

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ТКАЧУК МАРІЯ ОЛЕГІВНА

Допускається до захисту:
завідувач кафедри політології
та державного управління
д.політ.н., професор

Чальцева О.М.

« » 2024 р.

**РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
ЯК ПОКАЗНИК ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ**

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Кваліфікаційна робота

Науковий керівник:

Мацшина І. В., професор кафедри
політології та державного
управління, д.політ.н., професор

Оцінка: / /

(бали/ за шкалою ЄKTS/за національною шкалою)

Голова ЕК: (підпис)

Вінниця 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	7
1.1. Основні підходи та класифікація поняття «система охорони здоров'я» ...	7
1.2. Методологія дослідження ефективності державного управління системи охорони здоров'я.....	16
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	19
2.1. Ретроспективний аналіз державних реформ у системі охорони здоров'я в Україні	19
2.2. Дослідження зарубіжного досвіду проведення реформ у системі охорони здоров'я	43
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРИГУВАННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	62
3.1. Модель коригування реформування системи охорони здоров'я в Україні	62
3.2. Рекомендації щодо вдосконалення законодавчої бази України в системі охорони здоров'я.....	74
ВИСНОВКИ	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94
ДОДАТКИ	102

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Галузь охорони здоров'я – провідна ланка в соціальній сфері України, що покликана забезпечувати медичне обслуговування громадян, здійснюючи таким чином одну з найвагоміших внутрішніх функцій сучасної держави. Реформа охорони здоров'я, яка проводиться у певній країні, першочергово покликана поліпшувати стан здоров'я членів суспільства, підвищувати ефективність системи охорони здоров'я та рівень доступності громадян до медичних послуг. Відомо, що на становлення систем охорони здоров'я розвинених країн було витрачено понад 100 років. Водночас державна політика охорони здоров'я в Україні має певні риси, зокрема є суспільно значущою, актуальною для державників, політиків, публічних службовців, медиків і суб'єктів громадськості; є найважливішим інструментом забезпечення належного збереження, функціонування та розвитку вітчизняного суспільства. Необхідність реформування системи охорони здоров'я зумовлена зростанням витрат на медичну допомогу та необхідністю посилення здатності системи охорони здоров'я покращити стан здоров'я населення. Починаючи з 2014 року в Україні почала відбуватись активна трансформація системи охорони здоров'я та її перехід до нової моделі за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Медичне реформування включає трансформацію всіх елементів системи: фінансового, організаційного, матеріально-технічного і нормативно-трудоного. З 1 квітня 2020 року розпочала свою роботу Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ. Проте медична реформа продемонструвала те, що для її проведення необхідне не тільки перезавантаження системи надання медичної допомоги, а й використання існуючих ресурсів. Упродовж останнього десятиліття в нашій країні чітко окреслилась тенденція до підвищення ролі недержавних медичних послуг,

що стало головною причиною відходу від монополізації їх надання державою до розвитку ринків медичних послуг з усіма ознаками, характерними ринковим відносинам. Реформа системи охорони здоров'я в Україні здійснювалась шляхом надання пріоритету первинній медичній допомозі; запровадження механізмів ощадливого витрачання коштів та підвищення спроможності до якісного надання медичної допомоги в ринкових умовах. Також були запроваджені механізми: децентралізації системи охорони здоров'я, участі громадян в управлінні місцевою охороною здоров'я; права вибору лікаря, лікарні та страховика, участі пацієнта у прийнятті медичних рішень; забезпечення фінансування та ощадливості системи охорони здоров'я в ринкових умовах; посилення її спроможності задля покращення стану здоров'я населення завдяки підвищенню ефективності управління медичними закладами та якості надання медичних послуг.

Питання реформування системи охорони здоров'я в Україні та іноземних країнах у різний час піднімалось такими вченими, як Авраменко Н., Заярський М., Кривошеев Д., Лехан В., Крячкова Л., Паршикова А., Петренко С. та ін. Авраменко Н. робить акцент на державному управлінні системою охорони здоров'я на регіональному рівні, аналізує сучасний стан і пропонує шляхи вдосконалення. Кривошеев Д. переконаний у тому, що стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медичні послуги по всій Україні. Лехан В., Крячкова Л., Заярський М. досліджували історичний ракурс реформи охорони здоров'я в Україні від здобуття незалежності до сучасності. Лопушняк Г. та Іваненко Є. узагальнили реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020».

Об'єкт дослідження – реформа системи охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – ефективність державного управління в реформуванні системи охорони здоров'я.

Мета дослідження – провести аудит реформи системи охорони здоров'я в Україні та запропонувати модель ефективного державного

управління в галузі охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

- 1) узагальнити основні підходи та класифікація поняття «система охорони здоров'я»;
- 2) з'ясувати методологію дослідження ефективності державного управління системи охорони здоров'я;
- 3) здійснити ретроспективний аналіз державних реформ у системі охорони здоров'я в Україні;
- 4) провести дослідження зарубіжного досвіду проведення реформ у системі охорони здоров'я;
- 5) розробити модель коригування реформування системи охорони здоров'я в Україні;
- 6) надати рекомендації щодо вдосконалення законодавчої бази України в системі охорони здоров'я.

Методи дослідження: аналіз, синтез, реферування наукової літератури з теми, спостереження, порівняння.

База дослідження – Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради.

Теоретичне значення дослідження передбачає узагальнення теоретичних основ дослідження ефективності управління системою охорони здоров'я в Україні.

Практична цінність дослідження полягає в поданні практичних аспектів використання його результатів у процесі реформування системи охорони здоров'я в Україні.

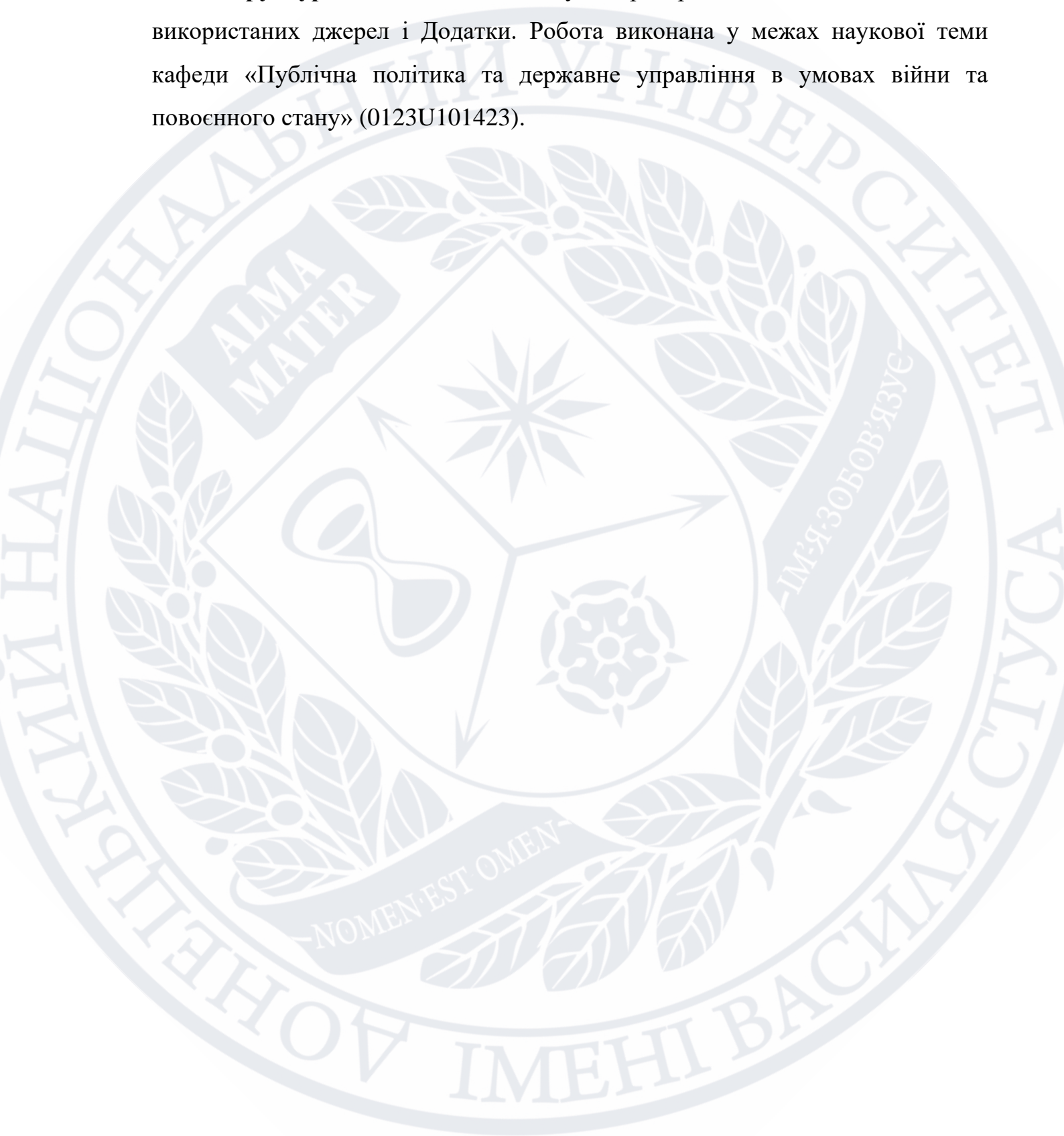
Наукова новизна дослідження полягає в тому, що в ньому вперше подано реформування системи охорони здоров'я в Україні як показник ефективності державного управління.

Апробація результатів магістерської роботи: публікація на тему «Аналіз ефективності реформування системи здоров'я в Україні».

Гіпотеза дослідження: реформування системи охорони здоров'я в

Україні є показником ефективності державного управління.

Структура дослідження: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і Додатки. Робота виконана у межах наукової теми кафедри «Публічна політика та державне управління в умовах війни та повоєнного стану» (0123U101423).



РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Основні підходи та класифікація поняття «система охорони здоров'я»

Зауважимо, що в основу солідарної ідеології покладено принцип забезпечення однакового доступу до мінімального набору найважливіших медичних послуг, особливо в станах, критичних для пацієнта. Водночас витрати на лікування сплачує не пацієнт, а кошти за його лікування надходять через податкову систему і загальний бюджет. Соціально малозабезпечені пацієнти звільнені від оплати за медичну допомогу, але вони мають вільний доступ лише до обґрунтовано необхідної та мінімальної медичної допомоги. Впроваджений принцип суспільної солідарності, за якого багатий платить за бідного, а здоровий – за хворого. У свою чергу, лібертарна ідеологія розглядає медицину в якості будь-якого іншого товару. Людина, що має більше коштів, здатна отримати значно більший перелік медичних послуг та одержати більш якісну медичну допомогу. Вказана ідеологія відповідає умовам добровільного медичного страхування, коли застрахована особа отримує якість і перелік медичних послуг, які обмежені розміром страхового полісу.

Наразі існує чимало класифікацій систем охорони здоров'я, але експерти переважно зводять їх до трьох класичних моделей:

- 1) Бісмарка (німецька);
- 2) Бевериджа (англійська);
- 3) Семашка (колишня радянська) [57].

В наше сьогоднішнє системи охорони здоров'я економічно розвинених країн повністю не вкладаються в жодну із вказаних моделей. Реформи еволюціонують і запозичують одна в одної як ідеї, так і окремі елементи.

Сучасні системи охорони здоров'я фактично стали настільки гібридними, що інколи дуже важко сказати, яку модель взято за основу. І за кордоном, і в Україні велика кількість учених виокремлюють і досліджують систему обов'язкового медичного страхування та діяльність приватних закладів охорони здоров'я. Беручи за основу цей принцип, будуються багато поширених типологій систем охорони здоров'я. Так, зокрема, розглядаються сучасні системи охорони здоров'я, опираючись на категорію країн, які віднесені до різних рівнів соціального розвитку, та виокремлюють:

- 1) універсалістську (модель Бевериджа);
- 2) модель соціального страхування або континентальну модель (модель Бісмарка – Німеччина, Австрія, Франція, Нідерланди, Бельгія, Люксембург);
- 3) «південну модель» (Іспанія, Португалія, Греція та частково Італія);
- 4) інституціональну або соціал-демократичну «скандинавську модель» (Швеція, Фінляндія і Данія);
- 5) ліберальну або модель залишкового соціального забезпечення;
- 6) консервативну корпоративну модель (Японія);
- 7) латиноамериканську модель;
- 8) модель системи охорони здоров'я індустріальних держав Східної Азії;
- 9) модель системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [57].

Німецька модель, що була створена в 1881 році Отто фон Бісмарком, – історично перша державна система охорони здоров'я. Вона опікувалась зміцненням здоров'я простих робітників, яких розглядати в якості потенційних військовослужбовців. Спершу були створені фонди соцстраху, які оплачували витрати на лікування, видавали допомоги з безробіття, пенсії та ін., які поступово виділились у лікарняні каси. Модель соціального страхування фінансується завдяки відрахуванням із заробітної плати та інших державних фондів, що становить приблизно 75% сукупних витрат на охорону здоров'я.

У. Беверидж запропонував трансфертну систему, яка передбачала звичні принципи страхування. Згідно з цією системою державі потрібно поширювати трансфертні виплати лише на людей, що насправді не можуть забезпечити себе вказаним способом (зокрема, на дітей). Відповідно, в «південній моделі» системи охорони здоров'я в значній мірі фінансуються за рахунок внесків, пов'язаних із зайнятістю. В межах соціал-демократичної «скандинавської моделі» фінансування соціального захисту і охорони здоров'я забезпечується переважно за рахунок прибуткового податку, який стягується і на національному, і на місцевому рівнях.

Що стосується моделей систем охорони здоров'я країн з перехідною економікою, то мається на увазі група країн Східної Європи, включаючи окремі країни СНД. Спершу вони спробували здійснити економічну «шокову терапію», зберігши при цьому існуючий рівень обслуговування в системі охорони здоров'я. Водночас у більшості цих країн мала місце спроба реалізувати поєднання соціального страхування з ліберальною моделлю приватизації [52].

В колишньому Радянському Союзі та європейських соціалістичних країнах існувало широке коло гарантій безкоштовного надання населенню медичної допомоги. В деяких постсоціалістичних країнах (Азербайджані, Вірменії, Грузії, Молдавії, Таджикистані) ці гарантії радикально скоротили. Але в переважній більшості країн з перехідною економікою гарантії безкоштовного отримання медичної допомоги або не зазнали змін, або в незначній мірі були модифіковані. В Албанії, Болгарії, Киргизії, Македонії, Словенії, Хорватії, Чехії, Естонії було введено фіксовані співоплати пацієнтів за надані медичні послуги, і їх розміри були незначними в порівнянні з вартістю цих послуг. Як наслідок, характерною специфікою країн з перехідною економікою став значний розрив між гарантованими правами громадян на отримання безкоштовної медичної допомоги і їх реальним фінансуванням.

Також існують інші типології систем охорони здоров'я. Так, зокрема,

науковці пропонують розрізняти такі головні типи систем охорони здоров'я:

- 1) утилітарну;
- б) комунотарну;
- 3) ліберальну [51].

З точки зору соціально-політичної структури суспільства існує п'ять моделей систем охорони здоров'я:

- 1) класична (неупорядкована);
- 2) плюралістична;
- 3) страхова;
- 4) національна;
- 5) соціалістична.

В залежності від джерела фінансування існує чотири основні моделі систем охорони здоров'я:

- 1) модель Беверідж;
- 2) модель Бісмарка;
- 3) модель Національного медичного страхування;
- 4) модель «з власної кишені» [51].

Національна модель медичного страхування є національним медичним страхуванням з одноплатником (Канада, Тайвань, Південна Корея). Вона включає аспекти моделей Бісмарка і Беверідж. Як у моделі Беверідж, уряд виступає єдиним платником медичних процедур, а як у моделі Бісмарка, постачальники послуг є приватними. Універсальне страхування не приносить прибутку та не відмовляє в медичній допомозі у випадку скарг. Останнім часом можна спостерігати наступну тенденцію: в країнах із системами охорони здоров'я типу Беверідж застосовуються характеристики Бісмарка або навпаки, що стає причиною того, що політика охорони здоров'я в ряді країн має тенденцію до змішаної моделі. В окремих країнах, зокрема Канаді, приватні страхові договори дозволені тим, хто надає їм перевагу. Баланс між державним страхуванням і приватною практикою дає змогу лікарням зберігати незалежність і зменшувати внутрішні ускладнення зі страховими

полісами. Фінансові бар'єри для лікування є низькими, і пацієнти можуть обрати своїх медичних працівників. Як і модель Беверідж, вказана система надає населенню більшість медичних процедур незалежно від їхнього рівня доходу. Також ця модель може зменшити витрати, які пов'язані з адміністрацією медичного страхування, тому що уряд обробляє всі претензії і зменшує кількість дублювання послуг. Найбільший недолік цих систем полягає в тому, що для них є характерними довгі черги очікування на лікування. Черга очікування не обмежується плановими хірургічними операціями або невідкладними процедурами, а черги є навіть у нейрохірургії. Старіння населення і надмірне використання медичних ресурсів у невідкладних ситуаціях – це окремі проблеми для довгострокової стабільності цієї моделі [52].

Модель з прямим платежем (вона також має альтернативну назву «з власної кишені») орієнтована на ринок (сільські райони Індії, Китаю, Африки, Південної Америки). В менш розвинених районах з недостатньою кількістю ресурсів для створення масової медичної допомоги пацієнти повинні платити за процедури власними коштами. Без достатньої кількості грошей бідні люди не можуть дозволити собі медичну допомогу. Ця ситуація поширена в більшості країн, адже тільки найбагатші країни мають надійні системи охорони здоров'я. Наразі Україна має багато спільного з цією моделлю.

Варто зазначити, що всі назви моделей є більш теоретичними, тому що насправді кожна країна має систему охорони здоров'я, що є єдиною для більшості громадян та поєднує характеристики різних моделей. Безперечно, в кожній країні виникають проблеми в процесі побудови системи надання медичної допомоги. Ніякі системи охорони здоров'я не є повністю однаковими та безпроблемними. Метод, що є ефективним для однієї країни, не може бути цілком використаний в іншій через різні проблеми громадян зі здоров'ям, різні пріоритети і менталітет. Історична модель Семашка, створена в 1918 році, вже не працює в сучасному світі розвинутих і

дороговартісних медичних технологій, коли першочергово потрібно забезпечити надання якісної медичної допомоги, передбаченої після завершення другого етапу медичної реформи. Для побудови надійної медичної системи потрібна співпраця експертів з різних галузей, медичних працівників, політиків та інших зацікавлених сторін для того, щоб спробувати вирішити багато складних аспектів медичної галузі [52].

Існуючі моделі систем охорони здоров'я враховують переважно не лише еволюційний характер розвитку систем охорони здоров'я, але й принципи їх функціонування. Найбільш раціональним можна вважати підхід Ю. Лісіцина, що запропонував типологію систем та моделей систем охорони здоров'я, яка базується на соціально-економічних засадах, зокрема на джерелах засобів забезпечення системи охорони здоров'я. Кращі зразки організації системи охорони здоров'я, які базуються на принципах «держави добробуту», останнім часом спостерігаються в скандинавських країнах. Переважна більшість дослідників соціальної політики вказують на те, що скандинавська модель відзначається наступними загальними цілями соціальної політики: зміцненням солідарності та збільшення рівності, що досягається шляхом здійснення всеохоплюючої й універсальної політики високої якості. Але навіть у Швеції, країні з розвинутою державною (муніципальною) системою охорони здоров'я, повноцінно функціонує практика співоплат. До них належить оплата пацієнтами відвідувань лікаря, оплата за розміщення в лікарні та вартість медикаментів. Водночас оплата відвідування лікаря варіюється в різних окружних радах, проте максимальна сума встановлюється урядом.

Приватною практикою в більшості країн ЄС вважається надання медичної допомоги поза межами державних програм, що фінансуються з державних джерел (бюджет чи обов'язкове страхування). При цьому майже всі виробники медичних послуг, особливо в первинній ланці медичної допомоги, – це самостійні юридичні особи, що на контрактній основі співпрацюють з фінансуючими державними громадськими та приватними

структурами. Лише дуже невелика частка приватної медичної допомоги фінансується за рахунок приватного медичного страхування або прямої оплати пацієнтами медичних послуг [51].

Виробниками медичних послуг в Нідерландах в основному є приватні організації (90%), і винятком є медичні організації, засновані місцевими органами влади, перед якими стоять відповідні завдання в галузі суспільної охорони здоров'я та базової медичної допомоги. Цікаві зміни в сфері охорони здоров'я відбулись в Іспанії, де проходив процес децентралізації управління і фінансування охорони здоров'я при інтеграції всіх суспільних ресурсів в єдину загальнонаціональну систему охорони здоров'я. Тож здійснюється поступовий перехід від податкової моделі до моделі, яка більш орієнтована на систему соціального страхування здоров'я, на частку якої припадає більше 70% усіх витрат на охорону здоров'я. Наразі до традиційних завдань розподілу пацієнтів, діагностики і лікування додані профілактика, зміцнення здоров'я, реабілітаційна допомога, а також завдання визначення потреб населення та планування всіх видів допомоги в межах району обслуговування.

Відповідно до визначення Всесвітньої організація охорони здоров'я (ВООЗ), системою охорони здоров'я є сукупність усіх організацій, людей і дій, провідним завданням яких є сприяння, відновлення або підтримка здоров'я. Сюди входять зусилля, які впливають на детермінанти здоров'я і оздоровчу діяльність. Отже, система охорони здоров'я є більш, ніж пірамідою закладів громадської власності. Вона також включає всі міжгалузеві дії медичного персоналу задля покращення здоров'я населення. Україна наразі перебуває на шляху трансформації медичної системи, де функцію державного страховика покладено на Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Медичні заклади після заключення договору з НСЗУ отримують кошти за новою моделлю фінансування. Україна повинна пройти цей процес, що передбачає значні зміни «гібридної» системи, яку ми маємо. Варто розуміти, що страховою моделлю медицини передбачається додаткове

навантаження на медичну галузь і медичні заклади. Врахування специфіки різних моделей має важливе значення для впровадження системи охорони здоров'я в Україні, що буде справедливою і доступною для всіх громадян і враховуватиме потреби й умови праці медичних працівників на різних ланках організації медичної системи. У свою чергу, система охорони здоров'я є структурним елементом національної безпеки України. Чинники забезпечення вітальної безпеки:

- 1) надання медичної допомоги та якісного медичного обслуговування;
- 2) ефективна санітарно-профілактична діяльність;
- 3) державна підтримка фармацевтичного сектору охорони здоров'я та підтримка науково-інноваційної діяльності у цій сфері;
- 4) контроль над імпортом лікарських засобів та виробів медичного призначення;
- 5) екологічний контроль, пов'язаний зі створенням єдиного контролюючого органу;
- 6) створення певних господарсько-правових режимів щодо запровадження господарсько-правових стимулів і обмежень [51].

Водночас із проблемою забезпечення вітальної безпеки пов'язані наступні аспекти: забезпечення медичної, соціальної й економічної ефективності діяльності установ охорони здоров'я; ефективної санітарно-профілактичної діяльності; фармацевтичної безпеки і безпеки лікарських засобів; епідеміологічний та екологічний контроль. Якість забезпечення вказаних заходів відображається в таких показниках, як:

- 1) соціальна ефективність: ступінь відповідності лікувально-профілактичних заходів потребам суспільства в збільшенні тривалості життя; поліпшення стану здоров'я населення країни; зменшення рівня захворюваності за класами хвороб; зменшення рівня передчасної смертності та ін.;
- 2) медична ефективність: забезпеченість населення амбулаторно-поліклінічною допомогою; укомплектованість закладу охорони здоров'я

медичним персоналом; результативність медичної допомоги і медичної послуги; ефективність використання ресурсів у процесі здійснення медичної допомоги і надання медичної послуги та ін.;

3) економічна ефективність: рівень економічних збитків у випадку тимчасової втрати працездатності, спричиненої захворюваністю або травматизмом; сукупні витрати на попередження соціальних втрат суспільства, які пов'язані із захворюваністю, інвалідністю та передчасною смертністю; результати фармакоекономічного аналізу; результати фінансово-господарської діяльності установ охорони здоров'я та ін. [51].

Аналіз структури основних показників, які відображають ефективність забезпечення вітальної безпеки держави, підтверджують провідне твердження стосовно того, що здоров'я людини як економічна категорія – це основний чинник розвитку людського капіталу держави. Втрата здоров'я стає причиною економічних збитків людини, сім'ї, суспільства і держави загалом, які зумовлені:

- 1) збільшенням рівня смертності;
- 2) скороченням тривалості активного трудового життя;
- 3) зниженням продуктивності праці та, як результат, зниженням обсягу виробленої продукції, зокрема національного доходу загалом;
- 4) зміною кон'юнктури на ринку праці;
- 5) витратами на лікування, профілактику і утримання хворих та інвалідів;
- 6) скороченням інвестицій на освіту і професійне вдосконалення;
- 7) відмовою від ведення науково-дослідної, інноваційної і підприємницької діяльності [52].

Тож інвестиції у сферу охорони здоров'я є так само необхідними, як і інвестиції в матеріальне виробництво, адже система охорони здоров'я забезпечує збереження, зміцнення та відновлення фізичного і духовного стану здоров'я населення, формує виробничий потенціал країни, а також бере активну участь у формуванні національного доходу (за рахунок заощадження

і збільшення індивідуальних та громадських коштів).

1.2. Методологія дослідження ефективності державного управління системи охорони здоров'я

Методом дослідження є вивчення та аналіз реформування системи охорони здоров'я в Україні з визначенням призначення, наскільки ця реформа стала показником ефективності державного управління. Дослідження головним чином спрямоване на оцінку впливу реформ на доступність, якість та фінансову стійкість системи охорони здоров'я в Україні. Мета дослідження полягає в проведенні тестового і глибокого процесу реформування системи охорони здоров'я в Україні задля визначення його сутності та впливу на різні аспекти суспільного життя. Крім того, дослідження спрямоване на об'єктивну оцінку того, наскільки ця реформа фактично стала показником ефективності державного управління, а саме – як вона відобразилася на доступності медичних послуг для громадян, покращенні якості надання медичної допомоги та забезпеченні фінансової стійкості системи охорони здоров'я в Україні. Наша ціль у реформі системи охорони здоров'я в Україні виступає як індикатор успішного державного управління в контексті охорони здоров'я, адже вона впливає на життя громадян України загалом. Результати дослідження будуть створені поза межами з'ясування ефективності проведених реформ і вироблення пропозицій щодо вдосконалення реформи у системі охорони здоров'я в Україні.

Гіпотеза дослідження реформи у системі охорони здоров'я в Україні полягає в тому, що це реформування має позитивний вплив на показники доступності медичних послуг, підвищуючи якість надання медичної допомоги та фінансову стійкість системи охорони здоров'я. Гіпотеза дослідження передбачає те, що реформування системи охорони здоров'я в Україні є кращою ключовою роллю в покращенні не лише функціонування системи охорони здоров'я, але й загального ефективного державного

управління. Відповідно до цієї гіпотези реформи у системі охорони здоров'я в Україні сприяють позитивним трансформаціям у сфері охорони здоров'я і ведуть до:

1) підвищення доступності медичних послуг: реформи у системі охорони здоров'я сприяють розширенню мережі лікарень і поліклінік, завдяки чому робить медичну допомогу більш доступною для всіх верств населення, що має позитивний вплив на загальний стан здоров'я нації;

2) покращення рівня якості надання медичної допомоги: реформи у системі охорони здоров'я спрямовані на підвищення професійної компетентності медичних працівників, впровадження сучасних методів діагностики та лікування, а також забезпечення стандартів безпеки та якості в медичних закладах;

3) забезпечення фінансової стійкості системи охорони здоров'я: реформи у системі охорони здоров'я мають на меті раціоналізацію фінансових процесів у сфері охорони здоров'я, зменшення корупційних ризиків та оптимізацію витрат, що робить систему стійкішою до економічних труднощів.

Відповідно до вказаної гіпотези, реформування охорони здоров'я українського суспільства є необхідним та досягнутим кроком у вдосконаленні державного управління і покращенні життя громадян. Дослідження було спрямоване на перевірку вказаної гіпотези та встановлення фактичних результатів реформ у сфері охорони здоров'я.

З метою оцінки впливу реформ на доступність медичних послуг нами було використано найсвіжіші статистичні дані, зібрані за період з 2016 по 2023 рр. Вони включають дані про кількість лікарів, лікарів і обсяг наданих послуг. Також був проведений аналіз чинного законодавства, яке регулює роботу системи охорони здоров'я, а також враховано зміни в нормативно-правовому середовищі, що стосуються фінансування та організації медичних послуг.

Окремо нами було з'ясовано, що за останні 7 років (2016–2023 рр.)

кількість лікарень в Україні зросла на 10%, а кількість лікарів – на 15%. Ця статистика вказує на позитивну динаміку у забезпеченні доступності медичних послуг для населення. У свою чергу, обсяг наданих медичних послуг зріс на 20%, включаючи надання екстреної допомоги і спеціалізовану медичну допомогу, що свідчить про підвищення доступності та розширення переваги послуг, доступних для громадян. Нами було проведено соціологічне опитування серед пацієнтів і медичних працівників для зібрання думок і вражень щодо якості, доступності та фінансової стійкості системи охорони здоров'я. Опитування є методом збору інформації про об'єкт у ході безпосереднього (інтерв'ю) або опосередкованого (анкетування) соціально-психологічного спілкування соціолога (інтерв'юера) і того, кого опитують (респондента) за допомогою реєстрації відповідей респондента на сформульовані запитання, які впливають з цілей та завдань дослідження. З його допомогою можливо одержати інформацію, яка не завжди відображена в документальних джерелах або доступна прямому спостереженню. Основною перевагою методу опитування є його універсальність, яка полягає в тому, що при опитуванні реєструються як мотиви діяльності індивідів, так і результати їх діяльності. Все це забезпечує опитуванню переваги, не характерні ні для методу спостереження, ні методу аналізу документів.

Ми використали анкетне опитування, особливістю якого є використання анкети, яка заповнюється респондентом (сам читає анкету та фіксує відповіді). Отримані нами результати надають об'єктивні свідчення стосовно того, що реформи в системі охорони здоров'я впливають на позитивні порушення в забезпеченні доступності медичних послуг і підтверджують гіпотезу, що реформи сприяють покращенню доступу населення до якісної медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Ретроспективний аналіз державних реформ у системі охорони здоров'я в Україні

Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття нею незалежності можна умовно розділити на чотири етапи:

- 1) 1991–2000 рр., 2000–2010 рр.;
- 3) 2010–2013 рр.
- 4) з 2014 р. і дотепер [47].

Упродовж першого десятиріччя після проголошення незалежності реформи в системі охорони майже не проводились. Основні зусилля уряду України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) в якості центрального виконавчого органу влади у сфері охорони здоров'я спрямовувались на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я та збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою. Другий період включав визначення основних напрямків і механізмів реформування системи охорони здоров'я. На рубежі століть вітчизняними і міжнародними експертами за підтримки міжнародних організацій була проведена робота з визначення провідних напрямків і апробації ключових механізмів реформування системи охорони здоров'я. У 2001 році за підтримки фонду «Відродження» були обґрунтовані головні напрямки розвитку української охорони здоров'я з їх подальшим відпрацюванням і розробкою рекомендацій Уряду під егідою Світового банку та Європейської комісії в 2004–2005 рр. Саме в цей період були прийняті нормативні акти, спрямовані на реформування системи охорони здоров'я в Україні. Перший із таких документів – Концепція розвитку охорони здоров'я населення України, затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. №1313/2000. Ідеї щодо подальшого розвитку

перетворень системи охорони здоров'я отримали в цілій низці постанов уряду, проте широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні до 2010 року, на відміну від більшості інших постсоціалістичних країн, не проводилось. Водночас часткові реформи в окремих секторах охорони здоров'я зазнавали змін, вони переважно були локальними і носили фрагментарний характер. Найвагомішими серед них були: пошук додаткових джерел фінансування охорони здоров'я (запровадження добровільного медичного страхування, створення лікарняних кас – громадських неурядових об'єднань громадян задля добровільної солідарної участі населення в додатковому фінансуванні охорони здоров'я), запровадження нових методів фінансування на рівні первинної ланки, автономізація постачальників медичних послуг, структурно функціональні перетворення в системі медичної допомоги, в тому числі реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, розвиток стаціонарозамінюючих форм надання медичної допомоги, регіоналізація родопомічної допомоги, а також підходи, спрямовані на підвищення якості медичного обслуговування (стандартизація медичної допомоги, ліцензування та акредитація закладів охорони здоров'я та ін.) [47].

Третій етап охоплював проведення масштабної реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах. У 2010 році в рамках президентської Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентно спроможна економіка, ефективна держава» було розпочато масштабні перетворення в системі охорони здоров'я України. Змістовне наповнення реформ брало за основу ретельно проаналізовані та узагальнені вітчизняними і закордонними експертами з одночасним урахуванням національної специфіки даних доказового менеджменту, передового досвіду країн з найуспішнішими системами охорони здоров'я і матеріалах проєктів ЄС та Єврокомісії в сфері охорони здоров'я, що реалізовувались в Україні протягом 2003–2009 рр. Тож в Україні в якості пілотів було обрано 4 регіони: аграрний (Вінницька область), два індустріальних (Дніпропетровська,

Донецька області) і столичний (м. Київ). Чисельність осіб, які мешкали на території пілотних регіонів, дозволила забезпечити репрезентативність отриманих результатів. Уряд та МОЗ у 2011–2012 рр. розробили нормативно-правову базу щодо проведення перетворень. Вона коригувалась на основі даних моніторингу з урахуванням думки органів місцевої влади, медичної спільноти і населення. В процесі реалізації пілотних проектів довели доцільність і ефективність:

- 1) розмежування первинної і вторинної медичної допомоги, пріоритетного розвитку ПМД на засадах загальної практики – сімейної медицини, створення центрів ПМСД з розвиненою мережею амбулаторій в містах та сільській місцевості;
- 2) об'єднання (пулінгу) фінансових ресурсів задля надання на регіональному рівні вторинної і екстреної допомоги;
- 3) запровадження системи маршрутизації пацієнтів до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що відповідають важкості та складності захворювання, а також створення лікарень інтенсивного лікування в якості провідних закладів госпітальних округів;
- 4) за умов методичного удосконалення впровадження оплати праці за обсяги і якість роботи;
- 5) запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою з використанням порівняльних (референтних) цін та реімбурсації [50].

Водночас широке запровадження інших елементів реформи вимагало їх попереднього і ретельного відпрацювання в пілотному режимі, навчання фахівців і підтримки з боку влади всіх рівнів.

Четвертий (сучасний) період – це комплексне реформування системи охорони здоров'я. Він розпочався після певної паузи, зумовленої необхідністю вироблення новим урядом підходів до реформування галузі. Навіть перші кроки спрямовувались на зменшення впливу адміністративних методів і збільшення гнучкості управління. Зокрема, вперше в історії України

у 2015 році було запроваджене цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, дозволене урядом фінансування ЗОЗ одночасно з державного і місцевого бюджетів та/або одночасно з різних бюджетів. МОЗ України скасувало наказ, відповідно до якого штати ЗОЗ повинні формуватись у залежності від ресурсного забезпечення (розміру ліжкового фонду та ін.).

У 2016 році урядом було ухвалено Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я, згідно з якою трансформація системи охорони здоров'я передбачала кардинальні якісні зміни управління медичною системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування і надання медичних послуг. Для цього було визначено провідні завдання медичної реформи: впровадження державного гарантованого пакету медичної допомоги, що включає досить широкий спектр амбулаторної і стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів, вартість яких повністю або частково покривається через систему державного солідарного медичного страхування; інтеграція функції закупівель медичних послуг, які входять до структури державного гарантованого пакета медичної допомоги, через єдиного національного замовника медичних послуг – центрального органу виконавчої влади, який діє в інтересах пацієнтів і закуповує медичні послуги в межах державного гарантованого пакета медичної допомоги за рахунок акумульованих в єдиному національному пулі (Державному бюджеті України) коштів на основі єдиних базових тарифів і вимог до якості, що дозволив би дотримуватись технічних критеріїв розподілу акумульованих в державному бюджеті коштів, призначених для фінансування охорони здоров'я, не залежачи від поточної політики центральних і місцевих органів влади, а також органів місцевого самоврядування; створення нових можливостей з метою здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я, згідно з чим органи місцевого самоврядування отримують змогу спрямовувати кошти місцевого бюджету (у випадку рішення громад) на управління і розвиток комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема на

придбання медичного обладнання та інші капітальні видатки; автономізація постачальників медичної допомоги і надання їм достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, яка необхідна для отримання права укладати контракти та гнучко і незалежно від інших суб'єктів медичної системи організувати власну діяльність з досягнення встановлених контрактами результатів; запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», який передбачав перехід від фінансування постатейних кошторисів державних і комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ до оплати результатів діяльності цих закладів як автономних суб'єктів господарської діяльності, тобто до оплати фактично наданої ними пацієнтам медичної допомоги. Аналогічний принцип передбачався і щодо регулювання відносин з аптеками, які виступали як постачальники прописаних лікарями лікарських засобів, що входили до державного гарантованого пакета медичної допомоги; розбудова сучасної системи управління медичною інформацією шляхом формування бази даних про медичні та економічні параметри надання послуг на рівні закладу, а також про медичну історію окремих пацієнтів, які необхідні єдиному національному замовнику медичних послуг з метою фінансового планування, укладення контрактів та їх моніторингу, а також Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики та Міністерства фінансів для контролю якості, аналізу та оновлення деталізованого змісту державного гарантованого пакета медичної допомоги і його вартості. Передбачалось, що реалізація Концепції сприятиме: посиленню спроможності держави у забезпеченні фінансового захисту для громадян у разі хвороби; більш ефективному і справедливому розподілу публічних ресурсів у системі охорони здоров'я; скороченню прямих платежів громадян на оплату медичних послуг і лікарських засобів, а також зменшенню рівня неформальних платежів; появі на ринку медичних послуг конкуренції постачальників усіх форм власності; виникненню ринку праці медичних працівників і підвищенню рівня оплати їхньої праці; приведенню мережі

закладів охорони здоров'я у відповідність до реальних потреб населення в медичних послугах; підвищенню рівня якості надання медичних послуг, їхньої фізичної і фінансової доступності; реалізації принципу вільного вибору для всіх учасників системи охорони здоров'я; створенню умов для інтеграції приватного сектору до системи охорони здоров'я; підвищенню рівня прозорості й підзвітності використання бюджетних коштів [47].

Бачення реформи, розрахованої на 2016–2020 рр., було сформоване та схвалене урядом у формі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, яка по суті продовжила з істотними корективами курс реформ попереднього періоду з зосередженням на фінансово економічній компоненті. Ключова ідея реформи лежить в остаточному переході від Семашківської моделі фінансування інфраструктури до фінансування за результатами діяльності. До числа головних змін, які передбачені реформою, входять: упровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; пулінг бюджетних коштів з метою фінансування державних гарантій на національному рівні з одночасним створенням Національної служби здоров'я України (НСЗУ), центрального органу виконавчої влади, в якості єдиного закупівельника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі на договірних засадах медичних послуг; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям переважною більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств і запровадження електронної системи охорони здоров'я. Окремо було вдосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби і розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми і цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації, тобто повного або часткового відшкодування вартості ліків. У 2017 році був прийнятий пакет законодавчих і нормативних актів, покликаних забезпечити реалізацію реформи, було внесено необхідні зміни до Бюджетного кодексу, ухвалено створення Національної служби здоров'я України НСЗУ, окреслені вимоги до надавачів

медичних послуг і порядок укладення договорів про медичне обслуговування, а також затверджено методику розрахунку вартості медичних послуг. Зважаючи на існування ряду проблем з доступністю медичної допомоги сільському населенню, був прийнятий спеціальний закон, що передбачає разом із розвитком у сільській місцевості мережі ЗОЗ і транспортної інфраструктури широке запровадження телекомунікаційної інфраструктури. Крім того, планувалось продовження реформування стаціонарного сектору без кардинальних ідеологічних змін попереднього періоду, проте з певними поправками, для чого уряд затвердив оновлений порядок формування госпітальних округів, перелік і склад госпітальних округів в кожному регіоні України, МОЗ прийняло положення про госпітальний округ, а також були розроблені рамкові вимоги до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування, в яких оговорено вимоги до людських ресурсів, інфраструктури та обладнання, транспорту і комунікацій, вимоги до навантаження та ін. Старт реформи був призначений на 1 січня 2018 року і охоплював 3-річний період (2018–2020 рр.). Аналіз змісту і процесів реалізації запланованих масштабних перетворень системи охорони здоров'я України дає змогу оцінити їх як курс на формування нової сучасної та ефективної моделі охорони здоров'я. Але слід окремо відзначити цілу низку недоліків, наявність яких здатна спотворити очікувані результати. Так, до прикладу, досягнення ефективного балансу між державними гарантіями щодо безоплатності медичної допомоги та спроможністю держави покриття витрат на їх надання – це наріжний камінь реформи в будь-якій країні і насамперед в Україні [47].

Починаючи 1 квітня 2020 року був розпочатий другий етап реформи, який передбачав укладання договорів комунальних медичних закладів (районні, міські, обласні лікарні) з НСЗУ згідно Програми медичних гарантій. Прогнозувалось, що процес реформування створить передумовами функціонування медичної системи на ринкових засадах і дасть змогу отримати вигоди для учасників медичної системи, тому що: відбувалась

диверсифікація форм власності в системі охорони здоров'я в Україні – розвиток приватного підприємництва і зміцнення в процесі децентралізації комунальної власності; створення необмеженої кількості учасників конкуренції на ринку медичних послуг; можливість однакового доступу приватних, комунальних і державних медичних установ до наявних ресурсів (медичного обладнання, лікарських препаратів, залучення робочої сили); наявність чітко окреслених інституційних рамок його функціонування; наявність у кожного учасника медичної системи (державні органи центральної і місцевої влади, пацієнтів, медичних закладів) ринкової інформації (про попит, ціни та пропозицію медичних послуг).

Станом на кінець 2020 року 93% закладів, які надавали вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) й екстрену медичну допомогу, набули статусу комунальних некомерційних підприємств. Повністю були автономізовані заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану, третинну і екстрену допомогу у Вінницькій, Волинській, Полтавській і Черкаській областях. На завершальному етапі перебували Житомирська обл. – 99,0%; Кіровоградська обл. – 99,02%; Харківська обл. – 98,87%, а високі темпи автономізації були в Миколаївській, Херсонській, Одеській, Дніпропетровській і Луганській областях. Але, незважаючи на активну зміну організаційно-правової форми медичних закладів, є очевидною недостатня готовність багатьох закладів до роботи в новому статусі, адже функціонування повноцінного суб'єкта господарювання передбачає самофінансування та вимагає створення відповідної інфраструктури: бухгалтерії, господарських служб, плановофінансових підрозділів та ін. Водночас медичні заклади, які отримали статус суб'єктів господарювання, фактично не здатні функціонувати за відсутності закупівлі послуг. Хоча вони утримуватимуться за рахунок місцевих бюджетів, за умов обмеження ресурсів на місцях можуть виникнути проблеми з покриттям усіх видів витрат, зокрема, оплати за комунальні послуги і оплати праці. При цьому значною мірою зростають ризики для лікарів, зокрема щодо неможливості

отримання належної оплати праці, тому що, отримавши статус комунальних, держава не спроможна встановлювати рівень заробітної плати лікарів (заклад сам визначає, за якою саме схемою нараховуватиме зарплати працівникам), а вимоги до колективних договорів щодо нарахування заробітної плати з мінімальними гарантіями для лікарів не встановлені. Окремий напрямок інституційних змін – створення в 2018 році єдиного національного замовника медичних послуг – Національної служби здоров'я (НСЗ), що повинен був бути незалежним від Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) і міг відкрито розпоряджатися бюджетними коштами. Але є певні суперечності щодо функціонування НСЗУ, оскільки після ухвалення Закону № 2002-VIII 2017 року щодо автономізації закладів охорони здоров'я, медичні установи стали повністю незалежними від відомства. Водночас незалежність від МОЗ не може забезпечити повної чесності і прозорості під час розподілу бюджетних коштів, особливо в умовах поширення корупційних проявів. Рада пацієнтського контролю, що здійснювала б контроль за діяльністю НСЗУ, не функціонує досі. Важливими залишаються проблеми фінансового забезпечення медичної системи [47].

Згідно з пріоритетними пакетами послуг заклади охорони здоров'я надали допомогу майже 29 тис. дітей за пакетом «неонатологія», 58 тис. пацієнтів отримали допомогу у випадку інсульту, 16 тис. пацієнтів у випадку інфаркту міокарда, 230 тис. пацієнтів отримали допомогу на амбулаторному етапі задля ранньої діагностики онкологічних захворювань, у межах пакету «пологи» надали медичні послуги 187 тис. жінок. За ці пріоритетні послуги у 2020 році НСЗУ було сплачено 4,3 млрд. грн. У зв'язку з реалізацією другого етапу медичної реформи, згідно із Законом України «Про державні гарантії медичного обслуговування населення» зі змінами і Бюджетного кодексу України з 1 квітня 2020 року, надання медичної субвенції місцевим бюджетам не передбачалось. Законом України «Про державний бюджет України на 2020 рік» було затверджено бюджетну програму «Реалізація програми гарантій медичного обслуговування населення» в обсязі 72,0 млрд.

грн., фактично було виділено коштів 89,5 млрд. грн. Протягом 2020 року, з урахуванням змін до Державного бюджету, обсяг бюджетної програми зріс на 20,2 млрд. грн. та склав 92,2 млрд. грн. Зменшення видатків за напрямками використання бюджетних коштів «Оплата медичних послуг первинної медичної допомоги» і «Відшкодування вартості лікарських засобів» відбулось для збільшення обсягу субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки ряду закладів і заходів у системі охорони здоров'я. Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення в 2020 році зумовила потребу в коштах з метою забезпечення оплати послуг, які пов'язані з наданням медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2.

Державний бюджет України у 2020 році виконувався у доволі складних макроекономічних умовах, але завдяки виваженій і послідовній бюджетній політиці уряду вдалось акумулювати обсяги доходів бюджету, потрібні для фінансування медичної галузі, в тому числі видатків, спрямованих на підтримку населення і на подолання наслідків пандемії, а також цілої низки інших видатків, що сприяють розвитку економіки й добробуту громадян. У 2020 році касові видатки Державного бюджету на охорону здоров'я склали сумарно 124,9 млрд. грн., що становить 9,7% загальної суми видатків державного бюджету та на 86,4 млрд. грн. (або 223%) більше, ніж у попередньому році. Найбільшу частку у структурі видатків на охорону здоров'я становили видатки на іншу діяльність (90%), лікарні та санаторно-курортні заклади (6%).

За плановими показниками державного бюджету на 2020 рік, загальний обсяг видатків становив 115 889,9 млн. грн. Основними напрямками видатків державного бюджету було фінансування: апарату Міністерства охорони здоров'я України, Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національної служби здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки і кредитування). На підготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері

охорони здоров'я, підготовку наукових і науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти було виділено 6088,4 млн. грн. державних коштів, при цьому у відсотковому вираженні масова частка становить 23,61%. Частка виділених державних коштів на громадське здоров'я і заходи боротьби з епідеміями становила 14,43%, або 3721,4 млн. грн. На діагностику та лікування захворювань із впровадженням експериментальних і нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України було виділено понад 1712,2 млн. грн. або 6,64% масової частки в загальній структурі видатків. На спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу, яка надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я, було відведено з державного бюджету понад 1093,8 млн. грн. або 4,24% частки питомої ваги всіх видатків. На лікування громадян України за кордоном з державного бюджету було виділено близько 1089,9 млн. грн., а на модернізацію й оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування було виділено понад 1000,0 млн. грн., що становить 3,88% питомої ваги видатків. Понад 500,00 млн. грн. з державного бюджету коштів було виділено на санаторне лікування хворих на туберкульоз і дітей та підлітків з соматичними захворюваннями, а також на реалізацію державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувальнодіагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». На підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових і науково-педагогічних кадрів закладами післядипломної освіти та на загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти було призначено понад 429,00 млн. грн. і 364,50 млн. грн. відповідно. На реалізацію пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів з державного бюджету було вилучено понад 112,00 млн. грн. або 0,43% видатків у загальній структурі. На наукову та науково-

технічну діяльність у сфері охорони здоров'я і на спеціалізовану консультативну амбулаторно-поліклінічну та стоматологічну допомогу, яка надається закладами вищої освіти, науково-дослідними установами і загальнодержавними закладами охорони здоров'я з державного бюджету було виділено близько 161,7 млн. грн. (0,63% питомої ваги) і 177,20 млн. грн. (0,69% питомої ваги) відповідно. На поліпшення охорони здоров'я на службі у людей, керівництво і управління у сфері охорони здоров'я було виділено понад 92,9 млн. грн. і 93,4 млн. грн., що у відсотковому вираженні становить 0,36% питомої ваги. Найменшу частку з-поміж державних видатків займали видатки на функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження й популяризація історії медицини, оскільки урядом було виділено лише 45,5 млн. грн., що в загальній структурі видатків складало 0,18% питомої ваги серед інших статей видатків. Обсяг видатків на функціонування Національної служби здоров'я України становило понад 72289,3 млн. грн. Зокрема, на керівництво й управління в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення було виділено лише 288,80 млн. грн. або 0,40% питомої ваги у загальній структурі видатків. Практично вся частка державних видатків була виділена на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, тому що урядом було передбачено понад 72000,5 млн. грн., що становить 99,60% питомої ваги всіх виділених державних коштів. Тож загальнодержавні видатки і кредитування Міністерства охорони здоров'я становили понад 17706,6 млн. грн. Варто відзначити, що найбільшу суму видатків було виділено на медичну субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам, що становить понад 14582,8 млн. грн. і складає 82,36% питомої ваги всіх видатків. Що стосується субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів і заходів у системі охорони здоров'я, то на цю статтю видатків було приділено суму в розмірі 1450,6 млн. грн., що складає 8,19% питомої ваги всіх державних видатків. На розвиток системи екстреної допомоги урядом було передбачено медичні

субвенції в розмірі 922,6 млн. грн., а на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» розмір субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам складало 659,1 млн. грн. [47].

Хоча в 2020 році Національною службою здоров'я України було укладено договори з 1654 спеціалізованим медичним закладом і 1696 закладами первинної ланки надання медичної допомоги, а станом на кінець IV кварталу 2020 року на НЗСУ здійснила виплати 2,183 млрд. грн. на послуги екстреної допомоги, 4,831 млрд. грн. – первинної допомоги і 18,826 млрд. грн. – спеціалізованої допомоги, все-таки виникають суперечності через те, що НЗСУ оплачує тільки гарантований пакет медичних послуг, тарифи на які не завжди справедливі і достатні, а фінансова відповідальність за оснащення лікарні, її утримання, технічну підтримку та ін. децентралізується і перекладається на власників комунальних закладів охорони здоров'я і місцеві бюджети. Не було жодних гарантій, що для органів місцевої влади стане пріоритетним фінансування розвитку медицини на місцевості, а не утримання власного апарату. Цей стан речей породив цілу низку інших проблем, першочергово стосовно зниження конкурентоспроможності лікарняних закладів щодо надання якісних медичних послуг, що зумовило скорочення кількості пацієнтів, які звертаються за допомогою, а також знизило рівень «коштів, що ходять за пацієнтом». У такому випадку заклад повинен був або реорганізуватись, або припинити свою діяльність, що ставило під загрозу працевлаштування і соціальні гарантії для медичних працівників. Окремо варто зазначити, що обмежені можливості негативно позначались на рівні інноваційно-технологічної модернізації закладів охорони здоров'я, комерціалізації «ноу-хау» і підвищенні професійної кваліфікації лікарів. Пори це державних гарантій і мінімальних зобов'язання місцевих громад щодо підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, що перейшли в їхню власність не

було, або альтернативних механізмів (державних фондів, гранди міжнародних організацій, страхування, державно-приватне партнерство та ін.) фінансової підтримки не встановлено на офіційному рівні. Впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги і принципу «гроші ходять за пацієнтом» також мають ряд неузгодженостей. Зокрема, запровадження оплати медичних послуг, коли держава визначає, які саме витрати покриватимуться за державний кошт, а за яких умов і які послуги оплачуватимуться за рахунок коштів інших програм з Державного бюджету України, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних та фізичних осіб і з інших джерел, не заборонених законодавством. Залишається невизначеним питання стосовно того, що в разі захворювання, яке не входить до Програми медичних гарантій, тому що не прописані механізми, які гарантували б розрахунок за медичні послуги, коли в місцевому бюджеті не передбачені кошти на лікування, а пацієнт не має достатньої кількості заощаджень. Тож виникає потреба в формуванні чіткого переліку послуг, які увійдуть до Програми державних гарантій, а також перегляду методологічних підходів до структури платних послуг, запровадження індивідуальних цільових медичних субсидій у доволі складних клінічних випадках чи низького соціального забезпечення пацієнта. В ході реформи також залишається багато відкритих питань щодо надання на первинному рівні таких послуг, як діагностика, денний стаціонар, невідкладна допомога, догляд за паліативними і тяжкими хворими. Досі незрозуміло, як саме організувати роботу за цими напрямками і чи можна прив'язати вказані види обслуговування до капітаційних нормативів. Зокрема, є неврегульованим питання фінансування діагностичних послуг (коли і як повинні відшкодовуватися витрати, чи входять вони до Пакету гарантованих послуг), оскільки певні види діагностики (загальні аналізи, ЕКГ, рентген) здійснюються на первинному рівні, в закладах вторинного рівня діагностику проходять двічі – перед госпіталізацією і в процесі лікування, а у разі тяжкого захворювання, коли пацієнта направляють до лікарні третинного

рівня, знову проводиться діагностичне обстеження. Передбачається створення госпітальних округів – комплексів, які охоплюють територію проживання в середньому до 200 тис. осіб, де можна локалізувати всю медичну допомогу (окрім лікування найскладніших захворювань, що потребують унікального втручання провідних медичних фахівців), до складу яких входять лікарні інтенсивного обслуговування, в яких проводиться і екстрене, і планове хірургічне втручання, а також інтенсивне лікування. Як передбачено, в окрузі повинні бути присутніми в чітко розрахованій пропорції лікарні планового лікування, пологові будинки, вузькопрофільні диспансери, заклади реабілітаційного профілю і хоспіс. Формування госпітальних округів надасть можливість забезпечити концентрацію фахівців, постійні тренінги для них, впровадження нових методик, європейських протоколів та ін., обмеживши функціонування районних та міських лікарень до утворення 1–2 лікарень за кожним профілем допомоги в межах території округів. Водночас таке положення має декілька необґрунтованих моментів. Насамперед, створення додаткових проблем для пацієнтів і самих лікарів. Для перших проблемною може стати потреба діставатися чималу відстань для закладів стаціонарного лікування у випадку планових операцій, пологів та ін. в умовах незадовільного інфраструктурного забезпечення. Для лікарів зміна профілю та спеціалізації медичних установ може означати переміщення в новий район, що вимагає зміни їхнього місця проживання з усіма супутніми проблемами. Тому на місцевому рівні потрібно розв'язати значний комплекс адміністративних, інфраструктурних, соціально-економічних та інших проблем [47].

Починаючи з 1 квітня 2021 року стартувала програма медичних гарантій 2021, до якої було включено пакет вакцинації від COVID-19, через що бюджет Програми медичних гарантій у 2021 році порівняно із 2020 був збільшений на 34,6 млрд. грн. і становив 123,5 млрд. грн. Кошти програми були розподілені так: екстрена медична допомога – 14,0 млрд. грн., первинна медична допомога – 20,7 млрд. грн., медична допомога пацієнтам з COVID-

19–10,0 млрд. грн., лікування онкологічних захворювань – 4,7 млрд. грн., медична допомога вагітним, роділлям, породіллям і новонародженим – 6,0 млрд. грн., лікування пріоритетних серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркти та інсульти – 3,7 млрд. грн., лікування пацієнтів з нирковою недостатністю в амбулаторних умовах – 3 млрд. грн. На централізовану закупівлю ліків НСЗУ у 2021 році було передбачено 10,3 млрд. грн., що на 27,6% більше, ніж у попередньому році. Зросли видатки на підготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я і розвиток екстреної медичної допомоги. Державним бюджетом на 2021 рік було виділено 2,6 млрд. грн. на проведення вакцинації населення проти COVID-19, замість 15,1 млрд. грн., ініційовані Міністерством охорони здоров'я України. Аналогічну суму було виділено на «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями».

Належне фінансування системи охорони здоров'я в Україні з метою забезпечення надання якісних медичних послуг для всіх громадян, підвищення оплати праці медичним працівникам – це один із головних пріоритетів Державного бюджету на 2022 рік. На розвиток галузі у бюджеті було передбачено 192,5 млрд. грн., в тому числі на реалізацію Програми медичних гарантій – 157,5 млрд. грн. Також бюджетом було передбачено цілу низку видатків на охорон здоров'я, зокрема на забезпечення і розвиток трансплантації в Україні органів та інших анатомічних матеріалів і лікування громадян України за кордоном (1,5 млрд. грн.), на придбання дороговартісного медичного обладнання задля створення спроможної мережі закладів охорони здоров'я (2,7 млрд. грн.). Під час формування обсягу видатків бюджету на охорони здоров'я була врахована ринкова заробітна плата медичних працівників. У 2022 році був запланований такий базовий рівень заробітної плати: у лікарів на рівні 20 тис. грн., у середніх медичних працівників – 13,5 тис. грн. Серед нововведень були передбачені виплати працівникам закладів охорони здоров'я у зв'язку з їх переїздом на нове місце роботи чи перекваліфікацію в процесі формування спроможної мережі

лікарень у госпітальних округах.

Реформа медичної галузі в Україні враховує необхідність широкого використання інформаційних технологій. Її вагомим інструментом є розбудова сучасної електронної системи охорони здоров'я, яка надає можливість поступово підвищувати ефективність і прозорість сфери. Саме тому розпорядженням Кабінету Міністрів України було схвалено Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, ціль метою якої – формування засад розвитку е-здоров'я в Україні, що сприятиме підвищенню якості і доступності медичних послуг, розширенню прав та можливостей пацієнтів, забезпеченню їх безперервної медичної допомоги і безпеки, підвищенню ефективності управління і використання ресурсів, високому рівню поінформованості населення щодо питань здорового способу життя, а також профілактики захворювань і отримання медичної допомоги. Так, електронна система охорони здоров'я забезпечує укладення електронних декларацій з сімейними лікарями, виписку електронних рецептів згідно програми «Доступні ліки» і електронних направлень, ведення електронної медичної картки та ін. Таким чином, реалізованими етапами медичної реформи вдалось трансформувати фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров'я завдяки запровадженню фінансування медичних закладів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Передбачається, що реформована система охорони здоров'я значною мірою підвищить ефективність використання і фінансування бюджетних коштів. Але надання якісної медичної допомоги при обмежених бюджетних ресурсах неможливе, і для цього необхідно залучати додаткові фінансові ресурси. Це насамперед стосується надання медичних послуг соціально незахищеним верствам населення та лікування важких захворювань, лікування яких проводиться з використанням інноваційних технологій і сучасного медичного обладнання. Багато вчених вважають, що подолати кризу у вітчизняній медицині можна шляхом запровадження багатоканального фінансування охорони здоров'я, зокрема за рахунок обов'язкового державного медичного страхування.

Міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ і дослідження особливостей існуючої моделі системи охорони здоров'я в Україні вказує на те, що єдиний спосіб забезпечити якісний медичний захист – це перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дає змогу зробити розподіл ризиків хвороби і витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей та спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у випадку хвороби або іншого розладу здоров'я.

Запровадження системи страхової медицини в Україні надзвичайно важливе та необхідне. Вона є не тільки складовою соціального захисту населення кожної розвиненої країни, але й розглядається в якості альтернативної моделі організації охорони здоров'я. Обов'язкове медичне страхування надає можливість якомога раціональніше використовувати кошти, які призначені для забезпечення охорони здоров'я, а також підвищувати якість цих послуг та рівень забезпеченості ними населення.

Відповідно до окреслених завдань, медична реформа в Україні показала свою результативність. Так, зокрема, відбулась ціла низка інституційних зміни, з-поміж яких: запровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги; консолідація бюджетних коштів з метою фінансування державних гарантій на національному рівні зі створенням Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в якості єдиного замовника медичних послуг; перехід від утримання мережі медичних закладів до стратегічної закупівлі на договірних засадах медичних послуг; автономізація постачальників медичної допомоги з набуттям переважною більшістю з них статусу некомерційних медичних підприємств; запровадження електронної системи охорони здоров'я (державна програма e-Health – сукупність інформаційних сервісів задля систематизації всієї медичної інформації); вдосконалення системи державного регулювання цін на лікарські засоби і розширення спектру захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми і цукрового діабету другого типу, на які

поширюється механізм реімбурсації.

Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією e-Health має певні переваги, але лікарі по суті виконують подвійну роботу, вносячи дані в електронну систему і дублюючи їх на папері. Слід врахувати і низьку комп'ютерну грамотність великої кількості пенсійного віку, що змушені працювати в лікарнях через брак кадрів, особливо в сільській місцевості. Як результат, виникають проблеми щодо заповнення і ведення реєстрів та спротив до навчання з боку старшого покоління. Останнє стосується проблем з кодуванням хвороб у відповідності до нового класифікатора і подання інформації про всі надані медичні послуги до електронної системи охорони здоров'я. Слід зауважити, що гострою є проблема підготовки кадрів і медичної освіти, тому що якість підготовки кадрів перебуває на занадто низькому рівні, якщо оцінювати її за міжнародними стандартами. Це суттєво знижує якість надання медичних послуг і гальмує інноваційно-технологічний розвиток медичної системи, унеможливаючи зв'язок «державне управління – медична освіта та наука – медична система». Окремим вагомим і водночас проблемним залишається питання обов'язкового медичного страхування в якості одного з видів страхування, що дозволяє покрити витрати на консультації лікарів, діагностику, препарати та інші медичні послуги. Згадаємо, що на етапі ухвалення базового для реформи Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» №2186-VIII 2017 року були обговорені поправки, які давали змогу інтегрувати обов'язкове медичне страхування в розроблений пакет заходів. Але ні уряд, ні парламент не підтримали цієї ініціативи.

Наразі реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає: здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої й високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного і стаціонарного рівнів); фінансовий захист населення від надмірних витрат; ефективне

функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, доступного для всього населення; модернізацію матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного і кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я на всіх рівнях медичної допомоги згідно з міжнародними стандартами; впровадження у щоденній медичній практиці певних інноваційних технологій і забезпечення доступу до високотехнологічного лікування.

Водночас реформування системи охорони здоров'я в Україні здійснюється за такими пріоритетними напрямками, як медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. За кожним із вказаних напрямків реалізуються завдання, спрямовані на забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення рівня заробітної плати медпрацівників, створення системи контролю за якістю надання медичної допомоги, розробку та оновлення національних галузевих стандартів і протоколів лікування, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування та державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, вдосконалення законодавства та ін. [47].

Основні завдання реформи системи охорони здоров'я в Україні на 2019-2023 рр. передбачали завершення впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД і впровадження їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; інституційне закріплення «маршрутизації пацієнта»; затвердження програми медичних гарантій для всіх рівнів надання медичної допомоги; забезпечення в системі охорони здоров'я повного електронного документообігу; завершення реформи закупівель лікарських засобів і медичних виробів; завершення розбудови системи громадського здоров'я, здійснення розподілу функцій і повноважень між КМУ, МОЗ України та іншими органами влади; забезпечення умов для реалізації Стратегії

державної політики з питань здорового та активного довголіття населення; запровадження європейських підходів до проведення епідеміологічного нагляду; реалізації плану боротьби з неінфекційними захворюваннями та здійснення заходів з євроінтеграції; створення мережі центрів біологічної безпеки на основі концепції «Єдине здоров'я» при МОЗ України; продовження активного впровадження заходів з імунізації задля забезпечення високого рівня імунізації населення в якості частини плану національної безпеки; забезпечення реалізації програми розвитку сільської медицини; реформування патентної системи та системи до та післядипломної медичної освіти; запровадження системи професійного ліцензування для лікарів та ін. Незважаючи на заявлені переваги і перспективи трансформації медичної системи в Україні наразі реалізація визначених стратегій реформування медичної системи має декілька суперечливих моментів, головними причинами яких є: неузгодженість нормативно-правової, фінансової та адміністративної системи України; низький рівень залучення фахового середовища, наукової і медичної еліти, а також іноземних консультантів; низька поінформованість пацієнтів та досить часто лікарів про нові правила функціонування медичної системи, що породжує спротив змінам; низька якість підготовки і перепідготовки медичних працівників; недостатнє інфраструктурне забезпечення; слабка зацікавленість органів місцевої влади і місцевого самоврядування в розвитку медицини; неврахування принципів обов'язкового медичного страхування, ролі державно-приватного партнерства та появи нових організаційно-правових форм, які виникають у процесі становлення ринку медичних послуг; ігнорування принципів інноваційно-технологічного розвитку медицини та ін.

Війна в Україні спричинила масове переміщення людей, загострення тяжких захворювань, поширення рідкісних у минулому хвороб, проблеми ментального здоров'я, професійного вигорання та переміщення медичних працівників, руйнування інфраструктури і ланцюгів постачання, а також значне падіння доходів людей та держави. Станом на кінець лютого 2023

року Україну залишили понад 18 млн. осіб, 11 756 отримали поранення, 7199 загинули внаслідок воєнних дій, зафіксовано 769 нападів на медичні заклади (WHO, 2023). Хоча війна надає можливість реформувати медичну галузь таким чином, щоб уможливити «стрибок уперед» системи охорони здоров'я, потенційними загрозами цьому є довгостроковий вплив війни на економіку (безробіття, девальвація гривні), низький кадровий потенціал, залежність від міжнародних донорів та неурядових організацій, які діють через множини паралельних систем, викривлення в оплаті праці медичних працівників, нерівність у наданні медичних послуг по всій країні, а також потенційне зниження довіри до уряду у майбутньому (WHO, 2023).

Під час аналізу медичної реформи в Україні було проведено дослідження з метою перевірки ефективності реформування системи охорони здоров'я в Україні на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради. Населення 13 тис. осіб, з-поміж них 2000 дитячого та 5800 працездатного населення. Підписано 11 тис. декларацій зі лікарями. 10 лікарів, 16 працівників середнього медичного персоналу, 5 молодших медичні працівників, водії, кочегари та ін. Всього в лікарні працює 48 працівників.

Реформа в системі охорони здоров'я поділила медицину на первинну, вторинну, третинну і високоспеціалізований рівень. Раніше в громаді була районна лікарня (вторинна допомога), але з часом вона була ліквідована, залишилась тільки поліклініка (до реформи підпорядкована районній лікарні), що отримала статус КНП. Після реформи залишилась тільки амбулаторія (сімейна медицина) первинний рівень. Прийом залишився на тому ж рівні, потужність КНП 70 людей в день, для уточнення діагнозів люди направляються на інші рівні медичної допомоги. Були скорочені ФАПи, адже вони не підпадають під оплату від НСЗУ, тільки сімейні лікарі. Навантаження на сімейну медицину збільшилось, адже сімейний лікар повинен бути компетентним у всіх сферах (повинен вміти шити, накладати гіпсовану пов'язку, приймати пологи, розбиратись у всіх вірусних інфекціях,

контролювати щеплення населення, всі свої дії вносити в МІС та ін.).

В якості методів дослідження ми обрали анкетування та опитування пацієнтів щодо якості надання медичних послуг та їх доступності, а також опитування медичних працівників щодо ефективності реформування системи охорони здоров'я. На питання «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?» було отримано відповіді від 500 пацієнтів. Тож ми отримали такі показники: високий рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (45% опитуваних), середній рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (30% опитуваних) і низький рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (25% опитуваних) (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Результати дослідження рівня задоволеності пацієнтів якістю надання медичних послуг у відсотковому еквіваленті

Рівні задоволеності пацієнтів якістю надання медичних послуг	Кількість пацієнтів, у %
Низький	25%
Середній	30%
Високий	45%

Графічно результати дослідження рівня задоволеності пацієнтів якістю надання медичних послуг подаються на рис. 2.1.

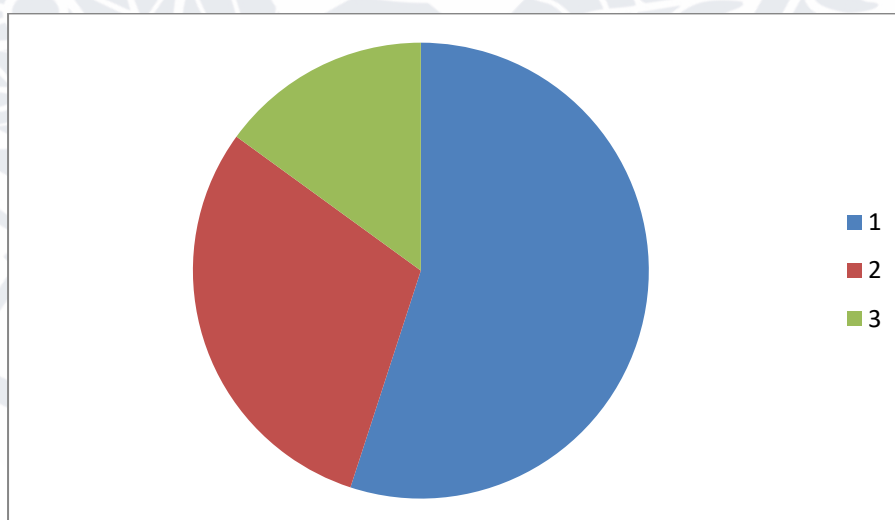


Рис. 2.1. Результати опитування серед пацієнтів

У свою чергу, своїми відповідями на питання «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?» медичні працівники в кількості 20 осіб продемонстрували наступний результат: високий рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (55% опитуваних), середній рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (30% опитуваних) і низький рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (15% опитуваних) (таблиця 2.2).

Таблиця 2.2

Результати дослідження рівня задоволеності медичних працівників якістю медичної реформи у відсотковому еквіваленті

Рівні задоволеності медичних працівників якістю медичної реформи	Кількість медичних працівників, у %
Низький	55%
Середній	30%
Високий	15%

Графічно результати дослідження рівня задоволеності медичних працівників якістю медичної реформи подаються на рис. 2.2.

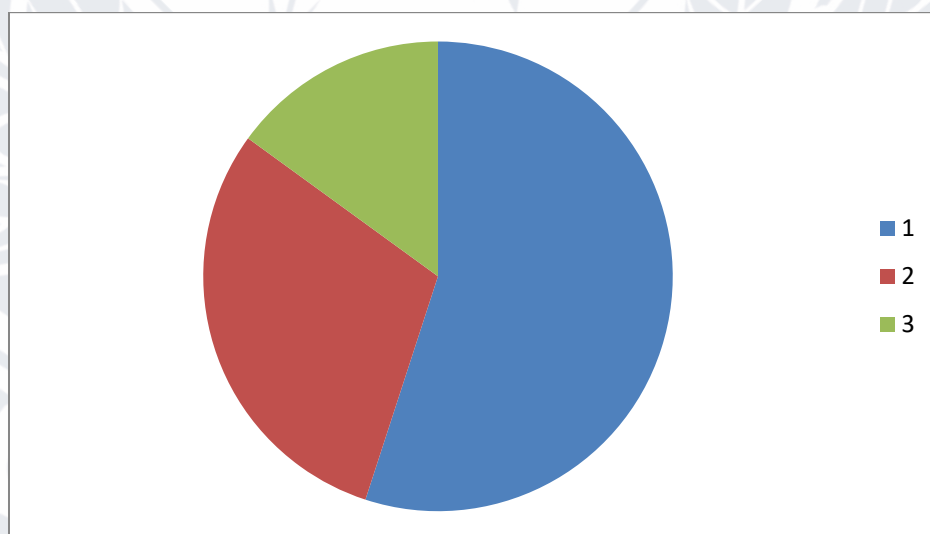


Рис. 2.2. Результати опитування серед медичних працівників

Таким чином, проведене нами дослідження підтвердило те, що реформування охорони здоров'я в Україні має позитивний вплив на показники доступності медичних послуг, підвищує якість надання медичної допомоги та є ефективним для медичних працівників.

2.2. Дослідження зарубіжного досвіду проведення реформ у системі охорони здоров'я

Варто згадати, що формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я проводиться згідно із стратегічними напрямками, окресленими Всесвітньою організацією охорони здоров'я, головні з яких були визначені на 17-й (1963 р., Нью-Йорк) та 35-й (1983 р.) сесіях. Також було обговорено дванадцять принципів реалізації механізмів публічного управління системою охорони здоров'я, які впливають з позиції повної відповідальності уряду за забезпечення прав людини на охорону здоров'я, які розроблені для переважної більшості національних систем державного управління. Слід відзначити три найкращі країни за основними показниками здоров'я (середня тривалість життя, дитяча смертність та ін.): Японія, Німеччина і США. В Японії існує чотири рівні управління охороною здоров'я: уряд, префектури, а також медичні центри й місцеві (міські та сільські) органи влади. Їхня діяльність координована Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення. В структурі органів місцевого самоврядування створено відділи охорони здоров'я, що відповідальні за управління місцевими програмами розвитку здоров'я. В префектурах та великих муніципалітетах створено медичні центри, кожен з яких обслуговує близько 100 000 осіб, що фінансуються національними та місцевими органами влади. Для Японії є характерною «сильна» система державного регулювання сфери фінансування охорони здоров'я та медичного страхування, при цьому громадськість глибоко переконана в належному контролі вказаних питань з боку держави. За даними опитування, яке було проведене Health and Global Policy Institute, понад 60% опитуваних

задоволені станом системи охорони здоров'я в Японії. Уряд Японії регулює майже всі аспекти системи загальномедичного страхування, встановлює прайс-листи медичних послуг та субсидіює органи місцевого самоврядування, страхові компанії і постачальників, а також установлює для них правила. Префектури Японії виконують вказані правила і регулюють постачання в регіони лікарських засобів, які відпускаються національним урядом. Муніципалітети організують заходи щодо зміцнення здоров'я місцевого населення та забезпечують його довгострокове страхування на вигідних умовах. Важливу роль у формуванні медичної політики відведено Міністерству фінансів, яке формує річний бюджет на охорону здоров'я і медичне страхування для Кабінету Міністрів Японії. Японська система охорони здоров'я взаємодіє з роботою місцевих органів влади [27].

Система охорони здоров'я Японії надає універсальний страховий захист населенню завдяки системі медичного страхування для працюючих та їхніх родин (60% населення), а державне медичне страхування – для представників приватного бізнесу, пенсіонерів та безробітних (40%). Системою медичного страхування в Японії, крім уряду, управляє велика кількість компаній: асоціації медичного страхування Японії, фонди медичного страхування для працюючих і їхніх утриманців, фонди благодійних організацій для урядових службовців і їх утриманців, муніципальні національні фонди медичного страхування для зайнятих приватним бізнесом та безробітних, а також громадські фонди державного медичного страхування для певних професійних груп (до прикладу, лікарів і юристів).

Японською охороною здоров'я керує багатокomпонентна система центрального та місцевого контролю. На центральному рівні правила контролю встановлені Міністерством охорони здоров'я, праці і добробуту. У свою чергу, префектури відповідають за розвиток регіональних програм здоров'я медичного страхування, ліцензуючи лікарні та контролюючи юридичні угоди постачальників у відповідності до вказівок міністерств.

Нагляд за регулюванням медичної допомоги (лікарні й клініки) щодо медичного страхування перебуває лише в сфері відання центрального уряду, що включає призначення та скасування договорів медичного страхування з постачальниками. Провідними установами, які працюють у тісному контакті з системою охорони здоров'я Японії, є: Бюро політики у сфері охорони здоров'я, Бюро медичних послуг, Бюро фармацевтичної продукції та продовольчої безпеки, Бюро трудових стандартів, Соціальне забезпечення та Бюро жертв війни, Бюро здоров'я й добробуту літніх людей, Бюро медичного страхування і Бюро пенсійного забезпечення. Оскільки Японія є капіталістичною країною, охорона здоров'я в ній є дороговартісною. Близько 90% витрат громадян покриває державна система медичного страхування. Загалом в Японії є дві основні системи, що надають медичні послуги більшості населення: Національна система страхування здоров'я (переважно охоплює дрібних власників та їхні сім'ї, інвалідів та інші соціально-незахищені верстви населення) та система страхування осіб найманої праці, яка є найбільшою в Японії. В цій системі працюють різні програми, окремі з них належать державі, яка по суті є «страховиком» здоров'я населення. На відміну від програм системи страхування осіб найманої праці програмами Національної системи страхування здоров'я передбачається те, що страховиком є саме суспільство, створене адміністрацією та працівниками одного чи кількох підприємств однієї галузі. В Японії відсутні обмеження щодо вибору лікаря та виду лікарняного страхування. З-поміж усієї більшості медичних послуг передбачається пайова участь пацієнтів у межах від 10 до 30%. Наразі в Японії введена заборона на прибуток страхових компаній за послуги в галузі медицини і обмеження на оплату роботи медичних працівників, що припускаються серйозних помилок у догляді за пацієнтами. В Японії, як і в більшості європейських країн, амбулаторна допомога надається терапевтами та сімейними лікарями, що дає змогу значно зменшити навантаження лікарів основних поліклінік та лікарень у районах. За останні роки в Японії було сформовано такі громадські організації сімейних лікарів,

як Академія сімейної медицини, яка об'єднує близько 2100 членів, Товариство загальної медицини (4600 членів) і Товариство первинної медичної допомоги (1000 членів) [27].

Приватна форма фінансування охорони здоров'я типова для Сполучених Штатів Америки, в яких медичні послуги оплачуються здебільшого державою. Приблизно 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній, витрачаючи на це більше 10% сімейного доходу. Зазвичай розмір медичної допомоги залежить від розміру внеску. Переважну більшість американців страхують роботодавці чи такі організації, як професійні товариства або об'єднання малих підприємств. Ця система існує вже впродовж декількох десятиліть і підтримується в межах штатів організаціями «Синій хрест» та «Синій щит», що зобов'язані страхувати всіх, хто сам цього забажає. США витрачають на охорону здоров'я 16,4% ВВП, що є майже найбільшим показником у світі. Але великий розмір фінансування не завжди є гарантом рівного і належного доступу усіх громадян до медичної допомоги. Більшість американців користуються певними програмами страхування і отримують так звану «керовану» допомогу, і їх направляють до лікарів поліклінік, аптек, лабораторій, рентгенівських кабінетів та інших установ через мережу посередників. Окремі програми страхування не охоплюють лікування хронічних захворювань. Третина американців отримує медичну допомогу згідно з програмами страхування «Медікейр» та «Медікейд», які фінансуються платниками податків. «Медікейр» є національною програмою страхування для осіб старше 65 років та окремих осіб, які перебувають «за межею бідності». «Медікейд» є спільною програмою державних та федеральних урядів, яку вони спонсорують. 23% американців користуються вказаною програмою. Її робота також спрямовується на страхування певних категорій людей. Покриття «Медікейд» є трохи ширшим, ніж «Медікейр», проте воно не відповідає потребам усіх [33].

У США первинна допомога зазвичай надається пацієнтам сімейними

лікарями, що працюють поодиноці, чи як частина групи. Сімейні лікарі становлять третину загальної кількості лікарів у державі. Переважна більшість приватних лікарів первинної медичної допомоги працює в невеликих клініках з чисельністю персоналу менше п'яти осіб. Пацієнти мають змогу обирати лікаря в електронній мережі зареєстрованих постачальників послуг. В ході досліджень було з'ясовано, що в цілому американцям не подобається стан розвитку медицини в країні. Так, згідно з результатами опитування, 82% громадян США переконані в тому, що чинна система механізмів публічного управління охороною здоров'я потребує проведення фундаментальної реформи або її реконструкції.

Розглядаючи організацію охорони здоров'я в США, варто вказати на те, що основним недоліком її системи механізмів публічного управління є висока вартість медичної допомоги. Витрати на душу населення в США становлять 7 290 USD на рік, що більше, ніж у два рази перевищує середній показник з-поміж промислово розвинених держав. Саме тому досвід США вказує, що запровадити приватне медичне страхування в якості головного джерела фінансування є недоцільним, адже можливі серйозні фінансові розбіжності в охороні здоров'я [33].

Канада є федерацією з двома конституційно визнаними рівнями влади. Перший рівень – центральний або «федеральний», уряд, що відповідає за охорону здоров'я, виготовлення фармацевтичних препаратів, фінансування та управління медичними послугами для певної категорії населення. Другий, конституційно рівний рівень управління включає десять органів місцевого самоврядування, що відповідають за широкий спектр програм соціального медичного обслуговування, включаючи значну частину фінансованих та регульованих державою. Близько 70% загальних витрат на охорону здоров'я в Канаді формуються із загальних податків, які надходять від федеральних, провінційних та територіальних урядів. Переважна більшість державних доходів використовується задля забезпечення загальної безоплатної медичної допомоги і субсидування витрат на амбулаторне лікування. Варто

відзначити, що витрати на охорону здоров'я в Канаді продовжують зростати швидше, ніж рівень економіки. Роль федерального уряду в охороні здоров'я цієї країни полягає в установленні та контролі національних стандартів системи охорони здоров'я згідно із Законом Канади про охорону здоров'я, в фінансуванні провінційних служб охорони здоров'я шляхом переказу грошей та виконання функцій, за які він несе конституційну відповідальність. Однією із функцій є надання певній частині населення медичних послуг, включаючи ветеранів, військовослужбовців, ув'язнених у федеральних в'язницях та в'язницях Королівської канадської гірської поліції. Інші функції, пов'язані зі здоров'ям, що виконує федеральний уряд, охоплюють охорону та зміцнення здоров'я, профілактику захворювань та ін. Система охорони здоров'я в Канаді коштує платникам податків 9,5% ВВП. Окрім того, кожен мешканець витрачає приблизно 3300 доларів на медичні послуги і товари. 70% витрат на охорону здоров'я в Канаді покривають федеральні, провінційні і територіальні податки. Щорічно місцеві органи охорони здоров'я отримують транш із загальної скарбниці, що покриває $\frac{1}{4}$ їхніх витрат. Окремі провінції використовують податки від продажу таких товарів, як алкоголь або лотерейні білети. Чимало витрат на охорону здоров'я в Канаді покривається відповідно до планів, які стосуються конкретних провінцій, а також субсидіями на ліки, стаціонарну та домашню допомогу, а решту коштів на охорону здоров'я сплачують канадці. Канадська Medicare не покриває витрати, які пов'язані з закупівлею медикаментів, корекцією зору і стоматологічними послугами. Тому людям доводиться або платити самостійно, або купувати додаткову страховку, яку в окремих випадках сплачують роботодавці.

Система охорони здоров'я в Канаді переважно покладається на терапевтів первинної медичної допомоги, які становлять приблизно 51% лікарів-практиків. Вони – це своєрідний «посередник» між пацієнтом і системою механізмів публічного управління закладами охорони здоров'я, які виконують роль контролерів за більшістю лікарів-спеціалістів, лікарняної

допомоги, діагностичних оглядів та лікарських засобів, що відпускаються за рецептом. Цих терапевтів первинної медичної допомоги можна змінювати необмежену кількість разів за порадами знайомих або навіть через перепади настрою. Більшість із цих лікарів має власну приватну практику і користується високим рівнем самостійності. Багато лікарів працюють у лікарнях або місцевих оздоровчих центрах. Приватним лікарям держава оплачує послуги в залежності від наданої ними медичної допомоги. Оплата здійснюється безпосередньо з бюджету провінції або території. Лікарі, які не практикують, отримують або фіксовану зарплату, або плату в залежності від обсягу наданої медичної допомоги. У випадку, якщо канадці потребують медичної допомоги, вони звертаються до терапевта або поліклініки за власним вибором і подають йому карту медичного страхування, видану всім законним громадянам та жителям країни. Канадці безпосередньо не оплачують надані медичні послуги і їм не потрібно заповнювати різні форми за послуги, які охоплюються страховим полісом. Грошові ліміти або додаткові платежі за такі послуги відсутні [2, с. 140].

В Австралії домінує державне фінансування охорони здоров'я, формування політики в сфері охорони здоров'я відбувається за активної участі громадськості, а медична допомога є загальнодоступною завдяки державній системі медичного страхування «Медікер», що забезпечується за рахунок доходів від загального оподаткування та цільового прибуткового податку. Всі громадяни отримують субсидовану амбулаторну допомогу з правом вибору лікаря, безкоштовне лікування в державних лікарнях та пільгове забезпечення ліками. Діяльність у сфері охорони здоров'я в Австралії нормується завдяки суспільному та державному регулюванню. Австралійська рада із стандартів охорони здоров'я здійснює добровільну акредитацію лікарень, а державні реєстраційні палати в кожному штаті акредитують медичних працівників. Упродовж останніх двадцяти років в Австралії відбулась активна приватизація, державні заклади перейшли до приватного сектору, що залучений до надання послуг у державних установах.

У переважній більшості штатів запроваджується політика, яка спрямована на зменшення ролі держави в наданні медичних послуг за рахунок збільшення ролі недержавного та приватного секторів. Таблиця 2.3 містить загальну характеристику систем охорони здоров'я в деяких країнах світу.

Таблиця 2.3

Характеристика систем охорони здоров'я в деяких країнах світу

Опис системи охорони здоров'я	Джерело фінансування системи охорони здоров'я	Витрати на систему охорони здоров'я
Франція		
Франція характеризується складним поєднанням приватного та державного секторів і в фінансуванні, і в наданні медичної допомоги. Система основана на обов'язковій державній програмі охорони здоров'я, що значно доповнюється добровільним страхуванням. Система охорони цієї країни регулюється урядом. Центральний уряд відповідає за громадське здоров'я загалом, забезпечує соціальний захист, регулює відносини між органами, які фінансують охорону здоров'я, контролює державну систему лікарень та організовує підготовку медичних працівників. Міністерства соціальних справ та охорони здоров'я є головними органами, що відповідають за політику у сфері охорони здоров'я на національному рівні.	Медичне страхування	11,3% від ВВП
Німеччина		
Організація і фінансування системи охорони здоров'я в цій країні основана на традиційних принципах соціальної солідарності, децентралізації і саморегуляції. Роль центрального уряду обмежується розробкою законодавчої бази, в межах якої відбувається надання медичних послуг, водночас основні виконавчі функції належать адміністраціям окремих земель. Федеральне міністерство охорони	Медичне страхування	11,2% від ВВП

здоров'я є провідною установою на федеральному рівні, якому підпорядковуються органи наукової експертизи.		
Нідерланди		
Міністерство громадського здоров'я, добробуту і спорту є основним органом, який відповідає за планування та реалізацію політики в сфері охорони здоров'я. Програма соціального страхування теж входить до компетенції цього міністерства	Медичне страхування	10,1% від ВВП
Велика Британія		
Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великої Британії – це найбільш відома універсальна система медичної допомоги. Це державна система, що фінансується переважно за рахунок податків. Послуги надаються всім верствам населення і здебільшого на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах НСОЗ, за винятком лікарень у випадках, коли пацієнт потребує особливих умов чи додаткового лікування, що не є необхідним з клінічної точки зору.	Державне фінансування	9,6% від ВВП
Італія		
Національну службу охорони здоров'я Італії (НСОЗ) було засновано в 1978 році для забезпечення універсального доступу до медичних послуг, що переважно надаються безоплатно. Система охорони здоров'я Італії є у крайній децентралізованій формі в порівнянні з англійською НСОЗ, її прототипом. Система дуже фрагментована в результаті частих змін уряду і недостатньої координації на центральному рівні. Медичні послуги не досягають середнього рівня ЄС. Управління системою є дуже бюрократизованим і має три рівня (державний, регіональний і місцевий).	Державне фінансування	8,8% від ВВП

Реформи НСОЗ в Європі були зумовлені невідомим зростанням фінансових витрат на медичну допомогу внаслідок старіння населення і збільшення обсягів хронічних захворювань та інвалідності, упровадженням нових методів і технологій лікування, нових очікувань суспільства, а також

необхідністю посилення здатності цих систем покращити здоров'я населення відповідно до цілей ВООЗ. Вказані проблеми вирішувались шляхом: виокремлення первинної медичної допомоги та її утвердження головною в НСОЗ, як широкодоступну та найменш витатну, спроможну забезпечити масову профілактику хронічних захворювань та інвалідності, здатну лікувати хвороби та протидіяти їхньому поширенню; запровадження механізмів ощадливого витрачання коштів та підвищення спроможності до якісного надання медичної допомоги в ринкових умовах. У процесі реформ охорони здоров'я в Європі було запроваджено механізм децентралізованого управління та фінансування, який: раціоналізував розподіл ресурсів та залучив місцеву владу і населення до вирішення проблем місцевої медичної допомоги; сприяв її покращенню та рівності доступу до нього; делегував прийняття політичних рішень на місцевий рівень; забезпечив порівняно вищий рівень гнучкості, швидкості реакції та ефективності у вирішенні проблем і відповідальності місцевої влади. Але цей механізм ослабив центральну владу, він був життєво спроможним лише за наявності професійно підготовлених кадрів і недоцільним при прийнятті стратегічних рішень щодо принципів та ресурсів охорони здоров'я, громадської безпеки, моніторингу, оцінювання і аналізу стану здоров'я та роботи органів управління. Окремо було запроваджено такі механізми забезпечення права: участі громадян в управлінні місцевою охороною здоров'я, зокрема через їхню участь у місцевих радах та комітетах щодо охорони здоров'я, а також у консультаціях органів влади з місцевими громадами (Фінляндії, Великобританії), утворення громадських організацій із захисту інтересів пацієнтів, зростання активності ЗМІ щодо прав громадян у виборі медичних послуг (у країнах Центральної і Східної Європи), пацієнта отримання пацієнтом якісних медичних послуг (Польща, Великобританія, Фінляндія, Нідерланди) сучасного рівня та інформацію про стан здоров'я; догляд від членів сім'ї та друзів; послуги священика, конфіденційного і достойного поводження з пацієнтом; можливість відмови від частини медичних послуг,

доступу до засобів зв'язку, листування та ін.; свободи вибору лікаря, лікарні та страховика, участі у прийнятті медичних рішень [33].

Моделі механізму фінансування НСОЗ в Європі поєднують фінансування обов'язкове (податки та внески соціального страхування) і добровільне (внески добровільного страхування та пряма оплата МП пацієнтом). У Європі поширені три провідні моделі:

- 1) Бісмарка, в якій домінує медичне страхування в Австрії, Бельгії, Франції, Німеччина, Люксембург, Нідерланди і Швейцарія);
- 2) Беверіджа, в якій домінує бюджетне фінансування в Данії, Фінляндії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Швеції, Великобританії);
- 3) змішана, що поєднує попередньо вказані моделі (притаманна Греції, Ізраїлю, Італії, Португалії, Іспанії і Туреччині).

Отже, ці моделі поєднують різні фінансові джерела, але в кожній із них одне є переважаючим. Згадувані є новими для країн ЦСЄ і СНД. Безпосередньо НСОЗ фінансуються Національною службою охорони здоров'я, що реалізує конкурсно-контрактний підхід між замовником послуг та їх надавачем. Ідею цього під ходу запозичила Великобританія у США, а потім вона набула поширення в країнах Західної і Східної Європи. Механізми посилення спроможності НСОЗ представлені механізмами підвищення ефективності управління медичними закладами та якості надання медичних послуг. Перші механізми базуються на запозиченні методів управління з інших секторів економіки та бізнесу. Втілення механізмів якості набуло рівня державної політики. Так, у державних медичних закладах Франції, Нідерландів і Великобританії участь лікарів у забезпеченні якості обов'язкова. Головними критеріями якості є: ефективна та своєчасна допомога; ефективне використання ресурсів; задоволення потреб пацієнта та результативність лікування.

Реалізація реформ НСОЗ в Європі виявилась доволі складною, в більшості випадків мали прояв неочікувані наслідки та неадекватність планування реформ. Зовнішня складова включає наступні структурні

компоненти: макроекономічна та політична ситуація, соціальні цінності і та нововведення в НСОЗ інших країн. Внутрішня складова теж має певну специфіку. Система публічного управління окреслила успішність процесу реформи охорони здоров'я в Європі. Переважна більшість урядів розподілили повноваження у цій системі між центральним, регіональним та місцевим рівнями; запровадили жорсткий та ліберальний контроль за діями нижчих рівнів влади. Ключовим фактором впливу на реформи мав політичний статус МОЗ, його повноваження та легітимність. Проблемними виявились: ресурси для побудови нових управлінських структур та інформаційних систем, а також підготовка професійних кадрів; взаємодія учасників реформи державного та приватного секторів; протиріччя політичних цілей та соціальних цінностей [33].

Ключовим фактором реалізації реформи було визнано Стратегію реформи НСОЗ. Її розробка потребує стільки само зусиль, скільки й відпрацювання ДПОЗ. Універсальна Стратегія для всіх країн відсутня, тому що є суттєві національні, економічні та історичні відмінності; особливості державного устрою та груп впливу. Розробка національної Стратегії полягала у виробленні ефективних стратегічних напрямків. Важливим показником процесу реформи було обрано темп її здійснення, що може бути: швидким, за наявності структури управління, політичної волі, знань про стан економіки, підтримки основних зацікавлених груп, директивного плану крупного масштабу; помірними за наявності експериментів та поширення їхнього досвіду в просторі країни, що забезпечує вищу ефективність реформ, соціальну стійкість та більш придатний для слабкої політичної інфраструктури.

Основними акторами реформ системи охорони здоров'я в Європі були: населення, медичні працівники, політичні еліти та зацікавлені групи. Здатність населення (окремих індивідів та їх організованих груп) впливати на реформу НСОЗ є відносною і головним чином залежить від участі держави в цьому процесі. Як показує досвід, механізм участі найкраще відпрацьовані в

Ірландії, Нідерландах, Великобританії і Скандинавських країнах, ніж у країнах Південної та Східної Європи. Але думки пацієнтів враховувались не на належному рівні. Медичні працівники мають достатньо потужний прями́й та опосередкований вплив на реформу. Політичні еліти (політики високого рівня, чиновники та управлінці, що задіяні до формування та реалізації ДПОЗ) також є досить впливовими чинниками для реформи НСОЗ. Так, зокрема, чиновники є стратегічно уповноваженими щодо проведення реформи і мають вплив на отримання їх результату. Вони можуть чинити спротив, коли реформи змінюють, у т. ч. їхній соціальний статус, традиції та можливості. Зацікавлені групи (представники фармацевтичних підприємств, виробництва медтехніки та страхові компанії) теж є впливовими, адже вони можуть ускладнити прийняття рішення задля захисту власних інтересів [33].

Ресурсне забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Європі поєднує інформаційну інфраструктуру та професійно підготовлений кадровий ресурс реформаторів, спроможний забезпечити належне управління процесом реформи. Наприклад, Чехія, Угорщина та Словенія досягнули значного успіху, опираючись на наявні кадрові ресурси та медичну структуру, а також створили нову НСОЗ. З метою формування професійних реформаторів були запрошені зацікавлені групи та зовнішні організації, призначені для підготовки кадрів.

У соціально стабільних державах медичне законодавство щодо діяльності лікарських організацій надзвичайно розвинуте. Так, зокрема, у Франції, Німеччині та Італії існують лікарські чи медичні кодекси, нормами яких регламентовані права громадян щодо охорони здоров'я і професійна діяльність медичних працівників-членів громадських лікарських організацій, а також встановлена відповідальність за порушення цих норм. Новим концептуальним підходом до державного управління охороною здоров'я вважається широке застосування принципів тотального менеджменту якості, що забезпечує ефективні реформи галузі в Іспанії, Великій Британії, Італії, Фінляндії, Швеції та переважної більшості країн Центральної і Східної

Європи. В основу більшості сучасних класифікацій світових моделей систем охорони здоров'я покладено структурний критерій. Модель, яка охоплює системи охорони здоров'я скандинавських країн (Ірландії, Великобританії, Греції, Португалії, Іспанії та ін.) відзначається такими властивостями: загальною доступністю медичних послуг з одночасним повним охопленням всього населення медичним страхуванням і уніфікацією обсягу та переліку наданих йому медичних послуг; домінуванням державного фінансування системи охорони здоров'я, що забезпечується на основі цільового оподаткування центрального, регіонального і місцевого рівнів; пріоритетом системи планування витрат державного бюджету в фінансовому механізмі функціонування системи охорони здоров'я з жорстким державним контролем рівня витрат у медичній сфері і закріпленням за регіональними органами державного регулювання відповідальності за розподіл його коштів між провайдерами медичних послуг; жорсткою ув'язкою рівня заробітних плат та компенсацій медичного персоналу з кількістю пацієнтів, які обслуговуються. У Фінляндії медична допомога надається і через громадську систему охорони здоров'я, і через систему медичного страхування. Вони універсальні та фінансуються за рахунок податків. Планування національної системи та загальне керівництво нею здійснює Міністерство соціальної допомоги та охорони здоров'я (МСДОЗ) [2, с. 141].

Яскравим прикладом ефективної реалізації моделі Беверіджа можна вважати Великобританію, що посідає нині світові лідерські позиції і за показниками доступності та якості медичних послуг, і ефективністю діючого механізму їх організації та фінансування. Запорукою досягнутих успіхів першочергово є відсутність посередницького сегменту в національній системі охорони здоров'я і, як наслідок, економія транзакційних витрат на медичному обслуговуванні населення і підвищення цінової конкурентоспроможності медичних послуг. Ліцензування лікарів у Великобританії здійснює Загальна Медична Рада (General Medical Council) (GMC). Відповідно до діючого законодавства, надання медичної допомоги і

в термінових випадках, і в інших обставинах легальне та не залежить від наявності або відсутності ліцензії. Водночас особи, що не мають лікарської ліцензії, позбавлені ряду прав, які пов'язані з медичної діяльністю, тобто не можуть вимагати оплати за лікування в суді, виписувати рецепти на медичні препарати, а також не можуть працювати лікарем у державних лікарнях та інших громадських установах. Британські лікарі, які працюють за кордоном, не повинні мати ліцензії, проте можуть отримати реєстрацію GMC як підтвердження кваліфікації та хорошої репутації в Загальній Медичній Раді. Лікарів, які мають реєстрацію та ліцензію, отриману від GMC, вносять до онлайн-реєстру, що дозволяє в будь-коли перевірити, чи має лікар право на професійну діяльність у Великобританії. Для продовження фахової праці у Великобританії лікар має регулярно поновлювати свою ліцензію і підтвердити те, що він відповідає кваліфікаційним вимогам. Зазвичай рішення щодо відновлення ліцензії лікаря приймається кожні п'ять років, а з лікарів, яким була надана ліцензія або реєстрація GMC, щороку стягуються внески. Невнесення відповідної суми може спричинити відкликання ліцензії і реєстрації. Через значну конкуренцію на ринку праці GMC наполегливо рекомендує лікарям знайти посаду перед тим, як отримати ліцензію.

Лікарі з країн Європейського економічного простору, що і можуть підтвердити своє громадянство та закінчену базову медичну освіту, мають право отримати повну реєстрацію GMC, адже існують домовленості про взаємне визнання освіти та кваліфікації. Відповідно, лікарі з країн позаєвропейського економічного простору можуть подати заявку на отримання повної реєстрації у випадку, якщо вони здатні підтвердити наявність медичного ступеню, визнаного GMC, і практичну роботу впродовж року. В протилежному випадку лікарі з цих країн можуть отримати лише неповну реєстрацію (provisional registration).

Водночас охарактеризуємо зарубіжний досвід проведення реформ у системі охорони здоров'я. Медична реформа США (Health Care Reform чи ObamaCare) є орієнтиром для переважної більшості країн, але не може бути

предметом сліпого копіювання, насамперед через ментальну специфіку європейських країн і цілу низку проблем приватної медицини в США. Ціллю реформи в цій країні було створення універсальної системи медичного забезпечення. Вказана система повинна була охопити всі 50 млн. до того часу незастрахованих громадян США. Окремо вона була покликана покращити умови медичного страхування для тих, у кого вже є страховий поліс. В межах реформи було створено спеціальні страхові біржі, завдяки яким матимуть змогу отримати поліс особи, які не застраховані роботодавцем. Було встановлено максимальну межу відсоткових ставок страхових внесків у даному випадку: 3–9,5% від доходів клієнта. У свою чергу, приватні страхові компанії були позбавлені права відмовляти в придбанні страховки вже хворим людям. Громадяни США можуть придбати страховку в спеціально створених для цього центрах, без участі та допомоги своїх роботодавців. Була також введена адміністративна відповідальність відносно осіб, що відмовляються купувати страховку, та компаній, які відмовляються продавати страховий поліс. Досвід реформування системи охорони здоров'я США доводить те, що головною проблемою програми «ObamaCare» стало недостатнє планування та розміщення ресурсів, що спричинило нівелювання першочергових досягнень і втрату доступу населення до важливого соціального проєкту [33].

Медична реформа США (Health Care Reform, або ObamaCare) є орієнтиром для більшості країн, однак вона не може бути предметом сліпого наслідування, першочергово через ментальні особливості європейських країн і цілу низку проблем приватної медицини в США. Ціллю реформи системи охорони здоров'я в США було формування створення універсальної системи медичного забезпечення. Ця система повинна була охопити всі 50 млн. незастрахованих до того часу громадян. Також вона була покликана покращити умови медичного страхування для тих, хто вже отримав страховий поліс. У межах реформи системи охорони здоров'я в США було створено спеціальні страхові біржі, завдяки яким матимуть змогу отримати

поліс ті, хто не застрахований своїм роботодавцем. Було також встановлено максимальну межу відсоткових ставок страхових внесків для вказаного випадку, тобто 3–9,5% від доходів клієнта. Приватні страхові компанії позбавили права відмовляти в придбанні страховки вже хворим людям. Громадяни США мають змогу купувати страховку в спеціально створених для цього центрах, без участі та допомоги своїх роботодавців. Була введена адміністративна відповідальність відносно осіб, що відмовляються купувати страховку, та компаній, які відмовляються продавати страховий поліс.

В Естонії було реалізовано одну з найвдаліших медичних реформ з-поміж пострадянських країн. У відносно короткий проміжок часу було змінено принципи медичного фінансування і надано автономію клінікам. За десять років у країні було створено нову систему охорони здоров'я, що не поступається іншим європейським країнам. Здебільшого система охорони здоров'я в Естонії фінансується за рахунок податків. З 1992 року основним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати. На його частку припадає більше 60% усіх витрат на охорону здоров'я, з державного бюджету покривається приблизно 8% загальних витрат на охорону здоров'я, а з муніципальних – приблизно 2%. В Естонії практично використовується система договірних відносин, за якої фонд медичного страхування (ФМС) укладає договори лише з певними медичними організаціями. Для цього відбираються найефективніші постачальники послуг, у тому числі з приватних установ. ФМС зобов'язується укладати договори з лікарнями (найчастіше на п'ять років). Контроль якості медичної допомоги входить до складу функцій ФМС. Провідний інструмент контролю – це проведення аудитів та комплексної оцінки результатів діяльності медичних установ. Висновки фонду медичного страхування щодо кожного аудиту – це не лише виявлення проблем, але й рекомендації щодо їх усунення. Зауважимо, що аудити здійснюються спеціалізованими лікарськими асоціаціями [33].

Система охорони здоров'я в Словенії зазнає постійних змін протягом декількох десятиліть, що можна пояснити регулядним удосконаленням вже

існуючої системи. Досвід реформування системи охорони здоров'я Словенії в деяких аспектах можна вважати цікавим для України:

- 1) низький рівень якості й незначні можливості для надання медичних послуг у Словенії наприкінці ХХ ст. є дуже схожими на ситуацію в Україні;
- 2) оперативністю проведення реформи і досягненням цілей, поставлених перед нею [33].

Реформа системи охорони здоров'я мала на меті: проголошення загальної доступності медичних послуг, солідарність (всі громадяни роблять власний внесок у фінансування системи в залежності від їхніх доходів та використовують медичні послуги за потребами), а також рівність. Наразі в Словенії введено обов'язкове медичне страхування, яке включає всі верстви населення, в тому числі безробітних. Реформа зосереджується на підвищенні якості медичних послуг та їхній доступності. Окремим аспектом є зміна в оплаті праці лікарів. Глобальні результати реформи системи охорони здоров'я в Словенії досі не досягнуті, і реформа триває.

У 1999 році взяла свій початок реформа системи охорони здоров'я в Польщі. Головні цілі, що стояли перед новою системою охорони здоров'я, такі: фінансування системи охорони здоров'я за рахунок незалежних фондів медичного страхування; гідний рівень заробітної плати медичного персоналу; надання якісних, сучасних і доступних медичних послуг. Шляхи реалізації реформування системи охорони здоров'я уряд Польщі головним чином убачав у запровадженні загальнодержавного страхування, а паралельно обговорювалась ідея комерційного страхування та фінансування медицини на регіональному рівні. Наразі фінансування системи охорони здоров'я в Польщі здійснюється за рахунок внесків на обов'язкове медичне страхування і бюджетних коштів, які становлять значну частку (2/3 від загальних надходжень). Приблизно 98% населення має обов'язкове медичне страхування, яке є гарантом доступ до медичних послуг. Реформа системи охорони здоров'я в Польщі зосереджена на якості послуг, використовуються

різноманітні механізми задля підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів та ін.).



РОЗДІЛ 3.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО КОРИГУВАННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Модель коригування реформування системи охорони здоров'я в Україні

Ми здійснили аналіз систем охорони здоров'я України і Німеччини, щоб визначити перспективні напрямки державного регулювання в сфері реформування системи охорони здоров'я в Україні, враховуючи європейський досвід. Конституція України гарантує кожному право на охорону здоров'я, тобто кожний громадянин України, як і іноземець чи особа без громадянства, що перебувають на території України на законних підставах, має право на охорону свого здоров'я. Охорона здоров'я забезпечується за рахунок системної діяльності державних та інших організацій, функціонування яких регулюється Конституцією і законами України. На державу покладений обов'язок щодо створення належних умов надання медичної допомоги і послуг для всіх її громадян. Ці положення Конституції підкріплені рішеннями Конституційного Суду України. Наразі Україна спрямована на європейський вектор розвитку, тож у країні відбувається гармонізація законодавства України до європейських стандартів у галузі охорони здоров'я, зокрема в сфері надання якісної медичної допомоги і послуг. У цьому контексті слід зазначити, що одним із найвагоміших документів є Європейська хартія прав пацієнтів, була прийнята в Римі в листопаді 2002 року. Цей документ зробив великий внесок у розвиток законодавства та реформу системи охорони здоров'я країн ЄС. Система охорони здоров'я виконує покладені на неї функції першочергово за рахунок фінансування та державного регулювання. В основу державного регулювання покладена нормативно-правова база, що окреслює правове положення органів, установ та посадових осіб у галузі охорони здоров'я. Побудова ефективної системи охорони здоров'я, спроможної забезпечувати

населення якісною та доступною медичною допомогою і послугами, – одне із ключових завдань соціальної політики країни. До недавнього часу система охорони здоров'я України фінансувалась за бюджетною моделлю, яка вважається високоефективною у випадку, якщо є достатньо фінансового забезпечення для її функціонування. Необхідно вказати, що найефективнішим методом фінансування медичної галузі є саме метод оплати наданих медичних послуг, що був упроваджений в умовах медичної реформи, особливо цей стосується рівня первинної медицини. Наразі впроваджується в Україні поступово добровільне медичне страхування, що розширило б доступ фінансово забезпечених громадян до високоякісного медичного обслуговування та знизило тиск на державний бюджет.

Система охорони здоров'я Німеччини вважається спроможною забезпечити громадянам доступ до кваліфікованої та високоякісної медичної допомоги і послуг за ціною, яка вважається соціально прийнятною. Базисом системи охорони здоров'я Німеччини є обов'язкове медичне страхування (Krankenversicherung (GKV)), яке разо із пенсійним страхуванням, страхуванням на випадок безробіття, страхуванням від нещасних випадків та довгострокового догляду формує німецьку систему соціального забезпечення. Завданням обов'язкового медичного страхування в Німеччині є збереження здоров'я застрахованої особи, а також відновлення або поліпшення стану її здоров'я. GKV переважно є обов'язковим страхуванням для всіх людей у Німеччині, що класифікуються як не звільнені від страхування і не мають іншого права на покриття у випадку хвороби. Приблизно 87% населення Німеччини, тобто близько 70 млн. осіб застраховані за системою обов'язкового медичного страхування (GKV). Громадяни, в яких упродовж року власна зарплата перевищує межу річного ліміту заробітної плати (die Jahresarbeitsentgeltgrenze), мають право оформити приватне медичне страхування згідно зі схемою замісного медичного страхування (in einer substitutiven Krankenversicherung). Німецьке законодавство про соціальне забезпечення визначає граничний розмір

розрахунку цього ліміту і коригує щороку. На федеральний уряд покладається встановлення річної межі заробітної плати в законодавчих постановах. Внески на обов'язкове медичне страхування розраховуються у відповідності до доходу учасника. Дохід, який перевищує встановлений ліміт нарахування внесків обов'язкового страхування (Beitragsbemessungsgrenze), при цьому не врахований. Згідно з «принципом солідарності» обов'язкового медичного страхування системи охорони здоров'я в Німеччині всі застраховані особи спільно несуть особистий ризик витрат, які пов'язані із захворюванням. Тож більш забезпечені громадяни допомагають менш забезпеченій верстві населення отримувати належний рівень медичного обслуговування. Всі особи, що мають обов'язкове медичне страхування, наділені однакою правом на медичне обслуговування (die medizinische Versorgung) і виплати у випадку втрати заробітку (die Lohnfortzahlung) під час хвороби незалежно від того, наскільки високими є їх дохід та скільки вони сплачують на страхування щомісяця. Розмір страхового внеску головним чином залежить від доходу і спочатку є однакою для всіх обов'язкових медичних страховок. Він становить 14,6% валового доходу, проте тільки до певного рівня заробітної плати, так званого ліміту нарахування внесків. З 14,6% роботодавець та страхувальник платять по 7,3%. Водночас кожна медична страхова компанія може стягувати додаткові внески зі своїх застрахованих осіб у випадку, якщо членських внесків та інших коштів недостатньо для покриття всіх витрат. Приблизно 11% людей, що проживають у Німеччині, – члени приватного медичного страхування (PKV). Для того, щоб мати змогу оформити приватне страхування, слід виконати ряд вимог. До прикладу, власна зарплата бруто особи повинна перевищувати певну межу впродовж року. Самозайняті особи теж можуть оформити приватне медичне страхування. У свою чергу, розмір страхових внесків у приватному медичному страхуванні залежить не від доходу, а від віку, стану здоров'я і бажаних виплат. Усі приватні медичні страховики пропонують єдиний базовий тариф, згідно з яким можна застрахуватись на

певних умовах, а подальша зміна базового тарифу є можливою за певних умов. Розмір основного тарифу не може бути вищим зма максимальну ставку загальнообов'язкового медичного страхування. За вказаних умов певною мірою створюються прецеденти дискримінації осіб похилого віку і тих, що мають хронічні захворювання, оскільки для таких осіб приватні страхові компанії часто встановлюють завищені розміри страхових внесків. Водночас держава визначає рамкові умови надання медичної допомоги, але подальша організація й фінансування окремих медичних послуг є завданням так званого самоуправління в системі охорони здоров'я. Його здійснюють спільно представники лікарів та стоматологів, психотерапевтів, лікарень, медичних страхових компаній і застрахованих осіб. Об'єднаний федеральний комітет є вищим органом самоврядування в межах обов'язкового медичного страхування. Обов'язкове медичне страхування зобов'язане страхувати громадян і гарантувати їм отримання медичних послуг. Саме тому вони укладають договори зі значною кількістю установ та організацій, у тому числі з асоціаціями лікарів та стоматологів обов'язкового медичного страхування, а також асоціаціями лікарень та фармацевтів. На федеральному рівні асоціація всіх державних медичних страхових компаній має назву «GKV-Spitzenverband», вона бере на себе юридично визначені завдання і представляє інтереси різноманітних медичних страховиків. Відповідно, приватне медичне страхування пропонує своїм клієнтам повне, часткове чи додаткове страхування. Окремо існує асоціація лікарів та стоматологів обов'язкового медичного страхування, тобто всі лікарі й психотерапевти, що надають послуги з обов'язкового медичного страхування, об'єднуються в федеральних землях в Асоціації лікарів обов'язкового медичного страхування (Kassenärztlichen Vereinigungen «KV»), а стоматологи – в Асоціацію стоматологів з обов'язкового медичного страхування (Zahnärzte in Kassenzahnärztlichen Vereinigungen «KZV»). На рівні федеральних земель всі лікарі та стоматологи, психотерапевти і фармацевти – обов'язкові члени своєї компетентної регіональної палати. В завдання палат входить контроль

за виконанням професійних обов'язків і дотриманням норм рентгенівського та радіаційного випромінювання. Вони відповідають за професійне визнання, експертизу, а також оцінку й арбітраж у випадку виникнення звинувачень у неправомірній діяльності. Регіональні палати на федеральному рівні створюють відповідні федеральні палати. На федеральному рівні відповідальними асоціаціями є Федеральна асоціація лікарів обов'язкового медичного страхування (Kassenärztliche Bundesvereinigung «KBV») та Федеральна асоціація стоматологів з обов'язкового медичного страхування (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung «KZBV»). Вільний вибір лікаря і стоматолога, позаштатна робота і самоуправління всередині асоціацій – це сильна сторона системи охорони здоров'я в Німеччині. Захист довірчих відносин між пацієнтами та їхніми стоматологами, а також лікарями – першочергове завдання цих асоціацій. В Україні існує ряд асоціацій, що мають певною мірою схожу структуру і завдання. Прикладами цих асоціацій є Українська асоціація лікарів-психологів (УАЛіП), до головних завдань якої належать об'єднання спеціалістів, які зацікавлені в розвитку медичної (клінічної) психології й системи психічного здоров'я, а також створення інформаційного центру з питань медичної психології та ін. Варто згадати й асоціації серцево-судинних хірургів України, бариатричної хірургії, гендерної медицини і освіти, медичних сестер, неврологів, педіатрів та ін. Система охорони здоров'я в Німеччині фінансується переважно за рахунок внесків застрахованих громадян і роботодавців. Варто додати, що також існують субсидії з податкових надходжень. Згадаємо, що такі державні системи охорони здоров'я, як у Великобританії або Швеції, використовують податкові надходження. В системах вільного ринку, наприклад США, чимало громадян самостійно оплачують витрати на лікування і втрату заробітку через хворобу чи оформляють приватну страховку. В розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» зазначено, що міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та дослідження

специфіки використовуваної в наш час моделі системи охорони здоров'я України вказує на те, що єдиний спосіб забезпечення якісного медичного захисту без фінансового стресу для громадян – це перехід до фінансування медицини згідно із страховим принципом. Такий підхід дає змогу розподілити ризики хвороби і витрати на лікування між значною кількістю застрахованих осіб, збираючи заздалегідь посильні внески з великого пулу людей та спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у випадку хвороби або іншого розладу здоров'я. Становлення страхової медицини в Україні відбувалось поступово. Так, зокрема, в грудні 2017 року була створена Національна служба здоров'я України, що реалізує державну політику в сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Тож НСЗУ – це національний страховик, який укладає договори із закладами охорони здоров'я і заковує в них послуги з медичного обслуговування населення. Наразі в межах Програми медичних гарантій функціонує первинна допомога. Наступним кроком у становленні страхової медицини в Україні стала адаптація закладів охорони здоров'я до нових моделей підпорядкування, функціонування і фінансування. Реорганізація закладів охорони здоров'я України з державних установ в казенні підприємства і з комунальних установ у комунальні некомерційні підприємства стала фундаментом для розвитку конкуренції на ринку медичних послуг. Система, яка впроваджується, дає змогу пацієнтам самостійно обрати заклад охорони здоров'я з метою отримання медичної допомоги і послуг, а отже, створює між суб'єктами сфери охорони здоров'я здорову конкуренцію.

В подальшому перспективним напрямком має стати розробка і прийняття Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування». Водночас суб'єктами цієї організаційно-правової форми соціального забезпечення мають бути застраховані особи, страхувальники, страховик, заклади охорони здоров'я, Фонд загальнообов'язкового соціального медичного страхування, уповноважений орган виконавчої влади,

який реалізує державну політику в сфері загальнообов'язкового соціального медичного страхування, об'єднання страхувальників, об'єднання застрахованих осіб та об'єднання закладів охорони здоров'я. У свою чергу, державний страховик має забезпечувати мінімальний набір медичних послуг з урахуванням пріоритизації, а приватні страхові компанії можуть забезпечити додаткові страхові програми на ширший спектр медичних послуг для деяких категорій осіб. Тож урахування вказаних аспектів здатне створити конкурентний ринок з-поміж закладів охорони здоров'я, що стане причиною необхідності перебудови системи контролю якості медичних послуг. Безперечно, це матиме позитивний вплив на медичну систему в Україні. При підході до побудови національної системи медичного страхування потрібно забезпечити мінімальний рівень страхування (екстрена допомога) для населення за рахунок держави та залишити можливість розширеного страхування завдяки приватним структурам. Задля запровадження в Україні було запропоновано модель державного солідарного медичного страхування, що враховує кращі сучасні практики і досвід трансформації систем охорони здоров'я в світі, зокрема, в Німеччині. Головним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я залишаються кошти Державного бюджету України, одержані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремого громадянина не прив'язуються до розміру його індивідуальних внесків, який є відмінним у порівнянні з Німеччиною. Наразі головна частина фінансових ресурсів Національної служби здоров'я України спрямовується на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, що почала працювати з 1 квітня 2020 року. Передбачаються витрати на централізовану закупівлю лікарських засобів, підготовку медичних кадрів, громадське здоров'я та боротьбу з епідеміями, а також вакцинацію від COVID-19 і екстрену медичну допомогу. Федеральне міністерство охорони здоров'я Німеччини (BMG) на федеральному рівні формує політику охорони здоров'я. Також воно готує закони і розробляє адміністративні нормативні

акти щодо самоврядної діяльності в сфері охорони здоров'я. Цілий ряд установ і органів влади, що займаються загальними проблемами охорони здоров'я, також підпорядковуються BMG. Серед них варто згадати Федеральний інститут ліків та медичних виробів (BfArM) і Інститут Поля Ерліха (PEI). BfArM відповідає за схвалення лікарських засобів, а до завдань PEI входить затвердження вакцин, що є досить важливим за сучасних умов. У межах обов'язкового медичного страхування Федеральний об'єднаний комітет (G-BA) – це вищий орган, який приймає рішення щодо спільного самоврядування в галузі охорони здоров'я. До складу G-BA входять представники лікарів, стоматологів та психотерапевтів, страхових компаній, лікарень і пацієнтів. Будучи центральним органом самоврядування на федеральному рівні G-BA, окрім іншого, вирішує, які саме медичні послуги оплачують фонди обов'язкового медичного страхування і в якій формі вони надаються. Водночас G-BA відповідає за заходи забезпечення якості поставок. G-BA в своїй роботі підтримується Інститутом якості та ефективності охорони здоров'я (IQWiG). Інститут досліджує переваги та ризики, що виникають у процесі лікування й обстеження пацієнтів. Експерти оцінюють одержану інформацію з певних досліджень і результати використовують їх у подальшому з метою реформування системи охорони здоров'я. Варто згадати, що в Україні існує «Український фармацевтичний інститут якості» (ДП «УФІЯ»), що напрямки діяльності, ідентичні напрямкам німецького «Інституту якості та ефективності охорони здоров'я», оскільки цей інститут здійснює діяльність з гармонізації власної діяльності й вимог нормативної документації згідно з міжнародними стандартами, орієнтуючись на країни ЄС, у тому числі на Німеччину. В порівнянні з Німеччиною Міністерство охорони здоров'я України є провідним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який забезпечує формування і реалізує державну політику та завдання в сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження і профілактики

неінфекційних захворювань, забезпечує формування і реалізує державну політику в таких сферах, як розвиток медичних послуг, упровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, розвиток кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, вищої медичної, фармацевтичної освіти та науки та ін. Міністерство охорони здоров'я України в своїй діяльності керується Конституцією і законами України, указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції і законів України, актами Кабінету Міністрів України, а також іншими актами законодавства. Головним завданням служби охорони здоров'я в Німеччині (ÖGD) є захист населення від небезпеки для здоров'я. Так, місцеві органи охорони здоров'я дбають про гігієну в комунальних закладах, піклуються про недопущення поширення інфекцій і загальне зміцнення здоров'я нації. Також вони надають поради і допомогу громадянам із психосоціальними проблемами. В Німеччині окремо існує чимало немедичних професій охорони здоров'я (nicht ärztliche Heilberufe), до яких входять фізіотерапевти, логопеди, медсестри і акушерки. Через те, що вони пропонують пільги з медичного страхування, їхні асоціації також укладають договори з Національною асоціацією фондів обов'язкового медичного страхування і медичними страховими компаніями. В Німеччині багато людей об'єдналися для того, щоб сформувати групи самопомоги й організації пацієнтів, що консультують і підтримують інших пацієнтів. Цей досвід досить цікавий і його можна використати для реформування системи охорони здоров'я в Україні, тому що значна кількість пацієнтів може ділитись власним досвідом і допомагати в такий спосіб іншим пацієнтам. Варто звернути увагу і на те, що Федеральне міністерство охорони здоров'я визнало та нещодавно створило основу для того, щоб була можливість використовувати багато переваг діджиталізації в сфері охорони здоров'я Німеччини. Варто окремо згадати запровадження електронної картки пацієнта (ePA), упровадження електронного рецепта (e-rezept),

створення нового доступу до цифрових медичних програм (DiGA чи «Додаток за рецептом»), просування телемедицини і створення дослідницького центру обробки даних. Крім того, в 2019 році був створений «Інноваційний центр охорони здоров'я» в якості джерела для інноваційних ідей, а також платформи для діалогу між державою і споживачами цифрових технологій. Водночас Федеральне міністерство охорони здоров'я в сукупності з Майбутнім регіоном цифрового здоров'я (Zukunftsregion Digitale Gesundheit) започаткувало ініціативу, що мала на меті до кінця 2022 року практично випробувати новітні діджиталізовані рішення і отримати знання про їх використання в системі охорони здоров'я Німеччини в тестовому регіоні Берлін-Бранденбург. На офіційному сайті Федерального Міністерства охорони здоров'я Німеччини в статті, яка присвячена перспективі діджиталізації охорони здоров'я, зазначається, що діджиталізація німецької системи охорони здоров'я досягне успіху у випадку, якщо будуть визначені правильні цілі і знайдені рішення. Для успішного узгодження і формування цього проєкту BMG було ініційовано форум інновацій «Цифрове здоров'я 2025» для створення простору для структурованого обміну ідеями. З метою розробки спільного бачення успішної цифрової системи охорони здоров'я Німеччини було залучено експертів з усіх сфер системи охорони здоров'я. Свій внесок зробили постачальники медичних послуг, страхові компанії, представники пацієнтів, представники наукових та промислових компаній, а також державні суб'єкти. Вони також подбали про залучення експертів з практики, що мають значний досвід у проєктах оцифрування. Для порівняння варто згадати, що Міністерство охорони здоров'я України продовжило процес відмови від паперових звітів і документів у сфері охорони здоров'я для того, щоб знизити ризики корупції і полегшити пацієнтам та лікарям процес лікування. Саме тому останнім часом відбувається стрімка інтеграція цифрових комп'ютерних технологій у сферу охорони здоров'я. І в Україні, і в Німеччині існує електронна картка пацієнта і електронний рецепт, хоча це нововведення працює не всюди. Розпочата реформа основана на необхідності

широкого використання інформаційних технологій, і її вагомим інструментом стала розбудова сучасної електронної системи охорони здоров'я, що надає можливість поступового підвищення ефективності та прозорості діяльності суб'єктів сфери охорони здоров'я і мінімізувати корупційний компонент. На основі електронної системи охорони здоров'я було розроблено зручні для пацієнтів та інших учасників правовідносини в сфері охорони здоров'я інтернет-сервіси, завдяки яким можна обрати лікаря і укласти з ним декларацію, виписати і отримати електронний рецепт на ліки, записатись на прийом до лікаря, укласти договір з Національною службою здоров'я України, а також здійснюється процедура звітування за надані медичні послуги. Але все-таки є проблемою те, що досі не вирішене питання правового регулювання медичних правовідносин щодо надання згоди на медичне втручання. У 2020 році було винесене розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я», в якому було зазначено, що під електронною охороною здоров'я в Україні, тобто eHealth, варто розуміти екосистему гармонічних і взаємоприйнятних інформаційних відносин усіх учасників медичного середовища держави, що базуються на економічно ефективному і безпечному використанні інформаційно-комунікаційних технологій, які спрямовані на підтримку системи охорони здоров'я, включаючи медичні послуги, профілактичний нагляд за здоров'ям, медичну літературу і медичну освіту, знання і дослідження. Створена електронна система eHealth сформована з Центральної бази даних (ЦБД), яка забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією і документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами, а також з МІС, тобто електронної медичної інформаційної системи, що надає можливість автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати та обмінюватись інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних. Варто також відзначити, що реформи, які

пов'язані з діджиталізацією, наразі відбуваються доволі стрімко, що прискорює євроінтеграційні процеси в Україні в сфері охорони здоров'я. Перехід на електронну систему охорони здоров'я відзначається позитивними наслідками, тому що це спрощує зв'язок між лікарем чи медичною установою і пацієнтом. Проте досі існує проблема з її фінансуванням, оскільки не всі лікарні мають достатню кількість коштів для реалізації переходу на цю систему.

Система механізмів публічного управління охороною здоров'я в Німеччині основана на ретельно структурованому медичному страхуванні, яке складається з державного медичного страхування і страхування приватних фондів. Державне страхування має приблизно 89% населення, приватне – 9%, а 2% отримують медичну допомогу за спеціальними державними програмами (військові та поліцейські). Фактичний внесок державного медичного страхування в загальні витрати на охорону здоров'я в Німеччині становить більше 60%. Водночас кошти надходять з інших фондів системи державного страхування (з фондів пенсійного страхування, страхування від виробничих травм) і державної скарбниці. Внески для державного медичного страхування в Німеччині збираються лікарняними фондами, тобто незалежними органами самоврядування, а урядове агентство контролює їхню діяльність та керує нею. На федеральному рівні система охорони здоров'я очолюється федеральним Міністерством охорони здоров'я й соціального забезпечення, що також має загальну політику державного медичного страхування, насамперед щодо питання рівності, повноти, порядку надання та фінансування соціальних медичних послуг. Державно-правове регулювання німецької системи соціального страхування в цілому базується на Соціальному кодексі, п'ята книга якого стосується державного медичного страхування. Згідно з федеральним законодавством відповідальність за планування роботи механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в Німеччині покладається на землі (загалом 16 федеральних земель). Кожна земля має забезпечити стабільне фінансування

лікарень і гарантувати забезпечення суспільних потреб в охороні здоров'я. Саме тому країна розробляє власне законодавство про охорону здоров'я, враховуючи специфіку регіону, його соціальний, економічний розвиток та ін., що є причиною значної різниці в характері, обмеженнях та методах планування медичних програм у регіонах.

Медичне страхування переважно (57%) фінансується за допомогою внесків обов'язкового державного медичного страхування – Gesetzliche Krankenversicherung. Цим видом страхування охоплено приблизно 90% населення, а решта має приватне страхування чи покривається іншими спеціальними державними програмами, наприклад військовослужбовці, працівники поліції і отримувачі соціального забезпечення та ін.). Приблизно 10,5% внесків надходять з інших фондів системи державного страхування (пенсійне страхування, страхування від нещасних випадків на виробництві), а інші кошти – від приватних страховиків Private Krankenversicherung (8,4%) та прямих особистих платежів (12,2%). Всі лікарні в Німеччині є некомерційними організаціями, що зобов'язані сплачувати членські внески і мають право встановлювати ставку внеску, яка необхідна для покриття витрат. З-поміж головних переваг німецької системи охорони здоров'я варто згадати високу якість наданої медичної допомоги, сучасне медичне обладнання в установах профілактичної допомоги, належну кваліфікацію медичних працівників та доступність медичної допомоги для всіх громадян. Система медичного страхування в Німеччині забезпечує населення цілим спектром безкоштовних послуг, включаючи амбулаторне і стаціонарне лікування, надання ліків за рецептом, забезпечення медичним обладнанням, а також оплату проїзду до медичного закладу та ін.

3.2. Рекомендації щодо вдосконалення законодавчої бази України в системі охорони здоров'я

Відповідно до ієрархії системи нормативних актів, система законодавства в сфері охорони здоров'я включає такі групи (рівні)

нормативно-правових актів: Конституція України (ст. 49 – право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування); галузеві кодекси, що містять загальні норми, які застосовуються в медичній сфері (Цивільний та Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю та ін.); основи законодавства України про охорону здоров'я як основний (базовий) спеціальний закон у цій сфері; спеціальні закони, які покликані регулювати деякі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання та ін.); акти центральних та місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази і розпорядження МОЗ України, а також нормативно-правові акти інших органів влади).

Огляд законів у сфері охорони здоров'я в Україні вказує на неоднозначний підхід законодавця до визначення кола суб'єктів управління в медичній галузі. Так, зокрема, суб'єкти управління визначаються наступним чином: КМУ і центральний орган влади; КМУ, центральний орган влади, місцеві органи влади та органи самоврядування; КМУ, центральний орган влади, інші центральні органи виконавчої влади, місцеві органи влади та органи самоврядування; КМУ, центральний орган влади, інші центральні органи виконавчої влади, місцеві органи влади та органи самоврядування, посадовці та керівники. Безперечно, не завжди доцільно вказувати в законодавчих актах органи управління у сфері охорони здоров'я, але, якщо вони визначаються, то повинна бути дотримана однозначність у визначенні кола. Тому варто доповнити Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19.11.1992 р. статтею 15-1 «Державне управління у сфері охорони здоров'я» з таким змістом: суб'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є Кабінет Міністрів України, центральний орган виконавчої влади (Міністерство охорони здоров'я), місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоуправління, центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані

медичні заклади, посадові особи та керівники. А також слід внести аналогічне доповнення до статті про державне управління в законах України у сфері охорони здоров'я.

Як показав здійснений нами аналіз, класифікація законодавства в сфері охорони здоров'я ускладнюється через те, що:

1) з погляду правового регулювання сфера охорони здоров'я є комплексною. Комплексний характер головним чином спричинений наявністю приватних та публічних правовідносин, що становлять предмет вказаного правового утворення, уможлиблює поширення на ці відносини норм фундаментальних (базових) галузей права, що регулюють однорідні відносини (сфери цивільного, адміністративного, фінансового, кримінального і процесуального права). Тож до неї входять правові норми різної галузевої приналежності: конституційного, адміністративного, фінансового, цивільного, трудового та інших галузей права. Прихильники конституційного права акцентують увагу на праві людини на охорону здоров'я, а прихильники адміністративного права звертають увагу на основну роль адміністративних засад першочергово у державному регулюванні сфери охорони здоров'я, а прихильники цивільно-правового підходу ратували за пріоритетність принципу рівності й диспозитивності у взаєминах лікаря і пацієнта;

2) за багато років незалежності України було здійснено декілька масштабних спроб реформувати національну систему охорони здоров'я, але зміни до законодавства в сфері охорони здоров'я вносились без певної системи. Соціальна значимість сфери охорони здоров'я є причиною обачливого ставлення представників законодавчої і виконавчої влади до внесення змін у наявний порядок функціонування системи охорони здоров'я. Але основою для масштабного реформування і національної системи охорони здоров'я, і законодавства України в сфері охорони здоров'я повинна стати чітка державна політика в цій галузі й відповідна стратегія її впровадження, якої також не існує в Україні;

3) законодавство в сфері охорони здоров'я відзначається розрізненістю і суперечністю (різні норми, які регулюють одне або суміжне коло питань, містяться в різних нормативно-правових актах та/або по-різному регулюють одне і те саме питання).

В цілому класифікація законодавства в сфері охорони здоров'я ускладнюється через об'єктивні (першочергово комплексний характер відносин у вказаній галузі) й суб'єктивні (відсутність стратегічних документів, що слугували б основою для розвитку і вдосконалення законодавства в сфері охорони здоров'я) причини. Не всі прийняті програми і законодавчі акти в сфері реформування охорони здоров'я розроблені на належному рівні. До прикладу, такий важливий документ, як Стратегія сталого розвитку «Україна–2020», не був належним чином підготовлений, а його розробка не враховує результати аналізу поточного стану соціально-економічного розвитку України, що повинен був передувати розробці стратегічного документу. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII (ЗУ № 2168-VIII) включає важливі правові положення щодо запровадження фінансових аспектів медичного обслуговування населення, але до Конституційного Суду України надійшло подання перевірити на відповідність Конституції статті 3 та 4 ЗУ № 2168-VIII. Крім того, в конституційному поданні вказана невідповідність ЗУ № 2168-VIII статтям 8, 19, 22, 26, 49, 64, 85, 92, 95 Конституції України, що унеможливорює правозастосування і забезпечення конституційної гарантії права на охорону здоров'я, що створює підстави для визнання цього Закону неконституційним. Водночас аналіз ЗУ № 2168-VIII виявив такі індикатори корупціогенності, як: наявність цілої низки оціночних понять («лікарські засоби належної якості», «певні категорії осіб», «раціональне використання коштів» та ін.), які надають можливість уповноваженому органу діяти на власний розсуд; наявність так званих «дискреційних повноважень», що виявляються через надання права органу в процесі виявлення відповідних обставин приймати

або не приймати управлінське рішення в залежності від своєї оцінки цих фактів; нечіткість нормативних приписів, що може спричинити їх неоднозначне тлумачення при реалізації; відсутність жодного положення щодо спеціальних обмежень і заборон діяльності уповноваженого органу; відсутність санкцій за невиконання чи неефективне виконання покладених обов'язків на уповноважений орган і осіб, що будуть нести відповідальність за порушення, невиконання чи неефективне виконання покладених на них обов'язків та ін.

Окрема проблема полягає в несформованості комплексного підходу до реформування сучасного механізму фінансування галузі охорони здоров'я в Україні на засадах обов'язкового медичного страхування. Чимало моментів у законодавстві не відображені чи мають фрагментарне висвітлення, а багато запропонованих норм суперечать між собою в межах навіть одного законопроекту. Вагомим кроком на шляху розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні повинне стати введення незалежного громадського контролю, ціль якого – підвищення якості діяльності медичних закладів та надання медичної допомоги пацієнтам у будь-якій медичній організації. Для цього в Основи законодавства України про охорону здоров'я від 26 січня 1993 року 2427-VIII доцільно внести певні зміни та доповнення такого вмісту:

1. Громадський контроль якості та безпеки медичної діяльності здійснюється громадськими комісіями з контролю якості та безпеки медичної діяльності.
2. Громадські комісії створюються для сприяння реалізації державної політики із забезпечення прав громадян у сфері охорони здоров'я рішенням органів місцевого самоврядування та діють на постійній основі.
3. До складу громадських комісій входять сім осіб: три представники громадських об'єднань, статутна діяльність яких пов'язана зі сферою охорони здоров'я, і чотири жителі територіальної громади.
4. Правове положення громадських комісій і порядок здійснення ними

громадського контролю якості та безпеки медичної діяльності визначені Типовим положенням про громадські комісії з контролю якості та безпеки медичної діяльності, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

Вже станом на 2014 рік в Україні була нестача професійних управлінських кадрів, відсутність технічних можливостей, людей і коштів задля оперативного моніторингу результатів реформи, їхнього аналізу і розробки кроків з виправлення помилок, брак лідерства в проведенні реформи, брак координації між центральними і місцевими органами влади і пілотних, і непілотних регіонів, а також брак фінансування. Все це означає низьку спроможність якісно реалізувати реформу системи охорони здоров'я в Україні. Крім того, без наявності дієвого контролю за якістю медичної допомоги будь-яка реформа в нашій країні не може спрацювати. При цьому були виявлені й інші проблеми, які потребують розв'язання. Серед них варто віднести такі, як: недостатня визначеність ролі й механізмів об'єднаними територіальними громадами забезпечення для населення похилого віку первинної медичної допомоги, паліативної допомоги невиліковним хворим, проведення компаній із щепленням, медсестринською допомогою та ін. Слід констатувати і такі недоліки, які треба усунути: закриття в багатьох містах районних лікарень через їхню недостатню завантаженість та нерентабельність як результат реформування вторинної і третинної медичної допомоги; укрупнення госпітальних округів та лікарняних закладів за допомогою централізації, через що спеціалізована медична допомога стає менш доступною для сільських жителів, проживаючих у віддалених регіонах. Первинна ланка медичної допомоги вже сформована, але перші результати її діяльності не у всіх напрямках можна вважати позитивними. Фахівці відзначають низьку якість медикаментів, які безкоштовно надаються громадянам згідно з урядовою програмою «Доступні ліки». Найдешевші ліки далеко не найкращі. Закуплені за процедурою тендера ліки через свою дешевизну доволі часто малоефективні і не завжди підходять пацієнтам. Крім того, включені до списку безкоштовних інколи призводять до негативних

наслідків.

Наразі існує суперечливість між правовими положеннями Основ законодавства від 26 січня 1993 року 2427-VIII, що встановлюють для населення багатoproфільну, якісну та доступну медичну допомогу і окремими підзаконними актами. Відповідно до другого етапу реформування системи охорони здоров'я в Україні створені госпітальні округи. Постановою КМУ «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» від 30.11.2016 року № 932 центром госпітального округу визначений населений пункт з населенням понад 40 тис. осіб, в якому розміщена багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого типу. Порядок створення госпітальних округів, а також критерії їх утворення і меж можна вважати недостатньо продуманими, що стає причиною проблем надання медичної допомоги для сільських мешканців.

Розглядаючи питання вільного вибору пацієнтом лікаря, можна зробити висновок про те, що спостерігається нормативне багатоманіття в підходах з цього питання. Так, пацієнт може обрати будь-якого лікаря, але його вибір сповнений перепон етапності:

- 1) при наданні медичної допомоги згідно з програмою медичних гарантій право пацієнта на вільний вибір лікаря обмежене вибором лікаря первинної ланки;

- 2) при наданні медичної допомоги поза межами програми вільний вибір має забезпечуватись на підставі ст. ст. 6 і 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 26 січня 1993 року 2427-VIII.

Наразі актуальним завданням є подальший розвиток електронних послуг у сфері охорони здоров'я. Фахівцям потрібно: більш активно залучати громадян до обговорення цього нововведення, визначення їхніх потреб, врахування пропозицій щодо удосконалення; посилення захисту персональних даних у сфері електронної медицини завдяки використанню методу анонімізації даних, урахуваючи досвід зарубіжних країн, що спричинить зростання довіри громадян до електронних сервісів і зниження

рівня зловживань у цій сфері; проведення періодичного аналізу кращих практик щодо запровадження електронних медичних послуг із застосуванням технологій Інтернету речей з метою вдосконалення використання цих технологій у сфері охорони здоров'я в Україні. Однією з проблем вторинної і третинної медичної допомоги наразі є її надання тільки за місцем проживання. В Україні відсутні законодавчі або нормативно-правові акти, що обмежували б вторинний тип допомоги за місцем реєстрації. Але на практиці в лікарнях другої ланки від пацієнтів вимагають зареєстрованого місця проживання на території обслуговування закладу чи підтвердження свого місця проживання. В протилежному випадку пацієнти змушені сплачувати «благодійні внески» або здійснювати інші неофіційні платежі. Зауважимо, що в Україні велика кількість населення знаходиться без прописки. Варто закріпити в наказі МОН України «Порядок надання третинної (висококваліфікованої) медичної допомоги у екстрених випадках» чіткий і вичерпний перелік екстрених випадків надання третинної (висококваліфікованої) медичної допомоги.

Водночас запровадження сімейної медицини в Україні має певні недоліки: в різних медичних закладах і на територіях встановлена неоднакова заробітна плата медиків, вона не підвищена для медсестринського персоналу, навантаження яких значно зросло. Про успіхи й результативність другого етапу реформування системи охорони здоров'я в Україні стверджувати ще зарано, але прогалини в організації та забезпеченості очевидні. Про необхідність удосконалення реформування сфери охорони здоров'я на вказаному етапі можна ставити питання на всіх її напрямках і рівнях, від державних до місцевих органів влади, і головним при цьому є встановлення ефективної взаємодії між ними. Провідними напрямками вдосконалення нормативно-правового регулювання адміністративного управління в сфері охорони здоров'я є коригування державної політики щодо поставленої мети, цілей, принципів, завдань і прийняття з цією метою єдиного комплексного законодавчого акту, який урегулював би відносини в сфері надання

первинної, вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Є необхідним внесення змін та доповнень до прийнятих законів, зокрема до ЗУ № 2168-VIII, що містить вагомі правові положення щодо фінансових аспектів медичного обслуговування населення, але виникли сумніви щодо конституційності окремих норм. Недосконалість вказаного Закону сприяла виявленню індикаторів корупціогенності та порушень принципу справедливості в доступі до медичної допомоги. Потрібно встановити справедливий доступ сільського населення віддалених районів до медичної допомоги, усунути проблеми вторинної і третинної медичної допомоги щодо її надання тільки за місцем проживання пацієнтів, а також їхні права на вільний вибір лікаря.

Незважаючи на те, що медичне страхування припинило бути ексклюзивною послугою, а поліси ДМС залишаються доволі дороговартісним задоволенням. Але значного поширення на вітчизняному страховому ринку медичне страхування ще не набуло, що підтверджує вітчизняна статистика, відповідно до якої частка послуги добровільного медичного страхування в загальному об'ємі страхового ринку складає тільки 2,6%, при загальній кількості застрахованих даним видом страхування у 2% від загальної кількості населення, в тому числі індивідуальних страхувальників – менше 1%. Хоча в умовах кризового розвитку економіки в Україні добровільне медичне страхування поступово завойовує свої позиції на вітчизняному страховому ринку, поступаючись за темпами зростання хіба що автомобільному страхуванню. Однак якість цих страхових послуг не завжди виправдовує сподівання. До прикладу, можуть виникнути труднощі, якщо людині потрібно негайно придбати ліки і вона розраховує на відшкодування їхньої вартості від страхової компанії. Внутрішні неузгодженості й відсутність договорів між страховими компаніями, лікарнями і аптеками не повинна впливати на інтереси споживачів страхових і медичних послуг. Проект закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» може вважатись основним законодавчим

актом, який створює основу для розвитку охорони здоров'я, і його введення справить великий вплив на добробут населення та громадське здоров'я.

Окремо існує проблема адаптації законодавства в сфері запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні. Закон України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування» повинен визначати засади та механізми функціонування системи загальнообов'язкового державного медичного страхування, порядок призначення та виплати грошових допомог, надання соціальних послуг з коштів Фонду медичного страхування. Водночас у цьому нормативному документі повинні бути зафіксовані: права та обов'язки суб'єктів державного медичного страхування; види та умови набуття права на грошові виплати і соціальні послуги, а також порядок визначення їхніх розмірів і обсягу; порядок здійснення страхових виплат; порядок використання коштів Фонду медичного страхування; організація та порядок здійснення управління в системі загальнообов'язкового державного медичного страхування. Оскільки загальнообов'язкове медичне страхування – це не вид особистого страхування, а відповідні відносини не входять до предмета цивільного права, тому, будучи фундаментом соціального страхування, воно має свої цілі, завдання, функції, принципи, суб'єкти та зміст. Цей вид страхування носить примусовий характер та включений до загальної системи охорони здоров'я, що фінансується за рахунок не лише обов'язкових страхових внесків, але й з Державного бюджету, місцевих бюджетів та роботодавців через систему колективних договорів і угод. У преамбулі Закону України «Про страхування» зазначено, що цей Закон регулює відносини в сфері страхування та спрямовується на створення ринку страхових послуг, посилення страхового захисту майнових інтересів підприємств, установ, організацій і фізичних осіб, а його дія не поширюється на державне соціальне страхування. Орієнтація України на інтеграцію до Європейського Союзу і ратифікація цілої низки загальносвітових та регіональних документів відкривають для України нові можливості долучитись до найпрогресивніших

надбань людства, зокрема, в царині охорони здоров'я. Велика увага приділяється правовим, організаційним, управлінським та фінансовим засадам медичного страхування населення і на рівні міжнародних організацій, і в законодавстві іноземних країн. До провідних завдань державного медичного страхування слід віднести: максимальне охоплення медичним страхуванням всіх категорій населення; покращення доступу застрахованих осіб до медичних послуг; доцільне, цільове та раціональне фінансування медичних послуг і належне управління якістю їхнього надання; захист прав та інтересів застрахованих осіб при отриманні медичних послуг. Задля повної реалізації конституційного права громадян на охорону здоров'я та підвищення якості надання медичної допомоги в Україні Кабінет Міністрів України повинен розробити і подати на розгляд Верховної Ради України законодавчі пропозиції щодо ратифікації в цілому конвенцій Міжнародної організації праці №102 «Про мінімальні норми соціального забезпечення» і №130 «Про медичну допомогу та допомоги у випадку хвороби». Задля посилення координації заходів, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, усунення дублювання функцій та подолання диспропорцій у сфері дії та раціонального використання фінансових, технічних і кадрових ресурсів, оптимізації організаційно-управлінських процесів, доречно об'єднати медичне страхування і страхування через тимчасову втрату працездатності і витрати, зумовлені похованням, під егідою загальнообов'язкового державного медичного страхування. В середньостроковій перспективі (впродовж п'яти років) слід приєднати до об'єданого виду соціального страхування страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання. Перспективність цієї реформи спричинена ідентичністю головних завдань вказаних видів загальнообов'язкового державного соціального страхування, зокрема: відновлення здоров'я та працездатності застрахованої особи, проведення профілактичних заходів, які спрямовані на запобігання захворюванням та іншим випадкам загрози здоров'ю застрахованих осіб.

Певною мірою схожими за своєю природою та суттю є страхові ризики, що безпосередньо стосуються збереження здоров'я громадян і надання їм медичної допомоги. Вказані ризики охоплюють: необхідність отримання медичної допомоги, тимчасову непрацездатність, трудове каліцтво та професійне захворювання, материнство, інвалідність, а також потребу в забезпеченні санаторно-курортним лікуванням. Згідно зі стратегією євроінтеграції, адаптація законодавства України до законодавства ЄС полягає в зближенні національного законодавства з сучасною європейською системою права, що забезпечить розвиток політичної, підприємницької, соціальної, культурної активності громадян України, економічний розвиток держави в межах ЄС, а також сприятиме поступовому зростанню рівня життя населення. В основу проведення обов'язкового медичного страхування було закладено програми обов'язкового медичного обслуговування, що визначають обсяги та умови надання населенню медичної й лікувальної допомоги. Програма охоплює мінімально необхідний перелік медичних послуг, які гарантовані кожному громадянину, який має право ними користуватись.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного дослідження ми можемо зробити наступні висновки. Змістовне наповнення національних політик щодо первинної медичної допомоги було сформоване внаслідок впливу особливих для них внутрішніх, зовнішніх історичних, соціально-політичних, економічних та інших чинників. Своїм еволюційним шляхом світове суспільство обґрунтувало кілька підходів до вироблення та реалізації вказаної політики. Цей досвід узагальнила ВООЗ, яка наголосила на його актуальності та невідкладності, підкресливши, що саме ця політика спроможна забезпечити загальну доступність населення до надання первинної медичної допомоги. Так, у переважній більшості країн світу вона охоплює майже 90% населення. Вартість первинної медичної допомоги послуг є значно нижчою в порівнянні з вищими рівнями медичної допомоги, адже насамперед вона спрямовується на збереження здоров'я, тобто здоров'язбереження. Впродовж тривалих реформаторських пошуків суспільство виробило три загальновизнані та водночас відносно самостійні моделі: страхову модель (модель Бісмарка); модель державного фінансування («бюджетна (державна)» модель Беверіджа) та приватну модель. Вони мають певні відмінності, але ці моделі мають багато спільних рис. Зокрема, вони поєднують медичних суб'єктів різних форм власності. Є солідарне фінансування з різних джерел, одне з яких переважає в кожній моделі. Тож у їхніх найменуваннях основною є саме фінансова ознака. В страховій моделі (моделі Бісмарка) переважає частка (приблизно 74%) оплати послуг за рахунок медичного страхування, що є гарантованою для кожного громадянина, незалежно від величини поточної суми загального внеску. Ця модель вде показала власну практичну надійність (живучість), вона є соціально визнаною, сприйнятою та поширеною в світі і обслуговує близько 70% населення в світі, зокрема в країнах Європи: Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії та ін.

Приватна модель базується на домінуванні в оплаті послуг первинної

медичної допомоги власних коштів громадян. В основі функціонування цієї моделі лежить медичне підприємництво. Ця модель комбінує сукупність приватних закладів охорони здоров'я і утвердилась переважно в США та Японії.

«Державна (бюджетна)» модель (модель Беверіджа, здебільшого фінансується з бюджету держави) є характерною для Австралії, Великобританії (засновниця), Греції, Іспанії, Канади, Швеції, Фінляндії, а також для країн СНД (СРСР – засновник моделі Семашко). Ця модель була запроваджена і в Україні. Ця модель вирізняється вищою гуманністю, справедливістю та економічністю; держава організовує медичну галузь та фінансує її; сформована за рахунок сукупності державних, комунальних і приватних медичних закладів, що забезпечує конкурентне середовище; в цій моделі переважає первинна медична допомога, для якої, в порівнянні з іншими моделями, притаманна відносно стабільна цінова політика з надання послуг (обговорюється та утверджується попередньо); переважаюча участь бюджету держави в оплаті медичних послуг створює вагому залежність цієї моделі від спроможності Державного бюджету; медичні послуги доступні, медичні заклади неприбуткові, а лікарі професійно незалежні щодо можливості одночасно працювати в закладах різних форм власності. Головною специфікою «бюджетної» моделі, як і інших, є: кадрова медична політика оснований на солідарній відповідальності держави та суспільства, включаючи суб'єкти медичної громадськості. Держава зобов'язується ефективно регулювати питання визначення та задоволення реальних кадрових потреб, а також забезпечувати в ресурсному плані їхню підготовку, контролювати її та ефективно використовувати медичні кадри; контрактно-конкурсний підхід до призначення керівників закладів охорони здоров'я, зокрема було впроваджено у Польщі, в тому числі щодо надання первинної медичної допомоги. На ці посади можуть претендувати менеджери економісти і адміністратори. Медична освіта не обов'язкова для керівника; в країнах ЄС існує вимога щодо наявності управлінської освіти для кандидатів

на керівника медичного закладу, що в більшості країн обов'язкова, а для решти країн – бажана; в зарубіжних країнах ЗВО формують широку пропозицію з підготовки медичних керівників за управлінською спеціальністю; специфіка професійної діяльності сімейних лікарів полягає в тому, що вони є лікарями широкого профілю та повинні лікувати 80% хвороб на первинному, дешевшому рівні. Їхня діяльність головним чином спрямована на профілактику захворювань, що зумовлює необхідність отримання специфічної підготовки вказаних лікарів.

Сучасна сфера охорони здоров'я України досі не наповнена необхідним потенціалом механізмів управління і є слабко адаптованою до реальних умов. Незважаючи на відповідні кроки, зроблені задля реформування медичної сфери, доволі часто існують суперечності в інституційному забезпеченні медичної галузі. Результати дослідження перевірки ефективності реформування системи охорони здоров'я в Україні на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради вказують на те, що ставлення до реформування системи охорони здоров'я в Україні майже однакове і в пацієнтів, і в медпрацівників. Це свідчить про те, що це питання є спільним для обох опитуваних нами категорій осіб. Тож державна політика має враховувати інтереси двох сторін. Ми вважаємо, що система охорони здоров'я в Україні ще не стала основним пріоритетом державної політики. Саме тому для української влади вкрай важливим повинне бути не лише реформування, але й створення нової системи охорони здоров'я, здатної забезпечити європейський рівень медичного обслуговування населення. Наразі реформування системи охорони здоров'я в Україні продовжується повільно, адже з початком повномасштабного вторгнення система охорони здоров'я зазнала великого стресу. Цей аспект також повинен бути врахований для подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я загалом і запровадження реформ у ній зокрема.

Міжнародний досвід переконує нас у тому, що ефективна система, спроможна використовувати наявні ресурси соціально відповідальним чином, здатна забезпечити ефективне медичне обслуговування на засадах солідарності, справедливості й громадської співучасті, захистити населення від катастрофічних наслідків захворювань, гарантувати прозорість та відповідальність за вжиті або не вжиті заходи, а також більш оперативно реагувати на потреби й очікування населення. Для цього слід забезпечити більш тісний зв'язок здоров'я населення з розвитком національної економіки і підвищенням добробуту громадян. Тож питання методів фінансування медичного обслуговування ключове в процесі оптимізації системи охорони здоров'я населення. Згідно з домінантним методом фінансування систем охорони здоров'я виокремлюють:

1) системи охорони здоров'я, фінансування яких переважно базується на загальному оподаткуванні. Вони використовуються в скандинавських країнах, Ірландії, Великій Британії і країнах Південної Європи (Греція, Іспанія, Італія, Португалія). У вказаних країнах визнається роль державного сектору в якості головного джерела фінансування, яке дає змогу забезпечувати загальний доступ населення до служб охорони здоров'я та справедливий географічний розподіл ресурсів. Сторона покупців представлена органами охорони громадського здоров'я;

2) системи охорони здоров'я, провідним джерелом фінансування яких є соціальне страхування. В таких системах (в Австрії, Бельгії, Німеччині, Люксембургу, Франції, Швейцарії) держава здійснює регулювання та суворий контроль за системами охорони здоров'я задля заборони витрат (наприклад, через встановлення максимальних рівнів страхових внесків) та забезпечення більшого ступеня рівності і солідарності. Роль покупця медичних послуг виконується страховими компаніями;

3) системи охорони здоров'я, які базуються на соціальному страхуванні, головним джерелом фінансування яких є податок, який

стягується із заробітної плати (переважна більшість країн Центральної і Східної Європи).

Проаналізувавши державно-управлінське, правове та організаційне забезпечення механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в іноземних країнах, можна констатувати те, що безоплатне надання всіх видів та в будь-яких обсягах медичної допомоги для громадян є недосяжною мрією, адже що навіть високорозвинені країни не можуть дозволити собі розкіш надавати своїм громадянам безкоштовні медичні послуги. Досвід аналізованих нами країн може вважатись актуальним з точки зору формування стратегії розвитку медичного страхування в Україні: визначення місії, мети довгострокового розвитку і покращення інституційного та організаційного середовища України в межах міжнародного співробітництва. Досвід функціонування систем охорони здоров'я в європейських країнах теж є корисним для України і може бути практично використаний після його адаптації до українських реалій. Усе це вимагає стратегічного планування розвитку механізмів публічного управління системою охорони здоров'я в нашій країні.

Система охорони здоров'я в Німеччині вважається світовим лідером з надання високоякісних медичних послуг та ґрунтується на структурованій системі медичного страхування, яка складається з державного медичного страхування (ДМС) та страхування приватних фондів. Державне страхування має близько 89% населення, приватну страховку – 9%, а 2% отримують медичне обслуговування за спеціальними державними програмами. Фактичний внесок системи ДМС у загальні витрати охорони здоров'я в Німеччині становить більше 60%. Водночас кошти надходять від інших складових державної страхової системи (коштів пенсійного страхування, страхування від виробничого травматизму, страхування на випадок необхідності довготривалого медичного догляду). Внески в систему ДМС збирають лікарняні каси. Контроль та управління їхньою діяльністю здійснює

урядове агентство. Наразі реформа системи охорони здоров'я в Німеччині зосереджена на оптимізації витрат та підвищенні якості медичних послуг. Фокусування на оптимізації витрат зумовило обмеження доступу пацієнтів до медичних послуг. Інколи пацієнт змушений очікувати свою чергу три місяці, щоб потрапити на прийом до фахівця. Саме тому, незважаючи на високу якість послуг й інноваційні технології, процес удосконалення системи охорони здоров'я в Німеччині триває досі. З-поміж позитивних рис системи охорони здоров'я в Німеччині варто відзначити єдиний принцип ціноутворення, який перешкоджає завищенню цін на медичні послуги.

Можна дійти висновку, що з огляду на євроінтеграційні процеси важливість приведення норм українського законодавства до міжнародного законодавства, зокрема до європейського, є украй вагомим, адже навіть на прикладі Німеччини воно включає доволі чіткий понятійний апарат і значно дієвіше регулює сферу охорони здоров'я і надання медичних послуг. Становлення страхової медицини в Україні перебуває в процесі адаптації закладів охорони здоров'я до нових моделей підпорядкування, функціонування і фінансування відповідно до чинних норм та стандартів ЄС. Ця система дає змогу пацієнтам самостійно обрати заклад охорони здоров'я задля отримання медичної допомоги і послуг, що стимулює суб'єктів сфери охорони здоров'я до більш ефективного їх надання. Важливий етап медичної реформи в Україні – розробка і прийняття Закону «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування», що визначить правові й економічні принципи, а також організаційні і фінансові механізми фінансування системи охорони здоров'я в цілому і здійснення в Україні загальнообов'язкового медичного страхування. Заслуговує на окрему увагу досвід Німеччини щодо специфіки розрахунку внесків на медичне страхування. Те, що розмір внеску в обов'язковому медичному страхуванні в Німеччині залежить від доходу, цілком виправдане. Але те, що в приватному медичному страхуванні залежить від віку, стану здоров'я і бажаних виплат, то за таких умов

створюються прецеденти дискримінації осіб похилого віку і тих, хто має хронічні захворювання, тому що для цих осіб приватні страхові компанії дуже часто встановлюють завищені розміри страхових внесків. В Україні, як і в Німеччині, було запроваджено електронну систему охорони здоров'я, що наразі розвивається й удосконалюється, підлаштовуючись під сучасні реалії. Завдяки виникненню цієї системи в Україні полегшується і прискорюється зв'язок між пацієнтом і лікарем, що має позитивні наслідки для системи охорони здоров'я. Врахування зазначених нами аспектів створить конкурентний ринок з-поміж закладів охорони здоров'я, що обов'язково призведе до необхідності перебудови системи контролю якості послуг. Безперечно, це позитивно вплине на медичну систему в державі. В процесі підходу до побудови національної системи медичного страхування варто забезпечити мінімальний рівень страхування (екстрена допомога) для населення за рахунок держави та залишити можливість розширеного страхування через приватні структури.

Згідно з ієрархією системи нормативних актів, система законодавства в сфері охорони здоров'я включає такі групи (рівні) нормативно-правових актів: Конституція України, галузеві кодекси, основи законодавства України про охорону здоров'я, спеціальні закони, акти центральних та місцевих органів державної виконавчої влади. Аналіз законів у сфері охорони здоров'я в Україні вказує на неоднозначний підхід законодавця до визначення кола суб'єктів управління в медичній галузі. Загалом класифікація законодавства в сфері охорони здоров'я ускладнюється через те, що:

- 1) з погляду правового регулювання сфера охорони здоров'я є комплексною;

- 2) за багато років незалежності України було здійснено декілька масштабних спроб реформувати національну систему охорони здоров'я, але зміни до законодавства в сфері охорони здоров'я вносились без певної

системі;

3) законодавство в сфері охорони здоров'я відзначається розрізненістю і суперечністю (різні норми, які регулюють одне або суміжне коло питань, містяться в різних нормативно-правових актах та/або по-різному регулюють одне і те саме питання).

В цілому класифікація законодавства в сфері охорони здоров'я ускладнюється через об'єктивні та суб'єктивні причини. Водночас потребує вдосконалення законодавчої бази України в системі охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Барзилович А. Д. Механізми державного регулювання. Надання медичних послуг в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 1 (24). С. 86–90.
2. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я. *Форум права*. 2011. № 2. С. 139–146.
3. Гаєвська Л. А., Васюк Н. О., Ушакова О. І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів – виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1701>. DOI: 10.32702/2307-2156-2020.7.2 (дата звернення 05.11.2022).
4. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської Республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України: автореф. дисер. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. упр. Запоріжжя, 2019. 23 с.
5. Гомон Д. О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. 250 с.
6. Горбатова Д. І., *Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 166–173.
7. Губський Ю. І., Сердюк В. Г., Царенко А. В., Якименко О. І., Скрипник О. О., Солоп Л. Л., Коноваленко О. А., Винницька М. О. Правове регулювання надання медичної допомоги в Україні. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції 19-20.04.2007*, м. Львів. С. 105–112.
8. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : монографія / упоряд. проф. Я. Ф. Радиш. Київ : НАДУ, 2013. 310 с.
9. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. Білинська, Я. Радиш, І. Рожкова та ін.; за заг.

- ред. проф. М. Білинської. Київ, Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
10. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. URL: <https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/.pdf> (дата звернення 05.11.2022).
 11. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році. Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interacti v_1.pdf (дата звернення 05.11.2022).
 12. Іваненко Є. Фінансове забезпечення охорони здоров'я в умовах соціально-економічних трансформацій. *Світ фінансів*. № 3. 2015. С. 71–81.
 13. Карлаш В. В. Зарубіжний досвід регулювання якості медичних послуг у системі охорони здоров'я. *Теорія і практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2019. № 1. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/2019_1/17.pdf (дата звернення 05.11.2022).
 14. Карлаш В. В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України : дис. ... канд. наук з держ. управління : 25.00.02 «Механізми державного управління» ; Національний університет цивільного захисту України. Харків, 2020. 280 с.
 15. Коба Н., Ісаєнко Р. М., Короленко В. В., Глушаниця О. Ф., Ременник О. І., Лазоришинець В. В. Основні проблеми державної кадрової політики з підготовки керівників охорони здоров'я. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 2. С. 16–22.
 16. Козьменко С. М., Охріменко І. О. Аналіз законодавчих ініціатив щодо обов'язкового медичного страхування. URL: <http://insurance.uabs.edu.ua/uk/biblioteka/statti/289-analiz-zakonodavchykhinitsiatyv-shchodo-obov-iazkovoho-medychnoho-strakhuvannia-v-ukraini.html> (дата звернення 05.11.2022).
 17. Конотопцев О. Прозорість в сфері охорои здоров'я: недоліки та невдачі

- мед реформи URL: <https://www.mediaport.ua/prozorisht-v-sferiohoroni-zdorovya-nedoliki-ta-nevdachi-medreformi> (дата звернення 05.11.2022).
18. Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я України винесено на громадське обговорення. Режим доступу: <http://aipm.org.ua/kontseptsiyu-reformi-finansuvannya-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-vinesenona-gromadske-obgovorennya/> (дата звернення 05.11.2022).
19. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 05.11.2022).
20. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12. 2020 р. № 1671-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text> (дата звернення 05.11.2022).
21. Корнілова О. В. Поняття та основні ознаки третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. *Право і суспільство*. 2019. № 6. С. 161–164.
22. Костенко Н. І., Марцинковський В. О. Особливості соціального забезпечення сфери охорони здоров'я: зарубіжний досвід. *Подільський науковий вісник. Серія «Економіка, педагогіка»*. 2018. № 3. С. 170.
23. Костюк В. С. Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах європейської орієнтації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Економіка і менеджмент»*. 2017. Вип. 24 (2).
24. КСУ просять перевірити на конституційність медичну реформу. URL: <http://ukrainepravo.com/news/ukraine/ksu-prosyat-pereviryty-nakonstytutsiynist-medychnu-reformu/> (дата звернення 05.11.2022).
25. Кулик Д. Індикатори корупційності медичної реформи (аналіз Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»). Реформування системи охорони здоров'я: корупційні

- ризики та способи їх усунення: матеріали «круглого столу» (м. Харків, 5 груд. 2019 р.) / ред. кол.: Н.О. Гуторова, В.М. Пашков, В.С. Батиргарєєва. Харків : Право, 2019. С. 62–67.
26. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. *Медичне право*. 2013. № 2. С. 63–74.
27. Матвієнко Ю. Система охорони здоров'я в Японії. *Медицина світу*. 2013. № 11.
28. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. *Вісник АПСВТ*. 2020. № 1–2.
29. Муляр Г. В. Реформа сфери охорони здоров'я: адміністративноправовий аспект. *Юридичний вісник*. 2020. № 1. С. 51–57.
30. Осадчий О. І. Проблема та перспективи первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини URL: <https://www.umj.com.ua/article/158260/problema-ta-perspektivi-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-nazasadah-simejnoyi-meditsini> (дата звернення 05.11.2022).
31. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 05.11.2022).
32. Охорона здоров'я в Канаді, медицина. Усе про Канаду. URL: <https://canadaua.ca/archives/450> (дата звернення 05.11.2022).
33. Паршикова А. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення 05.11.2022).
34. Пашков В. М. Реформа охорони здоров'я від Уряду: аргументи за та проти. Щотижневик «Аптека», 32 (1003) від 24.08.2015 р. Вип. 6-7. URL: <http://www.arteka.ua> (дата звернення 05.11.2022).
35. План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи

охорони здоров'я на період до 2020 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р.

36. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/bses_2017_14_7 (дата звернення 05.11.2022).
37. Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України».
38. Попов С., Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. праць*. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2021. Вип. 1 (82). 200 с.
39. Правоторова О.М. Адміністративно-правова охорона здоров'я: теоретичні аспекти. *Науковий вісник публічного та приватного права*. 2019. Випуск 3, том 1. С. 211–217.
40. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 05.11.2022).
41. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 12.02.1994 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12> (дата звернення 05.11.2022).
42. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14> (дата звернення 05.11.2022).
43. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 08.10.2005 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата звернення 05.11.2022).
44. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.06.2012 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17> (дата звернення 05.11.2022).
45. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту

- людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12> (дата звернення 05.11.2022).
46. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/932-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення 05.11.2022).
47. Реформа первинної медичної допомоги: багато шуму, мало якісних змін URL: <https://cost.ua/26-primary-healthcare-reform/> (дата звернення 05.11.2022).
48. Савіна Т. В. Нормативно-правове регулювання кадрової політики системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2017. № 1. С. 120–128.
49. Сарibaєва Г. Адміністративно-правове регулювання у сфері охорони здоров'я: телеологічний підхід та систематизація. *Национальный юридический журнал: Теория и практика*. Февраль 2018. С. 72–75.
50. Сенюта І. Медична реформа: To be or not to be? URL: https://uz.ligazakon.ua/ua/magazine_article/EA011320 (дата звернення 05.11.2022).
51. Сидоренко Т. М. Правові засади формування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_6764 (дата звернення 05.11.2022).
52. Снегірьов П. Г. Базові характеристики провідних систем охорони здоров'я в контексті визначення стратегії для України. *Український медичний часопис*. Вип. 6 (116). XI/XII 2016 р. : <http://www.umj.com.ua> (дата звернення 05.11.2022).
53. Стрельченко О. Г. Суб'єкти публічного адміністрування сфери охорони здоров'я. *Юридичний часопис Національної академії внутрішніх справ*. 2011. № 2 (2). С. 11–20.
54. Терзі О. Зарубіжний досвід адміністративного управління у сфері

- охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018/9. № 2. С. 168–173. URL: http://www.jurnaluljuridic.in.ua/archive/2018/5/part_1/22.pdf (дата звернення 05.11.2022).
55. Ткаченко В.І. Первинна медична допомога у світі: результати 40-річної реалізації Алма-Атинської декларації (1978) і майбутній розвиток згідно з Астанінською декларацією (2018). *Сімейна медицина* № 4 (84)/2019. URL: <http://family-medicine.com.ua/article/download/185203/184800/411788> (дата звернення 05.11.2022).
56. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Режим доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf (дата звернення 05.11.2022).
57. Худоба О. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я: порівняльний аналіз. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. Вип. 1(20).
58. Шафранський В. В. Європейська політика «Здоров'я-2020»: використання науково обґрунтованих стратегій для отримання позитивних результатів. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 1. С. 44–48.
59. Шевченко М. Медицина Японії: держава – усьому голова? *Ваше здоров'я*. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medytsynayaponiyi-derzhava-usomu-golova/> (дата звернення 05.11.2022).
60. Шегедин Я. Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 129–137.
61. Як працює система охорони здоров'я Канади. Український медичний портал. URL: <https://med-ukraine.info/news/2019/yak-pra-syuue-sistema-ohoroni-zdorov-ya-kanadi-535> (дата звернення 05.11.2022).
62. Ямненко Т. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116–120.

URL: [http:// nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npnau_2018_2_18) (дата звернення 05.11.2022).

63. Юристовська Н. Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 3 (52). Ч. 1. С. 192–199.
64. Юристовська Н. Я. Теоретичні аспекти державного забезпечення рівних можливостей доступу до медичних послуг та доступності медичного обслуговування сільського населення. *Ефективність державного управління*. 2017. Вип. 2. С. 136–140.
65. Rechel B., Richardson E., Martin M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *European Observatory on Health System and Policies*. 2014. 238 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1. Питання анкетування

**Запитання анкети «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?»
для пацієнтів**

1. Чи можете Ви вважати стан системи охорони здоров'я після здійснення реформування хорошим?
2. Чи задовольняє Вас рівень медичних послуг, які надає обслуговуючий Вас заклад охорони здоров'я?
3. Чи покращився стан Вашого самопочуття після здійснення реформування системи охорони здоров'я?
4. Чи є недоліки в діяльності обслуговуючого Вас закладу охорони здоров'я? Вкажіть їх.

**Запитання анкети «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?»
для медичних працівників**

1. Чи можна вважати стан системи охорони здоров'я після здійснення реформування хорошим?
2. Чи задовольняють Вас нові вимоги до трудового процесу після здійснення реформування системи охорони здоров'я?
3. Чи є Ваша мотивація до праці високою після здійснення реформування системи охорони здоров'я?
4. Чи є недоліки в здійсненому реформуванні системи охорони здоров'я? Вкажіть їх.

ДОДАТОК 2. Підготовлена стаття для друку у фаховому журналі

УДК 336.146

Ткачук М.О., здобувач вищої освіти другого ступеню навчання кафедри політології та державного управління Донецький національний університет імені Василя Стуса

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Анотація. У статті узагальнено особливості стану реформування системи охорони здоров'я в Україні. Автором статті вказано, що з 2014 року в Україні розпочалась активна трансформація системи охорони здоров'я та її перехід до нової моделі, а медичне реформування включало трансформацію фінансового, організаційного, матеріально-технічного і нормативно-трудового елементів системи. Вказано, що Програма медичних гарантій на рівні вторинної медичної допомоги розпочала свою роботу 1 квітня 2020 року. Узагальнено також аспекти, які передбачає реформування системи охорони здоров'я в Україні, та основні завдання реформи системи охорони здоров'я в Україні на 2019-2023 рр. Окремо подано результати дослідження сучасного стану перебігу реформування системи охорони здоров'я в Україні крізь призму реакції на реформу серед пацієнтів та медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради. Під час дослідження ефективності реформування системи охорони здоров'я в Україні було з'ясовано, що це реформування має позитивний вплив на показники доступності медичних послуг, підвищує якість медичної допомоги та є ефективним для медичних працівників.

Ключові слова: інституційні зміни, медична реформа, медичні послуги, пацієнт, система охорони здоров'я.

Основний виклад матеріалу. Галузь охорони здоров'я – це провідна ланка в соціальній сфері України, що зобов'язана забезпечити медичне обслуговування громадян, здійснюючи у такий спосіб одну з найвагоміших внутрішніх функцій сучасної держави. Реформа охорони здоров'я, яка проводиться у певній країні, першочергово покликана поліпшувати стан здоров'я членів суспільства, підвищувати ефективність системи охорони здоров'я та рівень доступності громадян до медичних послуг. На становлення систем охорони здоров'я розвинених країн було витрачено понад 100 років. З 2014 року в Україні почала відбуватись активна трансформація системи охорони здоров'я та її перехід до нової моделі за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Медичне реформування включає трансформацію всіх елементів системи: фінансового, організаційного, матеріально-технічного і нормативно-трудового. З 1 квітня 2020 року розпочала свою роботу Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Однак медична реформа продемонструвала, що для її проведення необхідне не тільки перезавантаження системи надання медичної допомоги, а й використання існуючих ресурсів. Упродовж останнього десятиліття в нашій

країні чітко окреслилась тенденція до підвищення ролі недержавних медичних послуг, що стало головною причиною відходу від монополізації їх надання державою до розвитку ринків медичних послуг з усіма ознаками, характерними ринковим відносинам. Для того, щоб проаналізувати, наскільки це є ефективною або неефективною тенденцією для майбутнього розвитку медицини в Україні та наскільки реформаторські ідеї набули свого успіху серед населення, було проведено аналіз ставлення населення щодо медичної реформи.

Мета дослідження – проаналізувати ефективність реформування системи охорони здоров'я в Україні крізь призму реакції на реформу серед пацієнтів та медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради. **Завдання дослідження** – провести анкетне опитування пацієнтів та медичних працівників щодо ефективності медичної реформи з метою виявлення позитивного, негативного та нейтрального ставлення до реформи. Було використано метод анкетного опитування, який проводився з 10.06.2023 року по 20.10.2023 року. Всього було задіяно 520 людей. Серед них 500 пацієнтів Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради та 20 медичних працівників Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради. З-поміж медичних працівників у опитуванні прийняло участь 10 лікарів та 10 медичних сестер.

Питання реформування системи охорони здоров'я в Україні та іноземних країнах у різний час піднімалось такими науковцями, як Авраменко Н., Заярський М., Кривошеєв Д., Лехан В., Крячкова Л., Паршикова А., Петренко С. та ін. Авраменко Н. робить акцент на державному управлінні системою охорони здоров'я на регіональному рівні, аналізує сучасний стан і пропонує шляхи вдосконалення [1, с. 88]. Кривошеєв Д. переконаний у тому, що стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні [2]. Лехан В., Крячкова Л., Заярський М. досліджували історичний ракурс реформи охорони здоров'я в Україні від здобуття незалежності до сучасності [3, с. 8]. Лопушняк Г. та Іваненко Є. узагальнили реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020» [4, с. 65].

Важливо, що реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає: здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я, впровадження нових фінансових механізмів на рівні спеціалізованої й високоспеціалізованої медичної допомоги (амбулаторного і стаціонарного рівнів); фінансовий захист населення від надмірних витрат; ефективне функціонування моделі державного гарантування пакета медичної допомоги, доступного для всього населення; модернізацію матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного і кадрового ресурсу закладів охорони здоров'я

на всіх рівнях медичної допомоги згідно з міжнародними стандартами; впровадження у щоденній медичній практиці певних інноваційних технологій і забезпечення доступу до високотехнологічного лікування. При цьому реформування системи охорони здоров'я в Україні здійснюється за такими пріоритетними напрямками, як медична реформа, громадське здоров'я, спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби. Як зазначають Лехан В., Крячкова Л., Заярський М., за кожним із вказаних напрямків реалізуються завдання, спрямовані на «забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення рівня заробітної плати медпрацівників, створення системи контролю за якістю надання медичної допомоги, розробку та оновлення національних галузевих стандартів і протоколів лікування, створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування та державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, високотехнологічної медицини і системи трансплантації, системи екстреної медичної допомоги, вдосконалення законодавства та ін.» [3, с. 7].

Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. вказують на те, що основні завдання реформи системи охорони здоров'я в Україні на 2019-2023 рр. передбачають завершення впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД і впровадження їх на рівні спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги; інституційне закріплення «маршрутизації пацієнта»; затвердження програми медичних гарантій для всіх рівнів надання медичної допомоги; забезпечення в системі охорони здоров'я повного електронного документообігу; завершення реформи закупівель лікарських засобів і медичних виробів; завершення розбудови системи громадського здоров'я, здійснення розподілу функцій і повноважень між КМУ, МОЗ України та іншими органами влади; забезпечення умов для реалізації Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення; запровадження європейських підходів до проведення епідеміологічного нагляду; реалізації плану боротьби з неінфекційними захворюваннями та здійснення заходів з євроінтеграції; створення мережі центрів біологічної безпеки на основі концепції «Єдине здоров'я» при МОЗ України; продовження активного впровадження заходів з імунізації задля забезпечення високого рівня імунізації населення в якості частини плану національної безпеки; забезпечення реалізації програми розвитку сільської медицини; реформування патентної системи та системи до та післядипломної медичної освіти; запровадження системи професійного ліцензування для лікарів та ін. [4, с. 62].

Під час аналізу медичної реформи в Україні було проведено дослідження з метою перевірки ефективності реформування системи охорони здоров'я в Україні на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради. Лікарня обслуговує 13000 пацієнтів, які підписали декларації з сімейними лікарями. До складу медперсоналу входять 10 лікарів і 16

медичних сестер. Методами дослідження ми обрали анкетування та опитування пацієнтів щодо якості надання медичних послуг та їх доступності, а також опитування медичних працівників щодо ефективності реформування системи охорони здоров'я. На питання «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?» ми отримали відповіді від 500 пацієнтів. В результаті були отримані такі показники: високий рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (45% опитуваних), середній рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (30% опитуваних) і низький рівень задоволеності якістю надання медичних послуг (25% опитуваних) (рис. 1).

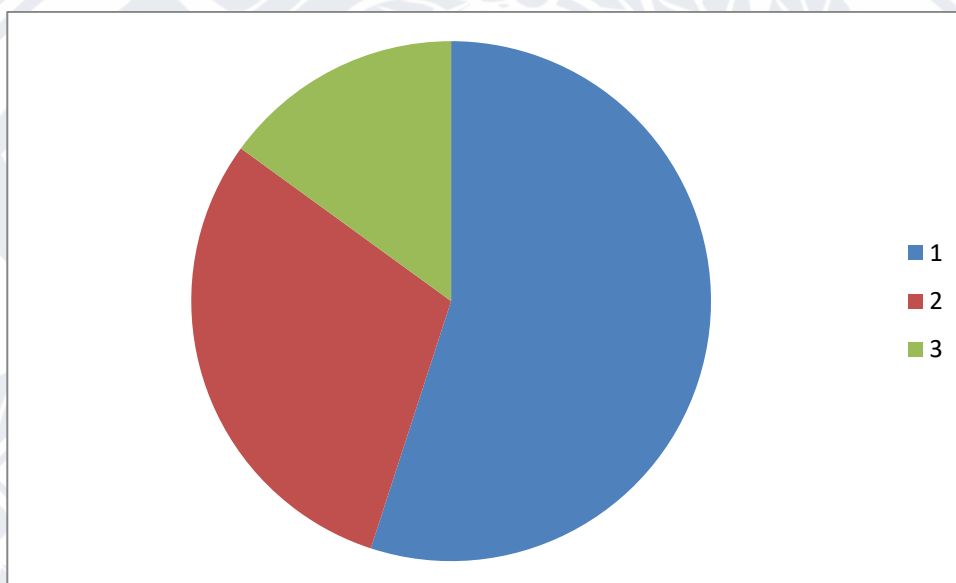


Рис. 1. Результати опитування серед пацієнтів

Відповідно, на питання «Чи задоволені Ви якістю медичної реформи?» медичні працівники в кількості 20 осіб, продемонстрували наступний результат: високий рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (55% опитуваних), середній рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (30% опитуваних) і низький рівень задоволеності реформуванням системи охорони здоров'я (15% опитуваних) (рис. 2).

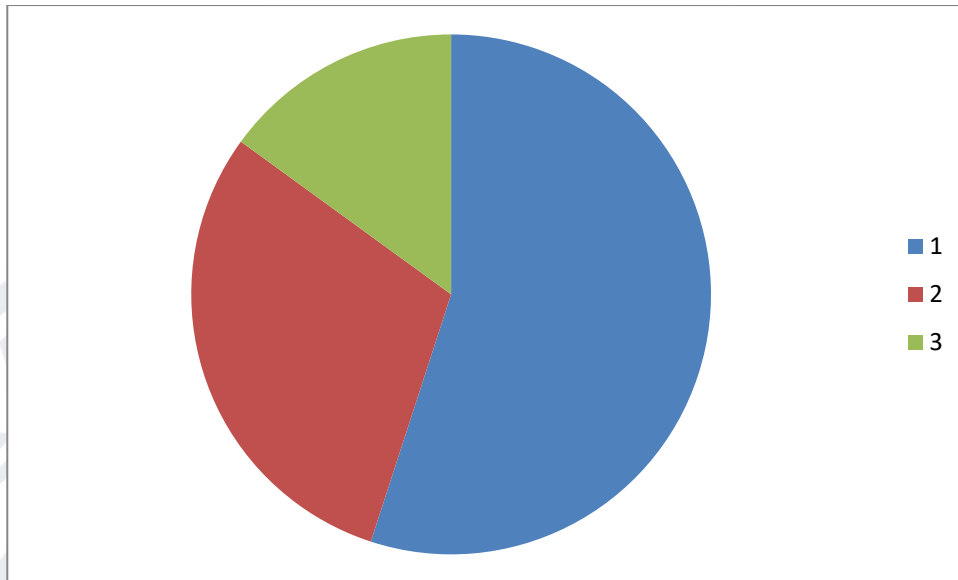


Рис. 2. Результати опитування серед медичних працівників

Тож дослідження підтвердило те, що реформування охорони здоров'я в Україні має позитивний вплив на показники доступності медичних послуг, підвищує якість надання медичної допомоги та є ефективним для медичних працівників.

Висновки. Сучасна сфера охорони здоров'я України досі не наповнена необхідним потенціалом механізмів управління і є слабо адаптованою до реальних умов. Незважаючи на відповідні кроки, зроблені задля реформування медичної сфери, доволі часто існують суперечності в інституційному забезпеченні медичної галузі. Результати дослідження перевірки ефективності реформування системи охорони здоров'я в Україні на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Вороновицької селищної ради вказують на те, що ставлення до реформування системи охорони здоров'я в Україні майже однакове і в пацієнтів, і в медпрацівників. Це свідчить про те, що це питання є спільним для обох опитуваних нами категорій осіб. Тож державна політика має враховувати інтереси двох сторін. Ми вважаємо, що система охорони здоров'я в Україні ще не стала основним пріоритетом державної політики. Саме тому для української влади вкрай важливим повинне бути не лише реформування, але й створення нової системи охорони здоров'я, здатної забезпечити європейський рівень медичного обслуговування населення. Наразі реформування системи охорони здоров'я в Україні продовжується повільно, адже з початком повномасштабного вторгнення система охорони здоров'я зазнала великого стресу. Цей аспект також повинен бути врахований для подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я загалом і запровадження реформ у ній зокрема.

Список використаних джерел

1. Авраменко Н.В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
2. Кривошеєв Д. Стратегія охорони здоров'я 2030 дозволить громадянам отримувати якісні безкоштовні медпослуги по всій Україні. URL: <https://rpr.org.ua/news/stratetiia-okhorony-zdorov-ia> (дата звернення 12.11.2023).
3. Лехан В., Крячкова Л., Заярський М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. URL: <https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf> (дата звернення 12.11.2023).
4. Лопушняк Г.С., Іваненко Є.О. Реформування системи охорони здоров'я в контексті реалізації Стратегії сталого розвитку «Україна-2020». 2017. С. 61–79. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/84323532.pdf> (дата звернення 12.11.2023).
5. Медична реформа: вебсайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua> (дата звернення 11.11.2023).

Mariia Tkachuk, second-degree graduate of the department of political science and public administration, Vasyl' Stus Donetsk National University

CURRENT STATE OF THE REFORM OF THE HEALTH CARE SYSTEM IN UKRAINE

Abstract. The article summarizes the peculiarities of the reform of the healthcare system in Ukraine. The author of the article indicated that the active transformation of the health care system and its transition to a new model began in Ukraine in 2014, and the medical reform included the transformation of the financial, organizational, material and technical, regulatory and labor elements of the system. It is indicated that the Medical Guarantee Program at the level of the secondary medical care began its work on April 1, 2020. The aspects predetermined by the reform of the health care system in Ukraine and the main tasks of the reform of the health care system in Ukraine for 2019-2023 are also generalized. The results of the study of the current state of the reform of the health care system in Ukraine through the prism of the reaction to the reform among patients and medical workers of the Communal Non-Profit Enterprise “Center of Primary Medical and Sanitary Care” of the Voronovitsya Settlement Council are represented separately. During the study of the effectiveness of the reform of the health care system in Ukraine it was found that this reform has a positive effect on indicators of the availability of medical services, improves the quality of medical care and is effective for medical workers.

Key words: institutional changes, medical reform, medical services, patient, health care system.