publications/uffl%20chapter.pdf>

90. Zoltán Ödön. Anemvagyonikármegtérítéséről / Zoltán Ödön // Magyar Jog. – 2011. – № 34. – О. 529-533.

ДОДАТКИ

Додаток А

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Результати реалізації першого етапу медреформи (2018 рік) такі:

- мільйони українців обрали свого лікаря і підписали з ним **декларації** на обслуговування;
- медзаклади отримали від держави значно більше фінансування, що дало їм можливість **збільшити зарплати лікарям у 2-3 рази**, придбати необхідне устаткування та медичне обладнання;
- з'явилися **додаткові сервіси для пацієнтів** – на прийом до лікаря тепер можна записатися онлайн або телефоном, отримати консультацію лікаря телефоном, зробити всі базові аналізи та дослідження в приміщенні амбулаторії.

ДРУГИЙ ЕТАП МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ СЛОВО І ДІЛО

ЗАПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ (ПМГ)

З 01.04.2020 р. ПРИПИНЯЄТЬСЯ ФІНАНСУВАННЯ СУБВЕНЦІЙ НА МЕДИЦИНУ З ДЕРЖБЮДЖЕТУ

Оплата медичних послуг, які надаються медичними закладами буде здійснюватися НСЗУ виключно за умови:

- Аптека/аптеки та аптеки територіальних закладів
- Підключення усіх закладів до електронної системи Health
- Укладання договору з НСЗУ

ПМГ ВКЛЮЧАЄ В СЕБЕ ТАКИ ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ:

- гравеліум
- тестостерон
- екстрена
- спеціалізована амбулаторна та госпітальна допомога
- ремонт/заміна гвардійських засобів
- тестостерон та реалізація

ФІНАНСУВАННЯ ПМГ У 2020 р.

ПАЦІЄНТ ОБИРАЄ ЛІКАРНЮ І СПЕЦІАЛІСТА, ДЕ ХОЧЕ ПРОКОНСУЛЬТУВАТИСЯ АБО ПРООПЕРУВАТИСЯ.

ЗАГАЛОМ

- 13% зростає до **€ 113 млрд** виділено на охорону здоров'я у 2020 р. (зростає порівняно з 2019 р.)
- 64% **НА ПМГ € 72,9 млрд**

Спеціалізована амбулаторна та госпітальна допомога*	€ 44,4 млрд
Первинна медична допомога	€ 19,1 млрд
Екстрена медична допомога**	€ 4,6 млрд
Фінансування урядової програми «Доступні ліки»	€ 2,1 млрд
Розвиток екстреної медичної допомоги (включаючи закладом окремо)	€ 1,9 млрд
Медична реабілітація	€ 0,5 млрд
Паліативна медична допомога	

* за новою методикою фінансування ** надаватиметься в рамках ПМГ

Інфографію створено за даними відкритого джерела інформації станом на 26.02.2020 року

ДРУГИЙ ЕТАП МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ СЛОВО І ДІЛО

ВИДИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, ЯКИМИ ЗМОЖУТЬ КОРИСТУВАТИСЯ УКРАЇНЦІ ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ ПМГ

ШВИДКА ТА ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ — БЕЗКОШТОВНО

БЕЗКОШТОВНО (ЛИШЕ ЗА НАПРАВЛЕННЯМ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, ТЕРАПЕВТА, ПЕДІАТРА АБО ЛІКУЮЧОГО ЛІКАРЯ):

- екстрена допомога
- консультація в спеціаліст
- обстеження для раннього виявлення онкозахворювань**
- діагностика та хімотерапія
- діагностика та радіотерапія
- екстракорпоральний гемодіаліз
- хвороба в стаціонарі
- стаціонарна допомога з необхідними записами/експрес-аналізами

Додаткові види послуг:

- діагностика при інфаркті
- зв'язок з родичами з метою підтримки та терапії для пацієнта з гострою коронарною недостатністю
- діагностика при пошкодженні
- діагностика неоперабельних випадках
- надревіація для терапевтичного наслідку або нерозривного аортального стенозу
- лікування туберкульозу
- діагностика, лікування та супровід пацієнта, що живе з ВІЛ
- паліативна та медична паліативна допомога
- психологічна та наркотична допомога в стаціонарі
- індивідуальна терапія з урахуванням результату аналізу медичної системи
- ремонт/заміна гвардійських засобів

ПЛАТНІ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ

- усі види послуг, якщо не підписана декларація
- консультація у спеціаліста без направлення
- обстеження та аналізи, які не входять до переліку лікаря
- стоматологія, крім дитячої та екстреної
- оперативна універсальна анестезія
- звітна медична допомога календарним
- оперативна надання догляд
- світлодіодна та інші неінвазивні процедури

БЕЗКОШТОВНО* ПО ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ МОЖНА ЗВЕРНУТИСЯ ЛИШЕ ДО:

- дугора-ревматолога
- стоматолога
- педіатра
- психіатра
- нарколога

* за направленням

Інфографію створено за даними відкритого джерела інформації станом на 26.02.2020 року