ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ
ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
Кафедра публічного управління та адміністрування

Полякова Олена Анатоліївна

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ В УКРАЇНІ

Спеціальність:281 Публічне управління та адміністрування

АВТОРЕФЕРАТ

магістерської роботи на здобуття наукового ступеня
магістра публічного управління

Миколаїв – 2019

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність дослідження. Право на охорону здоров'я (далі – ОЗ) та медичну допомогу є найважливішим правом громадянина України. Тому прямим і найголовнішим обов'язком держави є піклування про здоров'я людини та забезпечення його охорони згідно з проголошеними у Загальній Декларації прав людини, Європейській соціальній хартії, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права.

Державна політика спрямована на якісну та ефективну реалізацію медичної реформи, яка з початку 2017 р. розпочала новий етап, характерними ознаками котрого стали: подальший розвиток сімейної медицини, введення референтних цін на певні ліки окремих видів хвороб, подальше підвищення якості медичних послуг – один із реальних шляхів виведення даної галузі з глибокої масштабної кризи, оновлення не тільки медичної, але й усієї соціальної та гуманітарної сфери. Це зумовлено тим, що показники здоров'я громадян є узагальнюючою характеристикою рівня та якості життя, індексом соціального, культурного й економічного розвитку суспільства в цілому. З реформою ОЗ безпосередньо пов'язаний і рівень національної безпеки нашої держави.

Саме тому на сучасному етапі розвитку України надзвичайної актуальності набуває питання належного забезпечення з боку держави реалізації медичної реформи на всіх її ланках, а також державної політики регулювання ринку медичних послуг в Україні. Істотною причиною цього, з одного боку, є наявність недосконалих механізмів державного управління даною сферою, а з другого – вказане явище обумовлюється недостатністю ґрунтовних наукових досліджень, які б охоплювали весь спектр державної політики реалізації медичної реформи в Україні.

Отже, зважаючи на соціально-політичну значущість й економічну вартість як індивідуального, так й суспільного життя, ОЗ громадян – це одна із найважливіших функцій сучасної держави. Крім того саме кількісні та якісні показники тривалості життя й рівня здоров'я населення, низка інших показників соціальної політики відрізняють багаті та розвинені країни світу від бідних та слаборозвинених.

Розглядаючи стан наукової розробки питання державної політики у сфері ОЗ загалом та реалізації медичної реформи зокрема, варто зазначити, що у сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до цієї проблематики таких учених, як В. Лехан, І. Солоненко, Я. Радиш, Л. Жаліло, С. Стеценко, Н. Рингач, Т. Курило, В. Григорович та інших. Дослідження проблем у межах теми ґрунтуються також на сучасних теоретико-методологічних розробках наступних дослідників: Т. Курило, В. Григорович, О. Перетяка, В. Шевцов, Т. Педченко, Н. Авраменко та інші.

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

Об'єктом дослідження виступає процес реалізації медичної реформи в Україні.

Предметом дослідження є державна політика забезпечення реалізації медичної реформи Україні.

Метою магістерської роботи є вивчення та детальний аналіз державної політики забезпечення реалізації медичної реформи Україні, а також розробка моделі механізму

державного гарантування надання медичних послуг за умов обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи.

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

–узагальнити наукові напрацювання вітчизняних учених стосовно досліджуваної проблематики, а також дослідити особливості впровадження медичної реформи в Україні;

–висвітлити проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров’я в умовах децентралізації на прикладі м. Вознесенськ;

–проаналізувати міжнародний досвід фінансування реформ в сфері охорони здоров’я;

–надати оцінку результатів реалізації медичної реформи (на прикладі м. Вознесенськ);

–розробити модель механізму державного гарантування надання медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в магістерській роботі було застосовано комплекс методів наукового дослідження. За допомогою проблемно-пошукового методу визначено проблему, підібрано й узагальнено джерела з теми дослідження та запропоновано шляхи її розв’язання; абстрактно-логічнийбуло застосовано для аналізу існуючих джерел, теоретичного узагальнення й формування висновків. Метод дедукції дав змогу розширити понятійно-категорійний апарат і уточнитизміст поняття «державна політика у сфері ОЗ».

Порівняльно-правовий і порівняльно-функціональний методи дали можливість установити особливості впровадження медичної реформи в Україні та проаналізувати міжнародний досвід в даному питанні. Науково-догматичний метод використано при аналізові законодавства, який сприяв виявленню прогалин у правовому регулюванні питань державної політики реалізації медичної реформи.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи стали фундаментальні положення, дослідження українських науковців і фахівців у сфері розвитку державної політики реалізації медичної реформи в Україні.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що автор здійснив спробу комплексно та всебічно розглянути питання державної політики забезпечення реалізації медичної реформи Україні. Концептуально розроблена і науково обґрунтована стратегія реформування систем ОЗ на основі комплексу взаємопов'язаних завдань, що охоплюють всі напрямки діяльності системи, поєднання економічних, організаційних і технологічних змін з розробкою оцінки діяльності на кожному етапі реформування. При цьому побудова системи економічних відносин стала основою реформування галузі та переходу на нові прогресивні моделі організації медичної допомоги на всіх етапах її надання.

вперше

встановлено, що соціальна взаємодія в медицині породжує форму соціального порядку – медико-соціальну структуру суспільства, в рамках якої здійснюється виробництво здоров'я, і воно може бути представлено як інститут і соціальний процес, що визначають комунікацію лікар-пацієнт;

удосконалено

комплексний науковий підхід щодо розробки і реалізації стратегії змін на стику трьох наукових дисциплін – теорії управління, економіки та організації ОЗ, концепції яких покладені в основу дослідження;

дістало подальшого розвитку

значення системи моніторингу та звітності в реалізації інформатизації та оціночних показників діяльності системи ОЗ;

система моніторингу, котра дозволяє не тільки зберегти керованість в умовах ринкових відносин і численність, суб'єктів, але і підвищити за рахунок отримання якісної інформації ефективність управління, як окремими ланками, так і системою в цілому.

Апробація результатів дослідження. Матеріали магістерської роботи стали підґрунтям для написання тез доповідей на конференцію «Могилянські читання-2019» на тему «Оцінка результатів реалізації медичної реформи (на прикладі м. Вознесенськ)», науково-практичної конференції «Лісабонський договір – 10 років після набуття чинності. Що змінилося у функціонуванні ЄС?» на тему «Європейський досвід медичних реформ: можливості для України» та статті у фаховому журналі на тему «Міжнародний досвід фінансування реформ у сфері охорони здоров'я».

Практичне значення. Розроблені в дослідженні теоретичні положення доведені до рівня конкретних пропозицій можуть бути реалізовані у вітчизняній практиці державної політики у медичній сфері. Практична значущість дослідження полягає в експлікації моделей соціальної взаємодії в медичній практиці, які в процесі історичного розвитку визначають форми взаємин лікаря і пацієнта. Внеском в теорію є типологія патерналістських відносин в медицині й аналіз соціальної взаємодії лікаря і хворого в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Теоретичні положення дослідження та емпіричні дані можуть бути використані в навчальних курсах з соціальної політики, соціології медицини, при розробці державних програм по реалізації реформи ОЗ.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 100 найменувань та додатків. Загальний обсяг роботи складає 113 сторінок, із них 90 сторінок основного тексту.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми, сформульовано мету та основні завдання, об'єкт і предмет, методи дослідження, висвітлено наукову новизну і практичне значення виконаної роботи. Наведено результати апробації основних положень та особистий внесок автора дослідження.

У першому розділі «*Теоретичні засади дослідження державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні*» висвітлено теоретичні підходи в дослідженні державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні, охарактеризовано особливості впровадження медичної реформа в Україні та досліджено особливості проведення медичних реформ в пострадянських країнах.

Підрозділ 1.1. «Теоретичні підходи в дослідженні державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні» присвячений теоретичному аспекту дослідження даного питання.

Вказано, що для повноцінного розвитку економіки та добробуту населення здоров'я є однозначно найважливішим чинником. Проголошення медичної реформи висуває на порядок денний питання здійснення державної політики в медичній галузі, її

спрямування на необхідні перетворення і створення нової системи ОЗ, здатної забезпечити права громадян на медичну допомогу.

У сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем політики в галузі ОЗ загалом і державної політики забезпечення реалізації медичної реформи зокрема таких учених, як В. Лехан, І. Солоненко, Я. Радиш, С. Стеценко, Н. Рингач та інших.

Зроблено висновок, що реалії сьогодення свідчать про необхідність суттєвого оновлення поглядів стосовно державного регулювання у сфері ОЗ громадян. Впровадження державно-приватного партнерства у сфері ОЗ об'єктивно зумовлено поєднати матеріальні тта інтелектуальні ресурси державного та приватного секторів, сприятиме розбудові системи ОЗ, підвищенню якості надання медичних послуг населенню, технологічному переоснащенню медичної галузі, вдосконаленню підготовки медичних кадрів.

У підрозділі 1.2. «Медична реформа в Україні: особливості впровадження» розкрито основні етапи впровадження медичної реформи в Україні.

Зазначено, що медична реформа була однією з очікуваних українськими громадянами реформ, яка докорінно змінила систему ОЗ. Вона передбачає багато значних перетворень у сфері надання медичних послуг, неоднорідних підходів надання медичних послуг громадянам.

Основними напрямками медичної реформи в Україні є первинні ланки медичних закладів, тобто поліклінічних відділень, а також медичні працівники. Кожному громадянину країни надано можливість обирати собі того лікаря, якому довіряє власне здоров'я та здоров'я своїх дітей. З ним пацієнт підписує договір щодо надання конкретних медичних послуг.

Зроблені висновки,що на сьогодні існує позитивна динаміка реалізації медичної реформи в Україні. Держава повністю виправдовує покладені на неї очікування, а більшість громадян України вже встигли відчути на собі позитивні сторони реформи.

У підрозділі 1.3. «Особливості проведення медичних реформ в пострадянських країнах» здійснено аналіз реформування медичної сфери в пострадянських країнах.

Особливостями проведення медичних реформ у пострадянських країнах, специфічність поєднання механізмів, котрі застосовуються різними країнами задля успішного вирішення реформування ОЗ, відрізняються один від одного. Такі зміни відбуваються в результаті наявності істотних розбіжностей основних (в першу чергу економічних) концептуальних факторів у країнах під час пост перехідного періоду. Отже, єдину стратегію реформування, котра б підходила для всіх країн, створити не можливо. Більшість пострадянських країн розпочинали реформування фінансування галузі ОЗ з впровадження обов'язкового медичного страхування, введення цільового оподаткування й децентралізації управління ОЗ. Зазначимо, що більшість країн не змогли отримати швидких та позитивних змін, оскільки, там де відбувалося економічне зростання й населення було офіційно працевлаштовано, збори податків не викликали труднощів, натомість, в країнах, де зберігалася економічна нестабільність, працівники були працевлаштовані у тіньовому секторі, було практично неможливо зібрати вказані податки. Отже, оскільки на сьогодні наша держава переживає часи економічної нестабільності й геополітичної кризи, більшість населення в якій знаходиться на межі зубожіння, необхідно детально продумувати певні кроки щодо того, аби забезпечити доступність

медичної допомоги для всіх без виключення верств населення з використанням кращих практик інших пострадянських країн.

У другому розділі *«Реформування медичної сфери: поточний стан та перспективи розвитку»* проаналізовано нормативно-правову базу реформи охорони здоров'я, висвітлено проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації на прикладі м. Вознесенськ, досліджено міжнародний досвід фінансування реформ в сфері ОЗ.

У підрозділі 2.1. «Нормативно-правова база реформи охорони здоров'я» вказано, що впродовж останніх років МОЗ України у своїх пріоритетних напрямках продовжує розвиток первинної і вторинної медичної допомоги, а також поліпшення якості та доступності медичних послуг. Нові впровадження законодавства сфері ОЗ передбачають кардинальні якісні зміни всіх функцій СОЗ: управління вказаною системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування й надання якісних медичних послуг.

Окремі положення прийнятих законів спрямовані на поліпшення умов оплати праці медичних працівників, зокрема шляхом встановлення доплат, надбавок за обсяг та якість виконаної роботи, за послуги, надані пацієнту. Таким чином, прийняття цього ЗУ забезпечило систематизацію правового регулювання у сфері ОЗ, створює передумови для запровадження багатоканального фінансування галузі ОЗ та проведення реформування системи ОЗ. Розпочата медична реформа передбачає низку важливих змін:

–створення Національної служби здоров'я України;

– оплату за послуги та договірні взаємовідносини з медичними установами;

–створення електронної системи, яка буде визначати, скільки і якій лікарні держава доплатить за надання послуг пацієнтові.

– незалежність замовників медичних послуг від їхніх постачальників.

Зроблено висновки, що реформа ОЗ має стати відображенням запитів суспільства і врахувати побажання громадян. Також держава має передбачити всі зміни, прийнявши політичні і управлінські рішення, завчасно оцінити результати їх реалізації. Отже, результатом реалізації медичної реформи має стати європейська модель ОЗ, направлена на якісну медичну допомогу та підвищення престижності професії лікаря.

У підрозділі 2.2. «Проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації: досвід м. Вознесенськ» зазначено, що на сьогодні, як стверджують спеціалісти, медицина в списку найпроблемніших сфер України, яка потребує негайного реформування. Особливо це стосується організації медичної допомоги у територіальних громадах, тому реформа медицини в умовах децентралізації є складним процесом, результатом якого мають бути реалізовані якісні й доступні медичні послуги, що не потягнуть за собою збільшення податкового навантаження на одну особу.

Щодо досвіду реалізації медичної реформи у м. Вознесенськ, то тут було здійснено всі необхідні кроки для реалізації медичної реформи в умовах децентралізації: залучення громади до питань промоції здорового образу життя, розвиток соціальної інфраструктури для забезпечення доступу до послуг ОЗ, підтримка роботи медичних закладів, розташованих на території громад шляхом благоустрою прилеглих територій, підтримки роботи допоміжних служб; сприяння в організації контролю з боку населення громади за дотриманням прав громадян при отриманні медичних послуг. Єдина проблема, яка була виявлена в результаті дослідження – неналежне створення умов для закріплення медичних кадрів у м. Вознесенськ. Загалом, м. Вознесенськ справилося з викликами, які постали

після початку реформ та пристосувалося та переорієнтувалося на новий рівень медичних послуг.

У підрозділі 2.3. *«Міжнародний досвід фінансування реформ в сфері охорони здоров'я»* досліджено моделі ОЗ, які використовуються у зарубіжних країнах.

Таблиця 1

Моделі охорони здоров'я, що використовуються в зарубіжних країнах

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

Зроблено висновок, що проблема ОЗ населення відноситься до числа найважливіших глобальних проблем. Вона знаходиться в полі зору як природних, так і суспільних наук. Поліпшення стану здоров'я населення – це показник розвитку суспільства. Хоча медичні заклади мають величезне значення, вони, однак, не є єдиним сектором, який впливає на добробут людей, інші сектори також мають великий вплив на здоров'я населення і повинні нести за нього відповідну відповідальність.

У третьому розділі *«Напрямки удосконалення державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні»* проаналізовано державну політику регулювання ринку медичних послуг в Україні, здійснено оцінку результатів реалізації медичної реформи (на прикладі м Вознесенськ), розроблено модель механізму державного гарантування надання медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів в

контексті реалізації медичної реформи.

У підрозділі 3.1. «Аналіз державної політики регулювання ринку медичних послуг в Україні» визначено, що український ринок медичних послуг, що знаходиться в стані розвитку, вимагає жорсткого законодавчого регулювання. У зв'язку з цим не викликає сумніву важливість обговорення питань про його межі та організаційно-контрольні функції держави в регламентації підприємницьких відносин з надання медичних послуг. Це не означає відходу від приватноправового регулювання, на якому заснована будь-яка підприємницька діяльність, це лише пошук тієї «золотої середини» між ним і публічно-правовим регулюванням – здійснення переходу до ринку при активній підтримці держави і з регулюванням їм тих сфер, які зазвичай схильні до цього в країнах з розвиненою ринковою економікою.

Зроблено висновок, що усі види медичних послуг повинні мати мінімальні вимоги (обов'язкові та рекомендовані) до їх здійснення, оформлення в стандартах, прийнятих на певний термін. Подальші дії лікаря можуть бути засновані на професійних знаннях і положеннях медичної спеціальності і не повинні їм суперечити.

У підрозділі 3.2. «Оцінка результатів реалізації медичної реформи (на прикладі м Вознесенськ)» показано результати опитування серед лікарів м. Вознесенськ, за яким найбільші очікування стосувались збільшення рівня заробітної плати (96% респондентів), більшого фінансування медичного устаткування (62%), зменшення роботи з паперами (62%), що дає можливість надавати більш якісну медичну допомогу, а також велика частина медичних працівників звернули увагу на збільшення навантаження (77%). Підвищення заробітної плати підтвердили 69% опитуваних, третина вказали на зростання фінансування оснащення та обладнання. Серед основних проблем, з якими стикнулись медичні працівники під час реалізації реформи, – неврегульованість питання з викликами додому до пацієнта (66%), з оплатою праці (62%) та нечітко врегульованими взаєминами із закладами вторинної ланки (56%).

У підрозділі 3.3. «Розробка моделі механізму державного гарантування надання медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи» автором магістерського дослідження висвітлена модель, за умовами якої медичні послуги можуть надаватися якісно при обмеженому фінансуванні, при цьому найважливішими показниками при оцінці підсумків соціально-економічного розвитку країни та областей повинні бути показники тривалості життя, народжуваності і смертності, а не темпи зростання ВВП. Слід прагнути до задоволення потреб громадян: необхідно орієнтуватися на підтримку гідності людини, соціальної справедливості та солідарності. Охорона і зміцнення здоров’я повинні бути одним з основних пріоритетів всього суспільства. Зміни в стані ОЗ вимагають здійснення політики досягнення здоров’я для всіх громадян за допомогою проведення відповідної регіональної і національної політики в сфері ОЗ.

Формування Програми державних гарантій території надання медичної допомоги в умовах обмежених фінансових ресурсів поділяється на три етапи.

1. Формування програми та портфеля замовлень надання медичної допомоги медичного закладу відповідного рівня підпорядкованості: місцевого утворення, національного значення.

2. Формування програми та місцевого портфеля замовлень надання медичної допомоги місцевого утворення.

3. Формування програми та державного портфеля замовлень надання медичної допомоги території.

Програма надання медичної допомоги місцевим утворенням в умовах обмежених фінансових ресурсів розробляється в такій послідовності.

Крок 1. Розраховується середня для місцевого утворення величина питомої вартості одиниці об'єму кожного виду медичної допомоги:

–середня вартість одного ліжко-дня стаціонарної медичної допомоги;

–середня вартість одного ліжко-дня лікування в стаціонарі-заміщають умовах;

–середня вартість одного відвідування установи амбулаторії неполіклінічної медичної допомоги;

–середня вартість одного виклику швидкої медичної допомоги.

Крок 2. Місцеве утворення з урахуванням демографічного складу населення виробляє формування числа ліжко-днів (місцеві показники для стаціонарів) та числа амбулаторно-поліклінічних відвідувань (місцеві показники для поліклінік).

Крок 3. Місцеве утворення виробляє формування структури та зведений розрахунок обсягу медичної допомоги. Місцеве утворення проводить зіставлення первинного варіанту територіальної програми з параметрами відповідних показників по державним нормативам. Аналізуються розміри, вміст і причини відхилень параметрів первинного варіанту місцевої програми від державних нормативів.

Крок 4 Місцеве утворення виробляє зведений розрахунок вартості Програми державних гарантій.

Крок 5. У разі невідповідності місцеві програми вимогам оптимальності здійснюється коригування первинного варіанту місцевої програми з метою приведення її у відповідність фінансового забезпечення за рахунок усіх джерел. Приймаються рішення щодо зміни структури мережі медичних установ, перерозподілу і перепрофілізації між ними ліжкового фонду, спеціалізації амбулаторно-поліклінічної допомоги, впровадження стаціонаро-замінних технологій, удосконалення організації швидкої медичної допомоги.

Крок 6. Місцеве утворення оформляє і направляє до вищестоящого органу управління охороною здоров'я території робочий проект програми надання медичної допомоги місцевого утворення. Органи управління ОЗ території проводять організаційно-медичну та економічну експертизу заявлених місцевими утвореннями даних про обсяги та вартість виконуваних ними медичних послуг з розподілом їх по замовниках і джерел фінансування.

Таким чином, у запропонованій моделі побудови Програми державних гарантій. є принцип побудови, згідно з яким програма медичного закладу спочатку визначається виходячи з потреби, вираженої в попиті населення на конкретні медичні послуги, а не на ліжко-дні і відвідування. Далі програма приводиться до койко-днях і відвідинам, які розглядаються як непрямі, необхідні для зіставлення двох методик. Отже, авторкою досягнуто поставлене завдання та розглянуто модель формування Програми державних гарантій надання медичної допомоги в умовах обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі наведено нове вирішення актуального наукового завдання з

обґрунтування теоретичних положень та розроблення нових моделей державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні. Результати дослідження дають підстави сформулювати висновки і рекомендації, що мають теоретичне та практичне значення. Відповідно до зазначеної мети і поставлених завдань варто зробити наступні висновки:

Здійснено аналіз наукового доробку щодо державної політики забезпечення реалізації медичної реформи, який засвідчив, що останнім часом в наукових колах проводиться активна робота з дослідження державної політики в сфері ОЗ загалом та в галузі державної політики забезпечення реалізації медичної реформи в Україні зокрема. Однак, наукові доробки, розроблені теоретичні положення логічно доведені до рівня конкретних пропозицій, придатних для впровадження ВРУ та КМУ не знаходять свого законодавчого відображення на сьогодні.

Досліджуючи питання медичної реформи та належне забезпечення її реалізації з боку держави, варто зазначити, що у сучасних наукових колах дослідників цієї галузі небагато, але чітко простежується тенденція підвищення інтересу до проблем політики в галузі ОЗ загалом і державної політики забезпечення реалізації медичної реформи зокрема таких учених, як В. Лехан, І. Солоненко, Я. Радиш та інших. Питанням реалізації медичної реформи в Україні присвячені праці Т. Курило, В. Григорович, О. Перетяка та інші.

Щодо особливостей впровадження медичної реформи варто відзначити, що ця реформа була однією з очікуваних українськими громадянами реформ, яка докорінно змінила систему ОЗ. Вона передбачає багато значних перетворень у сфері надання медичних послуг, неоднорідних підходів надання медичних послуг громадянам. Головною ознакою країни з високим рівнем розвитку є кількість її населення із середньою тривалістю життя. І не треба підводити багато підсумків, щоб побачити стійкий, тривалий та непорушний зв’язок між такими поняттями, як стан і рівень медичного обслуговування та середня тривалість життя. Після проведених опитувань і аналізу, зазначимо, що на сьогодні існує позитивна динаміка реалізації медичної реформи в Україні. Держава повністю виправдовує покладені на неї очікування, а більшість громадян України вже встигли відчути на собі позитивні сторони реформи.

Аналізуючи проблеми функціонування вітчизняної галузі ОЗ в умовах децентралізації, використовуючи досвід м. Вознесенськ, зазначаємо, що на сьогодні медицина в списку найпроблемніших сфер України, яка потребує негайного реформування. Особливо це стосується організації медичної допомоги у територіальних громадах, тому реформа медицини в умовах децентралізації є складним процесом, результатом якого мають бути реалізовані якісні й доступні медичні послуги, що не потягнуть за собою збільшення податкового навантаження на одну особу. Головною особливістю реформи є те, що трансформація системи ОЗ України відбувається в напрямку збільшення рівня її децентралізації зі збереженням принципу солідарного фінансування. З одного боку, розвиток сімейної медицини та передача джерел її фінансування на місцевий рівень самоврядування забезпечує децентралізацію системи ОЗ на рівні її первинної ланки, з іншого боку – збереження за державним бюджетом статусу основного джерела матеріального забезпечення закладів ОЗ забезпечить дотримання принципу солідарності в її фінансуванні.

Отже, в Україні загалом та в м. Вознесенськ зокрема здійснено всі необхідні кроки для реалізації медичної реформи в умовах децентралізації: залучення громади до питань

промоції здорового образу життя, розвиток соціальної інфраструктури для забезпечення доступу до послуг ОЗ, підтримка роботи медичних закладів, розташованих на території громад шляхом благоустрою прилеглих територій, підтримки роботи допоміжних служб; сприяння в організації контролю з боку населення громади за дотриманням прав громадян при отриманні медичних послуг.

Розглядаючи міжнародний досвід фінансування реформ в сфері ОЗ, варто вказати, що в даний час в світі прийнято виділяти чотири основні джерела фінансування ОЗ:

надходження від загального оподаткування;

внески в систему обов'язкового медичного страхування; внески в систему добровільного медичного страхування;

безпосередні розрахунки пацієнтів готівкою.

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

Витрати на ОЗ в європейських країнах вважаються одним з ключових показників соціального розвитку, так як відображають ступінь уваги, що приділяється державою і суспільством здоров'ю громадян. Рівень національних витрат на ОЗ – відносна величина, яка розраховується як загальний обсяг державних і приватних витрат на ОЗ протягом календарного року, включаючи державні бюджети всіх рівнів, фонди медичного страхування, зовнішні запозичення, гранти та пожертвування від міжнародних установ і неурядових організацій.

За результатами аналізу можна зробити висновок, що найкращі показники має Норвегія та Швеція, а серед країн ЄС – Велика Британія та Німеччина. Дуже низькі показники у країн Африки. Місце України в даному рейтингу варто оцінювати в порівнянні з країнами колишнього СРСР: уступає Молдові, знаходиться на одному рівні з Росією та Білоруссю.

Для повноцінного аналізу і детального дослідження оцінки результатів медичної реформи авторкою було проведено комплексні опитування лікарів та відвідувачів КП «КНП Вознесенський міський центр ПМСД». У результаті проведеного опитування серед лікарів м. Вознесенськ, найбільші очікування стосувались збільшення рівня заробітної плати (96% респондентів), більшого фінансування медичного устаткування (62%), зменшення роботи з паперами (62%), що дає можливість надавати більш якісну медичну допомогу, а також велика частина медичних працівників звернули увагу на збільшення навантаження (77%). Підвищення заробітної плати підтвердили 69% опитуваних, третина вказали на зростання фінансування оснащення та обладнання. Серед основних проблем, з якими стикнулись медичні працівники під час реалізації реформи, – неврегульованість питання з викликами додому до пацієнта (66%), з оплатою праці (62%) та нечітко врегульованими взаєминами із закладами вторинної ланки (56%).

Проведене опитування серед відвідувачів КП «КНП Вознесенський міський центр ПМСД» (всього було опитано 161 респондента, з них 26 (17 %) – в амбулаторії №2, 27 (16 %) – в амбулаторії №3, 108 (67 %) – в амбулаторії №1, з них 69 чоловіків (43 %), 92 жінки (57 %) свідчить, що загальна задоволеність візитом до лікаря сягає 90 %, 6 % опитаних скоріше задоволені, але 4 % опитаних – скоріше незадоволені візитом. Майже всі опитані респонденти відзначили, що інший персонал амбулаторій ЗПСМ (окрім сімейного лікаря та мед. сестри чи мед. брата) ставився доброзичливо та ввічливо під час перебування в

закладі. Загалом за результатами опитування відвідувачі оцінили заклад і сімейного лікаря дуже добре. І разом з тим, КП «КНП Вознесенський міський центр ПМСД» продовжує впроваджувати заходи з покращення якості надання медичних послуг.

Детальний аналіз оцінки реалізації медичної реформи засвідчує успішність результату реалізації медичної реформи на первинній ланці. Опитування, проведене авторкою у м. Вознесенськ та висвітлені всеукраїнські рейтинги все ж свідчать, що більшість лікарів залишились незадоволеними через збільшення паперової роботи, до якої ще додалася робота за комп'ютером, що автоматично не дає змогу якісно виконувати свої обов'язки. Майже підтвердилося очікування від збільшення заробітної плати.

Охорона і зміцнення здоров'я повинні бути одним з основних пріоритетів всього суспільства. Зміни в стані ОЗ вимагають здійснення політики досягнення здоров'я для всіх громадян за допомогою проведення відповідної регіональної і національної політики в сфері ОЗ. Державне замовлення на надання безкоштовної медичної допомоги – це завдання лікувально-профілактичного закладу на надання медичної допомоги певного контингенту населення, забезпечене фінансуванням за рахунок коштів замовника.

У результаті дослідження запропоновано модель державного гарантування надання медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи – Програма державних гарантій, основна мета якої – створення комплексної системи визначення потреби в фінансових, матеріальних і трудових ресурсах, необхідних для забезпечення встановлених обсягів і якості медичної допомоги, що надається безкоштовно громадянам, які проживають на території даного місцевого утворення.

У запропонованій моделі побудови Програми державних гарантій є принцип побудови, згідно з яким програма медичного закладу спочатку визначається виходячи з потреби, вираженої в попиті населення на конкретні медичні послуги, а не на ліжко-дні і відвідування. Далі програма приводиться до койко-днях і відвідинам, які розглядаються як непрямі, необхідні для зіставлення двох методик. Отже, авторкою досягнуто поставлене завдання та розглянуто модель формування Програми державних гарантій надання медичної допомоги в умовах обмежених фінансових ресурсів в контексті реалізації медичної реформи.

Анотація

У межах дослідження визначено, що право на охорону здоров'я та медичну допомогу є найважливішим правом громадянина України. Тому прямим і найголовнішим обов'язком держави є піклування про здоров'я людини та забезпечення його охорони згідно з проголошеними у Загальній Декларації прав людини, Європейській соціальній хартії, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права.

Державна політика спрямована на якісну та ефективну реалізацію медичної реформи, яка з початку 2017 р. розпочала новий етап, для якого характерними стали: розвиток сімейної медицини, введення референтних цін на ліки для окремих видів хвороб, підвищення якості медичних послуг – один із реальних шляхів виведення даної галузі з глибокої масштабної кризи, оновлення не тільки медичної, але й усієї соціальної та гуманітарної сфери. Актуалізує дослідження також і те, що соціально-політична значущість та економічна вартість індивідуального та суспільного здоров'я, охорона здоров'я громадян вважається однією з найважливіших функцій сучасної держави.

В дослідженні проаналізовано нормативно-правову базу реформи охорони

здоров'я, висвітлено проблеми функціонування вітчизняної галузі охорони здоров'я в умовах децентралізації на прикладі м. Вознесенськ, здійснено детальний аналіз міжнародного досвіду фінансування реформ в сфері охорони здоров'я, вказано, що стан здоров'я населення є одним з основних показників якості життя, рівня соціально-економічного розвитку суспільства. Здоров'я відноситься до числа основних і незамінних соціальних цінностей, є умовою і передумовою благополуччя і належної якості життя, а також еталоном, мірилом ступеня просування до зменшення бідності, зміцненню соціальної згуртованості та ліквідації дискримінації.

Детальний аналіз оцінки реалізації медичної реформи засвідчує успішність результату реалізації медичної реформи на первинній ланці. Опитування, проведене авторкою у м. Вознесенськ та висвітлені всеукраїнські рейтинги все ж свідчать, що більшість лікарів залишились незадоволеними через збільшення паперової роботи, до якої ще додалася робота за комп'ютером, що автоматично не дає змогу якісно виконувати свої обов'язки.

Ключові слова: медична реформа; державна політика; реформування; децентралізація; фінансові ресурси; медицина; медичні послуги.

Summary

The study identified that the right to health care and medical care is the most important right of a citizen of Ukraine. Therefore, the direct and overriding responsibility of the state is to care for and protect human health in accordance with the proclamation in the Universal Declaration of Human Rights, the European Social Charter, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

State policy is aimed at qualitative and effective implementation of medical reform, which since the beginning of 2017 has started a new stage characterized by: development of family medicine, introduction of reference prices for medicines for certain types of diseases, improvement of quality of medical services - one of the real ways of withdrawal in this area of deep crisis, updating not only the medical but also the whole social and humanitarian sphere. It also updates the study that the socio-political importance and economic value of individual and public health is considered to be one of the most important functions of the modern state. It is precisely the quantitative and qualitative indicators of life expectancy and the level of health of the population that, by a number of other social policy indicators, distinguish rich and developed countries of the world from poor and underdeveloped ones.

The object of the study is the process of implementation of medical reform in Ukraine. The subject of the research is the state policy of ensuring implementation of medical reform in Ukraine.

The master's research analyzed the legal framework of health care reform, highlighted the problems of functioning of the national healthcare industry in the context of decentralization in the example of Voznesensk, made a detailed analysis of the international experience of financing health care reforms, stated that the state population health is one of the main indicators of quality of life, level of socio-economic development of society. A thorough analysis of the evaluation of the implementation of the medical reform shows the success of the result of the implementation of the medical reform at the primary level. However, a survey conducted by the author in Voznesensk and the reported nationwide ratings show that most doctors are dissatisfied with the increase in paper work, to which computer work has been added, which does not automatically

enable them to perform their duties qualitatively.

Keywords: medical reform; public policy; reform; decentralization; financial resources.