

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього рівня Магістр

на тему:

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

Виконала: студентка магістратури
спеціальності

І.М. Яковлева

(прізвище та ініціали)

Керівник: доктор економічних наук,
професор, професор
кафедри

В.І. Пила

(прізвище та ініціали)

Рецензент: _____

(прізвище та ініціали)

Хмельницький – 2020 рік

АНОТАЦІЯ

І.М. Яковлева Публічне управління процесами реформування медичної діяльності в Україні. Магістерська робота.

Робота присвячена питанням публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні. Функції публічного управління процесами реформування носять характер тимчасових публічно-правових функцій. І хоча така адміністративно-управлінська функція не є постійною її важливість для майбутнього є непересічною. Від того на скільки якісною та завершеною буде реформа системи охорони здоров'я у прямому сенсі залежить людський потенціал нашого суспільства.

Під поняттям публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні ми пропонуємо розуміти діяльність управлінського характеру спрямовану на забезпечення управлінськими, економічними, правовими засобами нової системи організації забезпечення здійснення права громадян на охорону здоров'я, належну медичну інформацію, доступ до медичної інформації та організацію медичного страхування.

Стан процесів реформування медичної діяльності в Україні демонструє наявність позитивних зрушень у сфері використання нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, відбувається перехід до реформування другої та третьої ланки надання медичних послуг. Зазначене демонструє незворотність процесів реформування, необхідність доведення реформи до логічного завершення та повну недоцільність повернення до старої системи організації та фінансування функціонування закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: здоров'я, управління, реформа, медична послуга, фінансування, електронна система, медична інформація.

I.M. Yakovleva Public management of medical reform processes in Ukraine.

Master thesis.

The work is devoted to the issues of public management of the processes of reforming medical activity in Ukraine. The functions of public management of reform processes are of the nature of temporary public-law functions. And although such an administrative and managerial function is not permanent, its importance for the future is extraordinary. The human potential of our society literally depends on how high-quality and complete the reform of the health care system will be.

Under the concept of public administration in the process of reforming medical activities in Ukraine, we propose to understand the activities of a managerial nature aimed at providing administrative, economic, legal means of a new system of ensuring the exercise of citizens' rights to health care, proper medical information health insurance.

The state of the processes of reforming medical activity in Ukraine demonstrates the presence of positive changes in the use of a new model of financing the health care system, there is a transition to reforming the second and third levels of medical services. This demonstrates the irreversibility of the reform process, the need to bring the reform to a logical conclusion and the complete inexpediency of returning to the old system of organization and financing of health care facilities.

Keywords: health, management, reform, medical service, financing, electronic system, medical information.

ЗМІСТ

Зміст

АНОТАЦІЯ	2
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ ЕЛЕКТРОННОЇ КОМЕРЦІЇ.....	8
1.1 Поняття публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні.....	8
1.2 Зарубіжний досвід публічного управління процесами реформування медичної діяльності	13
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ.....	21
2.1 Нормативне регулювання процесами реформування медичної діяльності в Україні	21
2.2 Стан процесів реформування медичної діяльності в Україні.....	29
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ.....	36
3.1 Напрямки удосконалення діяльності суб'єктів публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні.....	36
3.2 Розвиток інструментів управління процесами реформування медичної діяльності в Україні.....	43
ВИСНОВКИ.....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62

ВСТУП

Актуальність теми. Публічне управління процесами реформування медичної діяльності в Україні займає важливе місце у системі суспільних відносин управління у сучасній соціальній системі. Функції публічного управління процесами реформування носять характер тимчасових публічно-правових функцій. І хоча така адміністративно-управлінська функція не є постійною її важливість для майбутнього є непересічною. Від того на скільки якісною та завершеною буде реформа системи охорони здоров'я у прямому сенсі залежить людський потенціал нашого суспільства. Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного. Її мета - забезпечити мешканцям України рівний доступ до якісних медичних послуг, в результаті змін орієнтувати систему так, щоб у центрі її був пацієнт. Бачення системи охорони здоров'я після проведення реформи: ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України. Підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

Зазначене підкреслює неабиякий інтерес до питання забезпечення ефективного публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні.

Серед відомих науковців які приділяють увагу проблематиці можна назвати таких як: Н. Б. Болотіна, С. Б. Булеца, А.А. Герц, М. М. Малєїна, О. В. Тихомиров. Окремі аспекти інформатизації системи охорони здоров'я демонструють праці Б.О. Логвиненко, С.О. Назарко, Н.П. Філіппової.

Дослідженням проблеми управління в сфері охорони здоров'я займалися такі вчені, як В.Б. Авер'янов, В.К. Колпаков, В.Ф. Москаленко, М.С. Музика, Л.О. Самілик, О.П. Хамходера та ряд інших.

Проте, станом на теперішній час немає єдиного теоретико-правового підходу до визначення концептуальних засад публічного адміністрування у цій сфері

суспільних відносин. Водночас багаточисельні питання пов'язані з питаннями публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні залишаються досі без відповіді та відповідного нормативно-правового регулювання.

Мета і задачі дослідження. Метою магістерської дисертації є узагальнення теоретичних основ та розробка практичних рекомендацій щодо публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні. Для досягнення зазначеної мети автором були поставлені такі **завдання**:

- визначити поняття публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні;
- проаналізувати зарубіжний досвід публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні;
- проаналізувати вітчизняну нормативно-правову базу публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні;
- проаналізувати стан здійснення реформування медичної діяльності в Україні
- опрацювати сучасні підходи до удосконалення інструментів публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні;
- окреслити перспективи та напрями вдосконалення системи нормативно-правового регулювання публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти публічного управління у сфері публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні.

Методи дослідження. У процесі написання магістерської дисертації нами було використано такі загально-наукові та спеціальні методи наукових досліджень: порівняльно-правовий при аналізі зарубіжний досвід публічного управління у сфері

процесами реформування медичної діяльності в Україні; дедукції при визначенні проблемних моментів публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні; метод аналізу при визначенні поняття, сутність та зміст публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні; метод тлумачення норм права при визначенні сучасних підходів до проблем нормативно-правового регулювання публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні.

Інформаційною базою практики стали нормативно-правові акти України з питань публічного управління у сфері публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні, навчальна література з навчальних дисциплін з адміністративного, медичного права, фінансових відносин та менеджменту.

Практичне значення роботи полягає в тому, що опрацьовані напрями удосконалення інструментів публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні спрямовані на регламентацію діяльності суб'єктів публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні, що сприятиме забезпеченню прав пацієнтів отримуваних ними медичних послуг.

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, що містять 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує _ джерела. В роботі наявні _ таблиць та _ рисунків, основний текст роботи викладений на _ сторінках.

РОЗДІЛ 1. НАУКОВІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ ЕЛЕКТРОННОЇ КОМЕРЦІЇ

1.1 Поняття публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні

Сутність публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я можна визначити на основі поєднання загальної теорії адміністративного права та специфіки сфери охорони здоров'я як регламентовану законами та іншими нормативно-правовими актами виконавчо-розпорядчу діяльність щодо охорони та забезпечення належного стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя шляхом прийняття адміністративних рішень та надання встановлених законами послуг у сфері охорони здоров'я.

Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі.

Конституція України у статті 49 закріплює право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [28]. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. У національному законодавстві питанням охорони, захисту, порядку здійснення права на здоров'я присвячено норми адміністративного, конституційного, екологічного, цивільного та сімейного права. На жаль, сучасна законодавча система України не містить категорії «права особи на здоров'я», і замість неї використовує декілька понять, серед яких найпоширеніше – «охорона здоров'я».

Надати таке визначення поняття "механізм державного управління", яке, на нашу думку, містить у собі і теоретичні загальнонаукові підходи і сформовано на

основі аналізу емпіричного досвіду державного управління: механізм державного управління визначається як сукупність політичних, економічних, організаційних, мотиваційних та правових засобів спрямованого впливу органів державного управління та місцевого самоврядування на об'єкт управління [24].

У ч. 2 ст. 49 Конституції України закріплено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [28]. Відповідно до п. 7 ч. 1 ст. 3 Основ законодавства, затверджених Законом України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ, охорона здоров'я - система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Об'єктом публічного управління у сфері медичних відносин є здоров'я. Характерно, що міжнародно-правові акти також не містять чіткого визначення поняття здоров'я і не розкривають його змісту, закріплюючи «право на охорону здоров'я» (Ст.12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права від 16 грудня 1966 року; Ст.11 Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації стосовно жінок від 18 грудня 1979 року; Ст.6, 24 Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 року; Ст.152 Договору про Європейській Союз (Маастрихтський договір) від 7 лютого 1992 року).

О. В. Тихомиров зазначає: «Здоров'я як нематеріальне благо знаходить натуралізований прояв у матеріальному об'єкті, фізичному втіленні – організмі людини. Той чи інший стан здоров'я організму є не юридичною, а фізичною належністю людини» [52, с.46].

Комплексність розуміння права людини на здоров'я у законодавстві підкреслено широким колом елементів цього права, включеним до структури особистих немайнових прав, що забезпечують природне існування людини

(фізичної особи). До них віднесені: право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю, право на захист життя та здоров'я від протиправних посягань, право на охорону здоров'я, право на медичну допомогу, право на інформацію про стан свого здоров'я, право на таємницю про стан здоров'я, право фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у медичному закладі, право на донорство. Елементи змісту права на здоров'я містяться і у сучасному сімейному законодавстві: право на взаємну обізнаність про стан свого здоров'я особами, які подали заяву про реєстрацію шлюбу, а також, і репродуктивне здоров'я як невід'ємний елемент права на материнство та права на батьківство.

Модернізація системи управління в сфері охорони здоров'я передбачає впровадження ефективних комунікативних технологій та налагодження взаємин між медичними працівниками (надавачами послуг) й пацієнтами (споживачами послуг), їх документальне оформлення (проведення аналізу обґрунтованих скарг пацієнтів та внесення корегувань в процес гарантування безпеки пацієнтів).

Як видається, не кожне медичне втручання є медичною допомогою. Медична допомога, з нашого погляду, це медичне втручання, спрямоване на протидію хворобі, подолання її наслідків або її попередження. Здійснення багатьох елементів права на життя пов'язане з необхідністю проведення медичного втручання. Але таке медичне втручання є лише практичним засобом виконання повноважень, віднесених до права на життя, і не спрямоване на протидію конкретній хворобі (право на штучне запліднення та перенесення зародка у організм жінки; право на зміну (корекцію) статі; право на стерилізацію; право на штучне переривання вагітності; право на застосування методів генетичної інженерії).

Таке розуміння поняття здоров'я відображає преамбулу Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я. Наведене визначення здоров'я має абсолютний характер, тобто за цією позицією формується межа ідеального здоров'я, що, за зрозумілих причин, залишається для більшості населення недосяжним. Але це не означає, що ті особи, які не є носіями такого ідеального стану, на практиці не наділені благом здоров'я. Отже, виходячи з цих позицій, неможливо говорити про

стан нездоров'я. Хворий також наділений благом здоров'я, яке відрізняється від його стану до початку захворювання певними якісними та кількісними показниками. Свого часу, М. М. Амосов вважав, що визначення здоров'я як комплексу нормативних морфофункціональних показників організму людини є недостатнім, оскільки необхідна ще й кількісна оцінка здоров'я [56, с.10-11]. Отже, здоров'я – це категорія динамічна, якій властиві фізіологічні та паталогічні зміни. Звідси і сучасне тлумачення здоров'я як категорії суспільного та індивідуального характеру.

Диференційований підхід щодо визначення поняття «права на здоров'я» присутній в управлінських та юридичних дослідженнях. Це дає підставу формування категорії права на здоров'я як сукупності певних можливостей фізичної особи вільно, на власний розсуд, визначати свою поведінку щодо здоров'я. Але враховуючи суспільну та особистісну цінність здоров'я у сфері правових відносин, доцільно говорити про відносно індивідуальне здоров'я, що є основою особистого блага здоров'я.

Право на охорону здоров'я – це сукупність правових норм, що регулюють відносини з приводу збереження, підтримки та зміцнення здоров'я. Право на охорону здоров'я спрямоване на забезпечення збереження і розвитку фізіологічного та психологічного стану організму при оптимальній соціальній активності людини, за відсутності стану захворювання і при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості якісного життя. Право на охорону здоров'я – це забезпечувальне право, спрямоване на недопущення погіршення стану здоров'я особи. Основними елементами цього права є право на використання допустимих засобів забезпечення здоров'я (індивідуально або за допомогою спеціально уповноважених організацій). У цьому випадку доведення об'єктивного позитивного впливу на стан здоров'я цих засобів не є принциповим. Особа має право використати всі доцільні з її погляду засоби зміцнення здоров'я, за винятком тих, що можуть негативно вплинути на її стан. Відповідно особа може бути споживачем немедичних послуг, спрямованих на забезпечення її здоров'я.

До змісту такого елемента права на здоров'я, як *право на медичну інформацію*, необхідно віднести право на інформацію про стан власного здоров'я; право на інформацію про стан здоров'я інших осіб; право на інформацію щодо поширення інфекційних хвороб; право на проведення консилиуму або консультацій інших спеціалістів у цій медичній галузі, а також право на інформацію про можливість надання допомоги собі самостійно (телемедицина). Важливим елементом організаційно-управлінського механізму у частині доступу до медичної інформації має стати Єдина інформаційна медична база МОЗ України (має містити медичні протоколи (сьогодні їх можна знайти лише на неофіційному сайті), інформацію щодо реєстраційних даних ліків та препаратів медичного призначення, медичні послуги та їх визначена вартість та іншу інформацію про яку йтиметься далі).

І, нарешті, *право на медичне страхування* складається з права на отримання медичної допомоги у межах загальнодержавних або місцевих програм добровільного медичного страхування; право на вибір страхувальника страхового медичного випадку; право на вибір лікувального закладу, лікаря та засобів лікування відповідно до договорів обов'язкового та добровільного медичного страхування; право на медичне страхування неправильного лікування. Щодо останньої групи особистих прав, то їх формування у найближчому майбутньому є об'єктивною і нагальною потребою. Відсутність у законодавстві нормативно-правових актів щодо регулювання суспільних відносин у сфері медичного страхування завдає шкоди забезпеченню не лише приватним, але й публічно-правовим інтересам.

Під поняттям публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні ми пропонуємо розуміти діяльність управлінського характеру спрямовану на забезпечення управлінськими, економічними, правовими засобами нової системи організації забезпечення здійснення права громадян на охорону здоров'я, належну медичну інформацію, доступ до медичної інформації та організацію медичного страхування.

Водночас поняття публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні частково відрізняється від категорії публічне управління у системі охорони здоров'я через присутність окремих строкових динамічних елементів та більшим використанням адміністративних методів, які мають сприяти «запуску» самодостатньої системи охорони здоров'я.

1.2 Зарубіжний досвід публічного управління процесами реформування медичної діяльності

Практично усі країни світу у певні періоди своєї історії постають перед необхідністю реформування системи охорони здоров'я, покращення медичного обслуговування, підвищення якості та доступності медичної допомоги. Обґрунтування і реалізація в Україні власних довгострокових проектів розвитку у цій сфері визначає доцільність ознайомлення із зарубіжним досвідом її організації та функціонування. Результати таких досліджень стають основою для визначення перспективних напрямів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, розробки комплексу ефективних заходів вирішення медико-демографічних проблем як на загальнодержавному, так і місцевому рівні.

Систему охорони здоров'я Швеції можна вважати однією з кращих через її високу ефективність при помірних витратах. Охорона здоров'я Швеції є державним на 92%, характеризується високим ступенем децентралізації з поділом відповідальності за охорону здоров'я між державою, ландстингів (політичними органами) і муніципалітетами. Головним регулюючим органом виступає держава, яка регулює роботу місцевих органів влади, формування політики, стратегій і принципів у сфері охорони здоров'я, прийняття законів. Зокрема, Закон про охорону здоров'я та медичну допомогу визначає обов'язки ландстингів і муніципалітетів і надає самостійність місцевим органам управління.

Всі медичні працівники перебувають під наглядом Державної ради з охорони здоров'я і соціального забезпечення. До органів управління також входять

Управління з лікарських засобів - контролює якість і ефективність використання лікарських засобів, Державний інститут громадського здоров'я - здійснює контроль за профілактикою, Державна фармацевтична корпорація, яка контролює діяльність аптек, забезпечує лікарськими засобами, Державна рада з соціального страхування - виплачує страхову допомогу і компенсації, Асоціація муніципалітетів і ландстингів, яка представляє інтереси регіонів на центральному рівні [23]. Незважаючи на те, що державне регулювання є найбільш ефективним способом регулювання, відсутність конкуренції призводить до високих витрат грошових коштів і, отже, низьку ефективність.

Ефективність усупільненої системи, по Мілтон Фрідману, приблизно в два рази нижче системи, заснованої на приватному підприємстві, коли одні і ті ж засоби в умовах ринку дозволяють підвищити рівень медичного обслуговування в два рази в порівнянні з системами, що існують в умовах монополії або прямого бюджетного фінансування [38]. Разом з тим, реформи внутрішнього ринку медичних послуг Швеції, спрямовані на скорочення витрат, ввели нові схеми фінансування і організації медичного обслуговування. Розвиток приватної медицини і можливість вибору медичної організації привели до посилення конкуренції на ринку медичних послуг. Однак результатом таких ринкових відносин стало не зниження витрат, а загроза принципу соціальної рівності. Наслідком цього стала переорієнтація політики в галузі охорони здоров'я з конкуренції на співпрацю між медичними організаціями та покупцями медичних послуг [48].

З досвіду Швеції виникає, що ринкові механізми не завжди призводять до зниження витрат, загрожують принципом рівності і вимагають грамотної політики щодо галузі конкретної країни. У Великобританії існує жорстко централізована національна (державна) система охорони здоров'я, яка регулюється державою. Важелі управління належать Уряду, який встановлює правила поведінки для органів управління сферою охорони здоров'я, а також постачальників медичних послуг. Департамент охорони здоров'я Уряду - центральний орган управління -

здійснюючи законотворчу функцію, формулює і контролює впровадження законів і нормативних актів, що регулюють діяльність медичної галузі. Місцеві підрозділи приймають рішення щодо їх впровадження в практику на локальному рівні. Урядом також формується механізм договірних відносин, встановлюється правило обов'язковості конкурсного розміщення замовлень. Вимоги до ціноутворення виключають перекладання на покупців послуг витрат за змістом невикористаних потужностей. Існує процедура перевірки обґрунтованості цін.

Регулювання системи охорони здоров'я Франції здійснює держава в особі парламенту, Уряду та Управління з питань охорони здоров'я та соціального розвитку, система і спільноти регіонального рівня. На регіональному рівні для підвищення керованості було створено регіональне агентство з охорони здоров'я, відповідальні за забезпечення відповідності наданої медичної допомоги потребам населення шляхом поліпшення взаємодії між амбулаторними і стаціонарними ланками. Регулювання системи охорони здоров'я здійснюється в процесі взаємодії постачальників послуг (лікарні та медичні працівники), держави в особі Міністерства охорони здоров'я і системи. Парламентом приймаються адміністративні постанови і закони. Зростання витрат на охорону здоров'я і збільшення дефіциту посилили роль держави в регулюванні охорони здоров'я. Державні тарифи на медичні послуги затверджуються Міністерством охорони здоров'я. Якість медичної допомоги регулюється на національному рівні [37].

Ринок приватного медичного страхування, що заповнює прогалини пропозиції, схильний до меншого регулювання в порівнянні з США. Суми, які нараховуються лікарями за послуги, не регулюються. Також система дозволяє постачальникам послуг пред'являти рахунки, що перевищують базові тарифи, чим користується до 30% лікарів. Разом з тим, існуюча серед лікарів конкуренція не дозволяє надмірно завищувати вартість. Держава обмежує відпуск медикаментів за рецептами. Незважаючи на наявність певних проблем, таких як зростання витрат, французька модель має переваги щодо більшості державних систем охорони здоров'я. Країні вдається уникнути нормування медичних послуг, проте тривале

зростання витрат може сприяти введенню державою нормування у сфері охорони здоров'я. Ефективність французької системи частково пов'язана з тим, що для Франції характерно досить висока пайова участь пацієнтів в оплаті медичної допомоги, що дозволяє уникнути надмірного і не завжди необхідного використання медичних послуг [53].

У Німеччині існують дві системи медичного страхування - соціальна, яка є обов'язковою для всіх працюючих і їх утриманців, і приватна. Асоціації страхових фондів і медичні асоціації здійснюють регулювання системи медичного страхування, найбільш значущим з яких є Федеральний об'єднаний комітет медичного страхування. Держава в особі Уряду регулює розмір внесків до системи приватного медичного страхування з метою недопущення їх зростання в міру збільшення віку. Для Німеччини не характерно пряме регулювання цін виробника, акредитовані медичні препарати підлягають швидкої компенсації. Існує непряме регулювання лікарських засобів, що мають препарати заміни, яке полягає в наявності довідкової ціни, по якій страховиками проводиться визначення величини компенсації. Досвід Німеччини свідчить про те, що охорона здоров'я розвинених країн також є предметом конфлікту ринкової конкуренції і державного регулювання [53]. Регулювання системи охорони здоров'я здійснюється центральним урядом і регіональними органами. Цінові обмеження і фіксовані ставки гонорарів призводять до того, що лікарі, змушені працювати в умовах жорстких тарифів, і через відсутність фінансових стимулів не прагнуть надавати допомогу пацієнтам понад необхідний мінімум. У зв'язку з цим виникають питання якості їх послуг [53]. Система медичного страхування Японії будується на національному та професійному страхуванні і відрізняється від європейської системи. По-перше, тому, що поєднує в собі приватну охорону здоров'я та елементи жорсткого державного регулювання тарифів на медичні послуги. По-друге, страхування більшої частини населення державними та муніципальними органами. У сфері охорони здоров'я Японії були введені обмеження, які встановлюють «стелю» кількості процедур, дозволених до виконання лікарнею протягом місяця.

Також, як і для інших країн для Японії характерна проблема зростання витрат, впоратися з якою вдається частково завдяки здоровому способу життя японців, низькому рівні аварій, злочинності, наркоманії [53]. Система охорони здоров'я Швейцарії носить найбільш ринково орієнтований характер і ґрунтується на принципі «керованої конкуренції», в рамках якої надання медичних послуг та медичне страхування віддається в приватні руки, тоді як галузь діє в рамках регульованого «штучного» ринку. Єдиного державного бюджету на потреби охорони здоров'я немає, що дозволяє знизити до мінімуму черги на медичну допомогу, на противагу системам охорони здоров'я інших країн. Недоліки сфери пов'язані з розширенням сфери обов'язкового страхування і державним регулюванням. Споживачі впливають на ціну, відмовляючись купувати занадто дорогий товар. Обов'язковість медичного страхування позбавляє їх цього важеля впливу, оскільки споживачі зобов'язані купувати даний «товар», навіть якщо вважають його ціну завищеною. Слід зазначити, що в Швейцарії діє одна з найжорсткіших у Європі систем регулювання діяльності представники не лікарських медичних професій [53].

Одним з головних елементів механізму регулювання будь-якої сфери, включаючи охорону здоров'я, є порядок та умови утворення її фінансової бази. Йдеться про визначення джерел фінансування, встановлення способів мобілізації та накопичення грошових ресурсів, напрямів використання.

Слід зазначити, що в зарубіжних країнах існують три базові системи фінансування охорони здоров'я:

бюджетна система Бевериджа, що представлена у Великобританії, Данії, Італії, Ірландії, Норвегії, Канаді, Португалії;

страхова система Отто Бісмарка (Німеччина, Нідерланди, Франція, Швейцарія, Австрія, Бельгія, Голландія, Японія);

ринкова модель, тобто система медичного обслуговування, для якої характерно надання медичної допомоги переважно на платній основі (США).

Розглянемо окремо кожен з цих систем, визначимо принципи побудови, сильні та слабкі сторони кожної.

Прикладом країни з *платною моделлю* організації системи охорони здоров'я є США [26]. На становлення американської системи істотно вплинули традиційні ідеї особистої свободи, відповідальності та вільного підприємництва. Сфера охорони здоров'я представлена розвинутою системою приватних медичних установ та комерційним медичним страхуванням, де лікарі є продавцями медичних послуг, а пацієнти – покупцями. При цьому медичні послуги розглядаються як будь-який інший товар, що може бути придбаний та проданий на ринку.

Для більшості населення страхування здоров'я є особистою справою кожного. Майже 85% американців отримують поліси приватного медичного страхування, витрачаючи на це більше 10% доходу сім'ї [26, с.155].

Як правило, американські фірми забезпечують колективне страхування робітників та службовців. Приблизно 13% населення мають як особисту страховку, так і страховку роботодавців. Однак не всі підприємці можуть дозволити собі страхування робітників: малі підприємства здатні оплачувати лише частину медичної страховки працівників. Більшість фірм вносять страхові суми за своїх робітників не постійно, а тоді, коли лікування потрібно. Як наслідок, у випадку звільнення працівник фактично залишається незастрахованим.

Існує багато видів медичного страхування, що пропонують роботодавці. Одним з розповсюджених є „компенсаційне страхування”: роботодавець виплачує страховій компанії так звану страхову премію за кожного робітника, забезпеченого відповідним полісом. Далі страхова компанія компенсує чеки, надані медичними установами, оплачуючи таким чином лише ті послуги, які входять до страхового плану. Решту витрат повинен оплатити сам пацієнт.

За іншою схемою медичного страхування страхові організації отримують певну фіксовану суму коштів, яка виплачується за кожного застрахованого. При цьому заклади та лікарі, що надають медичні послуги, отримують встановлену суму грошей за кожного пацієнта незалежно від того, чи будуть надані пацієнту

додаткові послуги понад цю суму чи ні. Таким чином, у першому випадку працівники системи охорони здоров'я зацікавлені у наданні пацієнтам додаткових послуг, тоді як у другому буде наданий базовий набір медичних послуг, необхідний для задовільного самопочуття.

Приватні страховики (більше 15 тис. страхових компаній) працюють в умовах жорстокої конкуренції, що призводить до негативних наслідків – компанії надають перевагу страхуванню осіб молодого віку, здорових, а також представникам середнього та заможного класу.

Система обов'язкового соціального страхування престарілих „Medicare” охоплює майже все населення старше 65 років та інвалідів. Програма „Medicare”, фінансування якої здійснюється за рахунок податкових надходжень та доходів федерального уряду, складається з двох частин: А – страхування на випадок лікування в стаціонарі, Б – додаткове страхування (оплата праці лікарів, амбулаторне лікування, використання медичного обладнання та інші послуги).

Наступна державна програма „Medicaid” передбачає надання медичної допомоги особам з низькими доходами, переважно дітям з малозабезпечених сімей та жінкам. Бюджет програми „Medicaid” поділено порівну між Федеральним урядом та урядами штатів. Федеральний уряд вносить свою частину витрат з надходжень від загальних податків, іншу половину видатків фінансує уряд штату. Оплата витрат з боку пацієнтів не передбачається, лікування є безкоштовним.

Ринкова модель організації охорони здоров'я вважається найбільш якісною, але й найбільш дорогою. Закони вільного ринку, притаманні системі охорони здоров'я США, сприяли створенню високотехнологічної та якісної медицини. Однак ця система має істотні недоліки: високу вартість лікування та обмежений доступ до медичної допомоги для соціально незахищених верств населення.

Впродовж останнього десятиріччя ХХ ст. більшість європейських держав намагалися реорганізувати систему охорони здоров'я, що мало на меті усунення існуючих недоліків, запровадження ринкових механізмів з метою підвищення ефективності медичного обслуговування.

Важливу роль у перебудові системи охорони здоров'я зарубіжних країн відіграв розвиток інституту сімейних лікарів (лікарів загальної практики). Також широкого розповсюдження отримав розвиток форм медичного забезпечення, альтернативних стаціонару (денних стаціонарів при амбулаторно-поліклінічних закладах, стаціонарів денного перебування в лікарнях, стаціонарів на дому та ін.).

Таким чином, обґрунтування і реалізація в Україні власних довгострокових проєктів розвитку системи охорони здоров'я визначає доцільність ознайомлення із світовим досвідом організації та функціонування сфери. Результати таких досліджень стають основою для визначення стратегічних пріоритетів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, розробки комплексу ефективних заходів вирішення медико-демографічних проблем як держави у цілому, так і її регіонів.

Зарубіжний досвід проведення реформ медичної системи доводить фактичну відсутність «готового» ефективного сценарію проведення подібної реформи. У кожному випадку реформування здійснюється з врахуванням особливостей конкретної ситуації в певній державі. Яскравим прикладом стала медична реформа в США проведена президентом Б. Обамою та скасована президентом Д. Трампом. Це дозволяє стверджувати, що при проведенні реформи системи охорони здоров'я в Україні необхідно виходити з можливості запозичення окремих елементів подібних реформ у інших країнах, з тим аби досягнути відповідного результату відштовхуючись від існуючих в Україні особливостей.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

2.1 Нормативне регулювання процесами реформування медичної діяльності в Україні

Вагоме значення для публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я мають такі міжнародно-правові акти, які прийнято Всесвітньою медичною асоціацією, наприклад Міжнародний кодекс медичної етики (1983), Декларація з прав людини і особистої свободи медичних працівників (1985), Декларація стосовно незалежності і професійної свободи лікаря (1986), Декларація стосовно евтаназії (1987), Хельсинська декларація; Декларація стосовно трансплантації людських органів (1987), Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я (1983), Заява про використання психотропних засобів і зловживання ними (1983), Декларація про жорстоке ставлення до людей похилого віку і старих (1990), Заява про політику у сфері лікування смертельно хворих пацієнтів, які відчують хронічний біль (1990), Декларація про незалежність і професійну роботу лікаря (1986), Заява про підготовку медичних кадрів (1986) тощо.

2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з кишені» (англ. OOP) шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування. Комплексна стратегія передбачала першочергове здійснення реформи фінансування системи охорони здоров'я для того, щоб прискорити перетворення у сфері надання медичних послуг (як для окремих осіб, так і для населення) та впровадити інформаційні технології в якості каталізаторів.

Визнаючи стратегічне значення репродуктивного здоров'я для забезпечення сталого розвитку суспільства, Україна схвалила Програму дій Міжнародної конференції з питань народонаселення та розвитку (Каїр, 1994), Цілі розвитку тисячоліття ООН (2000–2015), План та Цілі сталого розвитку (2016–2030).

Ці стратегічні документи стали основою політики держави у сфері збереження та підтримки репродуктивного здоров'я населення. Політичним і стратегічним інструментом для реалізації міжнародних документів із розв'язання проблем репродуктивного здоров'я населення України, починаючи з 1995 р., стали національні програми, завдяки реалізації яких Україна досягла Цілей розвитку тисячоліття ООН (4, 5, 6), зокрема зниження материнської та малюкової смертності, рівнів підліткової вагітності та штучного переривання вагітності шляхом забезпечення загального доступу до отримання якісних послуг у сфері репродуктивного здоров'я [47].

Стратегія фінансування системи охорони здоров'я була сформульована в концептуальному документі, який був затверджений Кабінетом Міністрів України.¹ У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон №2168), який регулює фінансування системи охорони здоров'я, та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів.

Цей пакет документів створив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я (Табл. 2.1).

Передбачалася поетапна реалізація реформи. Перший етап реформи зосереджено на первинній медичній допомозі (ПМД), а другий – на вторинній і третинній. Впровадження другого етапу заплановано на 2020 рік.

Таблиця 2.1. Основні законодавчі та підзаконні нормативно-правові акти

Номер документа	Назва документа	дата	Орган влади
1013-р	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»	30 листопада 2016	КМУ
180	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (Урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)	16 березня 2017	КМУ
2168-VIII	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»	19 жовтня 2017	ВРУ
2206-VIII	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»	14 листопада 2017	ВРУ
1101-2017-п	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»	27 грудня 2017	КМУ

Примітка: розроблено автором.

Із прийняттям законодавчих та нормативно-правових актів розпочалося швидке впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я. 1 квітня 2018 року Уряд України створив єдиного замовника (закупівельника) медичних послуг – Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – та затвердив положення, необхідні для його функціонування.

Реальним кроком у цьому напрямку було ухвалення у квітні 2017 року Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2002-VIII). Він передбачає здійснення низки заходів щодо створення мережі державних та комунальних медичних закладів з достатнім рівнем самостійності для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення. Зокрема, Законом задекларовано їх фінансову та управлінську автономію, а також встановлено

спрощений порядок реорганізації закладів охорони здоров'я: державних та комунальних установ у казенні підприємства і комунальні некомерційні підприємства. Водночас Закон закріплює гарантію того, що кошти, не використані закладами охорони здоров'я (крім державних та комунальних установ) у поточному році, не вилучатимуться в них і можуть бути використані на фінансування діяльності закладу (зокрема на оновлення матеріально-технічної бази). Також Закон урегульовує окремі питання, пов'язані з договорами про медичне обслуговування населення, які укладатимуться відповідно до спеціального порядку, затвердженого Кабінетом Міністрів України.

Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника, тощо.

Таким чином, хоча в нормативних документах МОЗ і зазначені сучасні методи контролю якості — клінічний аудит та моніторинг, на практиці здійснюється експертна оцінка результату й окремих небажаних випадків із вжиттям «організаційних заходів» для покарання винних.

Тоді як клінічний аудит у медичному закладі проводиться зазвичай один раз на квартал і має на меті не покарання окремих працівників за те, що не було досягнуто прийнятної якості, а пошук можливостей для її досягнення.

Нажаль, сучасний стан системи охорони здоров'я не дозволяє повною мірою забезпечити право громадян на медичну допомогу на рівні передбаченому міжнародними стандартами та законодавством України. Вже давно потребує змін існуюча система фінансування закладів охорони здоров'я - переходу на нові принципи фінансування вартості окремої медичної послуги наданої конкретному громадянину. Головним питанням при цьому залишається вибір

організаційно-правової моделі надання медичної допомоги в Україні. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Законом визначено Уповноважений орган, права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, основні засади оплати медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я затверджується КМУ з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних, контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, відповідальність за порушення законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення надання медичних послуг та лікарських засобів. Закон набирає чинності через один місяць з дня його опублікування та вводиться в дію з 1 січня 2018 року поетапно, крім частини 8 статті 10, яка набирає чинності та вводиться в дію з 1 серпня 2018 року. З 1 січня 2018 року запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги у порядку, встановленому КМУ [41].

В Україні у 2018 р. була запроваджена електронна система охорони здоров'я e-Helth. Це перший крок до відмови від застарілої паперової звітності. Вся медична документація протягом 2019 р. буде переведена в електронний вигляд. Основна мета впровадження електронної системи охорони здоров'я — мінімізувати шахрайство і корупційні схеми.

Якщо на цей момент через e-Helth лікарі підписують декларації з пацієнтами, а пацієнти записуються на прийом до лікаря, то вже у 2019 р. лікарі видаватимуть електронні лікарняні. При цьому роботодавець одразу отримуватиме інформацію

про співробітника, який вийшов на лікарняний. Замість паперових карток з'являться електронні, до яких лікарі будуть вносити всі дані про здоров'я людини та призначене лікування. Також в електронний формат перейдуть рецепти за програмою «Доступні ліки». Якщо лікар призначив препарат, який входить у державну програму, то за електронним рецептом в аптеці його видаватимуть безкоштовно. Лікарі будуть користуватися електронними направленнями, за допомогою яких направлятимуть пацієнтів на додаткові обстеження та до вузьких спеціалістів [21].

Варто зазначити, що правовідносини у цій сфері регулюються Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про електронні довірчі послуги», постановами Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р. №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» та від 25.04.2018 р. №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я», іншими нормативно-правовими актами.

Саме Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. №411 було затверджено Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я, яким детально визначено механізм функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

На нашу думку, щодо терміну «медичне право», у даний час є всі підстави визнати існування медичного права як самостійної галузі права. В теорії ознаками галузі права вважаються предмет правового регулювання, метод, принципи, наявність системи законодавства, зацікавленість держави у виділенні конкретної системи правових норм у самостійну галузь права та у її розвитку. Медичне право відповідає усім вказаним ознакам.

Воно регулює якісно своєрідний комплекс суспільних відносин, які виникають в результаті безпосереднього впливу на людину медичними засобами. Здійснюється він різними шляхами, із різним ступенем втручання у здоров'я людини, а відтак — і з різною часткою небезпечності для її здоров'я і життя. Характерною ознакою відносин, що регулюються цим правом, є наявність двох суб'єктів - пацієнта і лікаря. Нажаль, до сьогодні не єдиного правового регулювання усього комплексу прав пацієнтів. Таке завдання може виконати лише правовий інститут - «Правовий статус пацієнта», за допомогою якого може бути врегульовано право пацієнта на безоплатну у межах гарантованого державою мінімуму кваліфіковану медико-санітарну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я; на вільний вибір лікаря і медичного закладу, на направлення на лікування за кордон; на вичерпну інформацію про стан здоров'я; на таємницю інформації про стан здоров'я, діагноз; на відмову від медичного втручання, лікування тощо. У правовий статус пацієнта входять також гарантії здійснення прав, обов'язки та відповідальність за їх недотримання. Другою стороною — суб'єктом при наданні медичної допомоги виступає лікар, права та обов'язки якого складають окремий правовий інститут.

У процесі нової кодифікації і систематизації законодавства України в аспекті гармонізації національного законодавства нашої держави з міжнародним правом однією з проблем виступає вироблення моделі співвідношення приватного і публічного права. Вважаємо, що такі галузі права, як трудове, право соціального забезпечення і медичне право, які за своїм змістом є галузями соціального права, завжди будуть публічно-приватними, оскільки без участі держави неможливо забезпечити їх здійснення. Публічні засоби застосовуються не лише для захисту порушеного права, а й для позитивного регулювання, реалізації громадянами своїх соціальних прав.

Особливістю медичного права є наявність спеціальних юридичних норм, пов'язаних із методикою лікування, констатацією смерті, встановленням ступеня втрати працездатності, проведенням медичних маніпуляцій, операцій на

людині, стерилізації чоловіків і жінок тощо. Такі норми є загальнообов'язковими правилами для медичних працівників усіх медичних закладів у системі охорони здоров'я незалежно від форми власності. Такі норми є одночасно і технічними, і правовими. Порушення медико-соціальних норм, що спричинило шкоду здоров'ю пацієнта, тягне за собою застосування юридичної відповідальності. У багатьох випадках такі норми настільки переплетені з суто правовими, що утворюють цілком своєрідний сплав, який є специфічною рисою медичного права.

Особливістю методу медичного права є тісний зв'язок останнього із моральністю, етикою. У жодній галузі права юридичні норми не мають такої етичної насиченості. Етичні норми виступають нормами-принципами у медичному праві. Багато юридичних норм втратили би свій сенс, якщо б були порушені етичні засади щодо безоплатності медичної допомоги, донорства, заборони евтаназії, щодо лікарської таємниці. Основними принципами медичного права виступають: рівність, доступність і безоплатність гарантованого мінімуму медико-соціальної допомоги; кваліфікованість медичної допомоги і відповідність її сучасному рівню науки і техніки у галузі медицини; державна відповідальність за стан охорони здоров'я. Соціальна сутність системи охорони здоров'я у демократичній і соціальній державі полягає у тому, щоб забезпечити потреби не вибраної частини населення, а його більшості.

У даний час назріла об'єктивна необхідність для підготовки єдиного законодавчого акта, який би комплексно врегулював усю сферу відносин, що складають предмет медичного права. Таким законом міг би бути Медичний кодекс України, який став би формою (джерелом) для таких правових інститутів: медико-санітарна допомога; медична допомога матері і дитині та планування сім'ї; забезпечення громадян лікарськими і протезними засобами; правовий статус пацієнта; етико-правовий статус медичного працівника; медико-дослідницьке право; медична експертиза. У рамках цих основних інститутів є можливість передбачити правове регулювання усього кола відносин, що входять до них. Зокрема, інститут медико-санітарної допомоги включає визначення її видів, а

також встановлення нового соціального стандарту - обсягу гарантованої медико-санітарної допомоги.

Відповідно, ми можемо констатувати необхідність удосконалення нормативно-правового регулювання системи публічного управління у таких сферах системи охорони здоров'я:

- функціонування служби крові (можливо через варіант запровадження створення системи «банків» крові в Україні);
- порядку надання медичної допомоги у умовах лиха (війни, масштабних пандемій, у тому числі і для врегулювання проблематики здійснення «сортування хворих»);
- порядку надання медичної допомоги з використанням можливостей інтернет-ресурсів та відеоконференцій (в першу чергу для проведення консультацій та здійснення планування необхідних заходів);
- здійснення репродуктивно-генетичних прав (у тому числі законодавство щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій).

2.2 Стан процесів реформування медичної діяльності в Україні

Протягом 2018-2019 років реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій поступово запроваджується для інших видів медичної допомоги, зокрема шляхом реалізації пілотних проектів для відповідних видів медичних послуг, окремих закладів охорони здоров'я, населених пунктів чи регіонів.

Станом на початок 2018 року в межах медичної реформи проведено лише часткові заходи організаційного характеру: створено госпітальні округи, сформовано госпітальні ради (мають здійснювати наглядово-контрольні функції щодо порядку фінансування надання первинної медичної допомоги), запроваджено посади сімейних лікарів та сформовано центри первинної медичної допомоги. Водночас, через відсутність нормативної бази, не провадяться заходи з укладання

оговорів між сімейними лікарями та пацієнтами, не відбувається формування Національної служби здоров'я, та найголовніше, відсутні механізми страхової медицини.

З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. - закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

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

На надання населенню первинної допомоги законтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП.

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

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

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

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

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

До Програмі медичних гарантій також входить програма реімбурсації “Доступні ліки”, за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою “Доступні ліки” користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн [35].

Було розпочато перехід до нової система фінансування всіх закладів усіх рівнів надання медичної допомоги за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Що це означає? Держава більше не виділяє кошти згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я (державного чи комунального). Натомість ці заклади перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримують плату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану пацієнтам медичну допомогу.

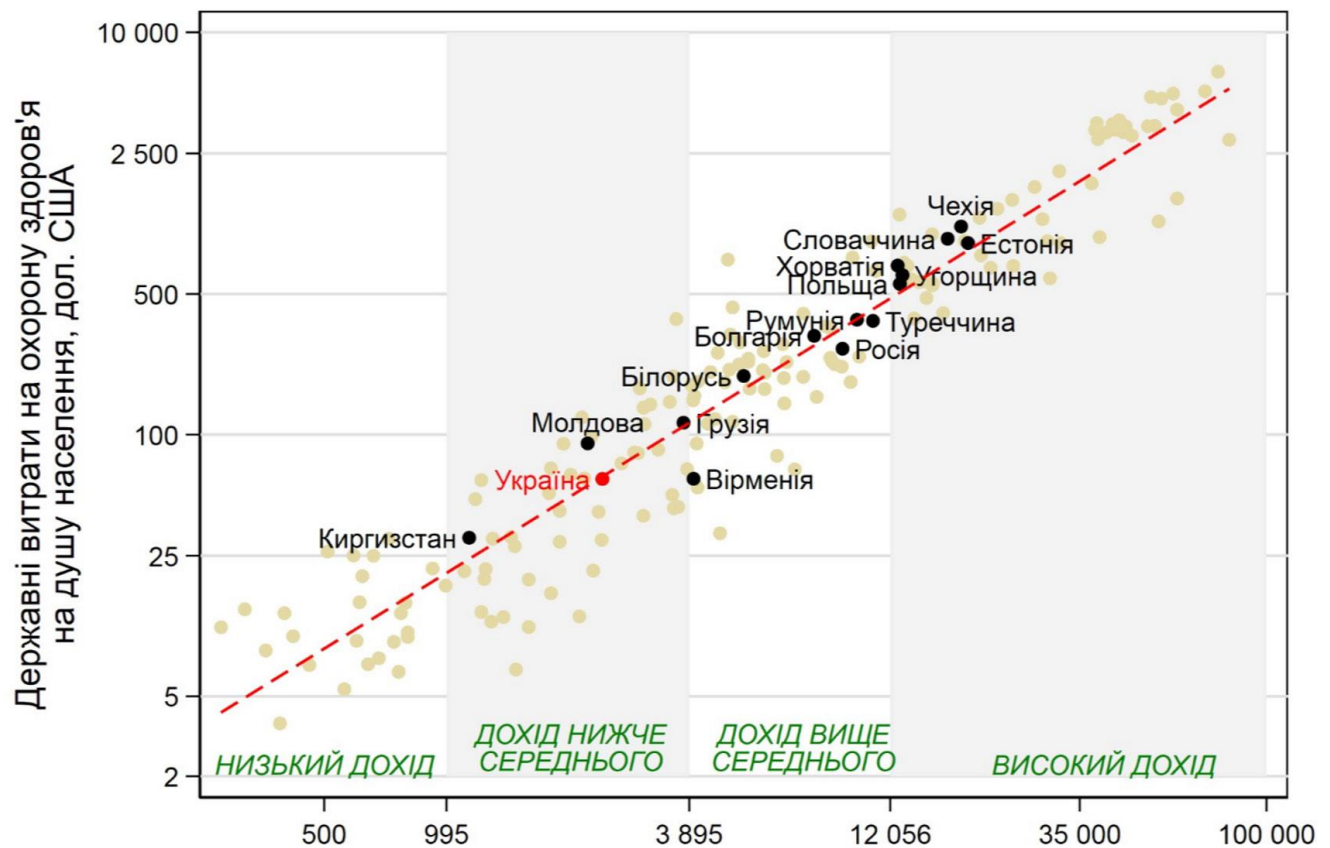
Кожен заклад шляхом укладання договору з НСЗУ отримує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, які підписали декларації з лікарями, а також

додатково — за пацієнтів, які проживають на території обслуговування закладів, але ще не обрали лікарів. На 2019 р. субвенція з держбюджету не передбачена.

Оцінки до проведення реформи вказують, що рівні витрат на охорону здоров'я на душу населення складають приблизно 150 доларів США, а більша частина їх (54%) надходить з кишень пацієнтів. У 2016 році приблизно 40% витрат на охорону здоров'я були за рахунок державних джерел.

Державне фінансування охорони здоров'я становило приблизно 87 доларів США (в постійних цінах 2018 року, що виражені в доларах) (або 3,2% ВВП), приблизно, як і очікувалося для рівня доходів України, але нижче ніж майже у всіх країнах-компараторах, окрім Киргизстану (Рис. 2.1).

Рисунок 2.1. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення проти валового національного доходу на душу населення (дол. США), 2016 рік

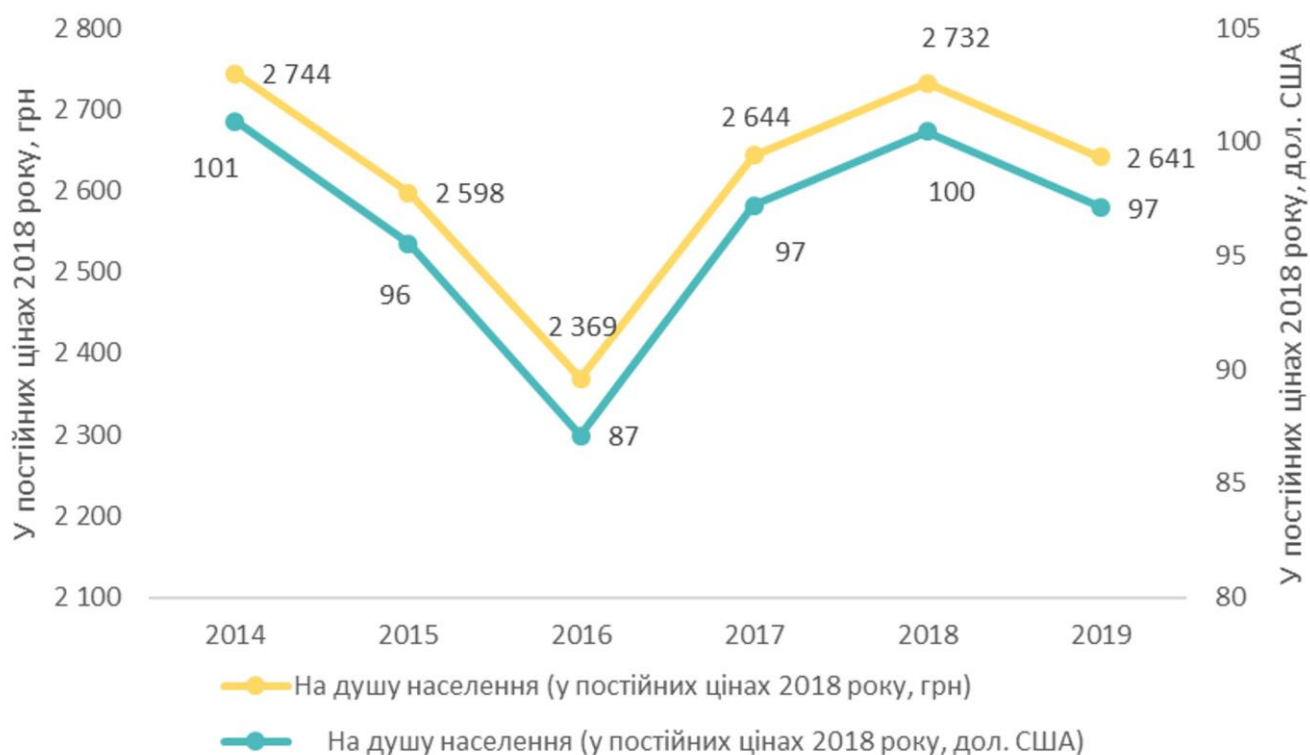


Джерело [54]

Державні витрати на охорону здоров'я залишилися приблизно однаковими в реальному вираженні на душу населення з моменту початку реформ, і відскочили до рівня, який спостерігався у 2014 році.

Щоб зменшити дефіцит загального державного бюджету та відновити макрофіскальну стабільність у 2015-2016 роках уряд був змушений значно скоротити видатки на охорону здоров'я (зі 101 долара США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році в постійних цінах 2018 року, виражених в доларах США) (Рис. 2.2).

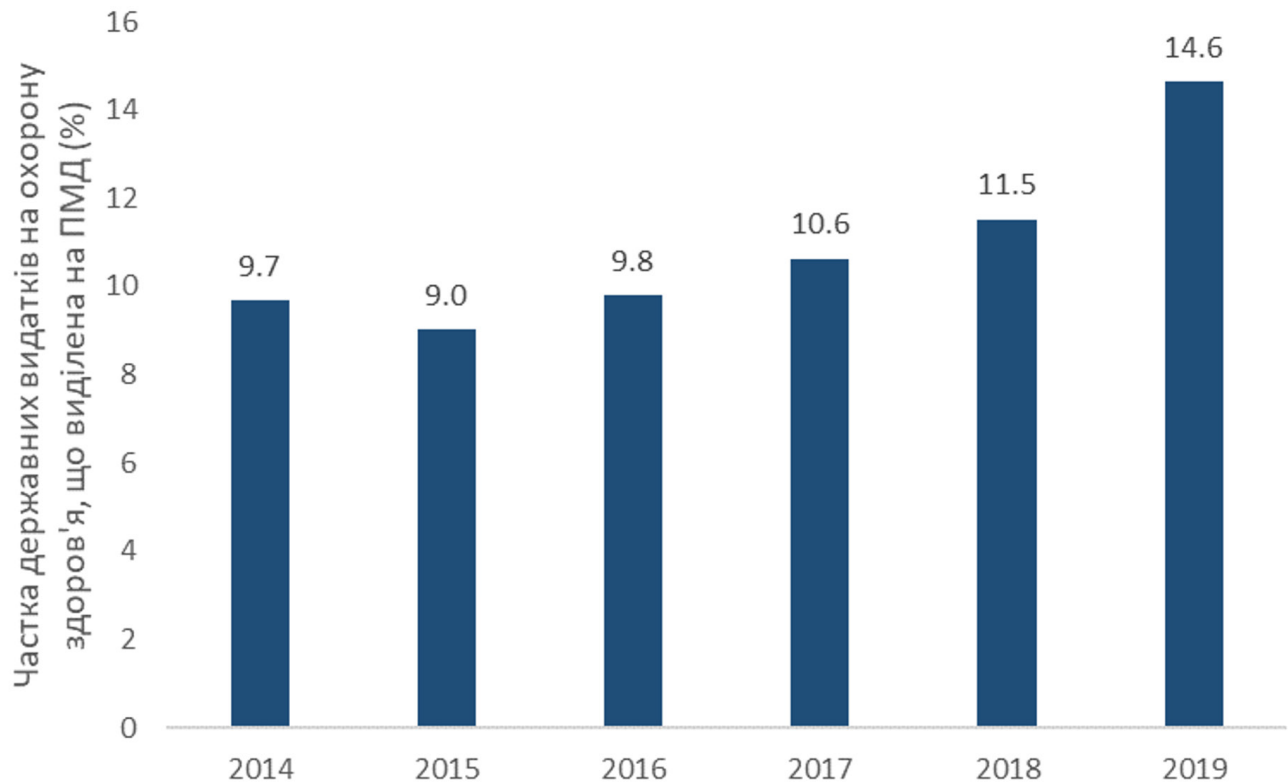
Рисунок 2.2. Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року та в доларах США, 2014- 2019 роки



Джерело [54]

З позитивної сторони, витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля щодо зміцнення послуг на первинній ланці. Державні витрати на ПМД склали 10,6% від витрат на охорону здоров'я в 2017 році порівняно з 11,5% у 2018 році (Рис. 2.3).

Рис. 2.3. Частка державних видатків на охорону здоров'я, яка виділена на ПМД



Джерело [54]

Примітки: ПМД включає фельдшерсько- акушерські пункти (код функціональної класифікації 0725) та центри ПМД (код функціональної класифікації 0726). На період 2018-2019 рр. також включено витрати НСЗУ на ПМД (бюджетна програма 2308020 з «Надання первинної медичної допомоги»).

У контексті українських реалій варто нагадати, що на законодавчому рівні визначено, що обсяги коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на надання первинної медичної допомоги, щорічно визначаються в Законі України про Державний бюджет України у розмірі не менше 5% ВВП України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

У звіті ж зазначається, що попри те, що зниження пріоритетності здоров'я протягом 2014–2019 рр. є зрозумілим через тиск (обслуговування боргу, субсидії та

пенсійні витрати) та поточний воєнний конфлікт, постійний спад рік за роком викликає певні занепокоєння щодо майбутньої сталості реформ. Зокрема, витрати на охорону здоров'я на рівні 3,2% від ВВП є значно нижчими, ніж 5%, передбачених Законом.

Наступний етап впровадження ПМГ – початок закупівлі послуг вторинної та третинної медичної допомоги (поряд з екстреною медичною допомогою, паліативною допомогою та реабілітацією) – передбачає.

З часом знадобиться поглиблення координації між стратегічним розвитком закупівель НСЗУ та розвитком ширшої стратегії охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я – зокрема, стратегій реформування та оптимізації надання послуг, політики щодо лікарських засобів, стратегії поліпшення та забезпечення якості.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСАМИ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

3.1 Напрямки удосконалення діяльності суб'єктів публічного управління процесами реформування медичної діяльності в Україні

Механізм публічного управління у сфері здійснення права на медичну допомогу має загальнодержавний та місцевий рівні. Систему органів, які здійснюють управління у сфері охорони здоров'я складають як органи законодавчої влади, так і виконавчої влади. Крім того, серед суб'єктів публічного управління існують і дорадчі органи.

На загальнодержавному рівні публічне управління у сфері здійснення права на медичну допомогу, у загальному, покладається на: ВРУ, Президента України, КМУ, МОЗ України. Згідно з вимогами ст. 92 Конституції України, виключно законами України визначаються, крім іншого, права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язки громадянина; засади регулювання охорони здоров'я. Так, відповідно до положень ст. 13 Основ, основу державної політики охорони здоров'я формує ВРУ шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я [40].

У ст. 14 Основ закріплено, що реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи виконавчої влади. Так, КМУ організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність в сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає

міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я [40].

Відповідно до п. 2 ч. 1 ст. 2 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» до основних завдань КМУ належать забезпечення проведення політики у сфері охорони здоров'я. Згідно з п. 2 ч. 1 ст. 20 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» у сфері охорони здоров'я КМУ: забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів; забезпечує розроблення і здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони здоров'я [42].

Відповідно до положень ст. 21 Закону України «Про Кабінет Міністрів України» КМУ спрямовує і координує роботу міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, які забезпечують проведення державної політики у відповідних сферах суспільного і державного життя, виконання Конституції та законів України, актів Президента України, додержання прав і свобод людини та громадянина.

Згідно з ст. 14 Основ законодавства України про охорону здоров'я міністерства, інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози в сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до ч. 2 п. 1 Положення про МОЗ України, затвердженого постановою КМУ від 25 березня 2015 року №267 МОЗ є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, захисту населення від

інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження), забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення. Власне, МОЗ України завершає перелік суб'єктів, які здійснюють публічно-управлінські функції у сфері реалізації права на медичну допомогу та юрисдикція яких поширюється на всю територію України. Крім МОЗ України, інші центральні органи виконавчої влади також здійснюють управлінські функції у сфері реалізації права на медичну допомогу, які мають у своєму віданні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, МВС України, Міністерство інфраструктури України.

Згідно з ст. 118 Конституції України виконавчу владу в областях і районах, містах Києві та Севастополі здійснюють місцеві державні адміністрації. Відповідно до ч. 2 та ч. 3 ст. 1 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» місцева державна адміністрація є місцевим органом виконавчої влади і входить до системи органів виконавчої влади. Згідно з п. 6 ст. 13 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» до відання місцевих державних адміністрацій у межах і формах, визначених Конституцією і законами України, крім іншого, належить вирішення питань охорони здоров'я [44].

Так, місцеві державні адміністрації: здійснюють на відповідних територіях державний контроль за додержанням законодавства з питань охорони здоров'я (ст. 16 Закону України «Про місцеві державні адміністрації»); здійснюють фінансування підприємств, установ та організацій охорони здоров'я, переданих у встановленому законом порядку в управління місцевій державній адміністрації вищими органами державної та виконавчої влади або органами місцевого

самоврядування (ст. 18 Закону України «Про місцеві державні адміністрації»); здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я (ст. 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації»).

Управлінські функції у сфері реалізації права на медичну допомогу здійснюють і органи місцевого самоврядування. Так, відповідно до ст. 32 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» до відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад належать власні (самоврядні) повноваження: управління закладами охорони здоров'я, оздоровчими закладами, які належать територіальним громадам або передані їм, ... організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення [27].

Наприкінці 2017 р. було створено Національну службу здоров'я України (*далі — НСЗУ*) — центральний орган виконавчої влади, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом державного бюджету в межах програми медичних гарантій). Тобто послугу отримуватиме пацієнт, а платитиме медичному закладу за неї держава. Вартість послуг визначатиметься на основі єдиних національних базових тарифів та вимог до якості.

Протягом 2019 р. НСЗУ буде поступово та покроково виконувати покладені на нього численні завдання щодо подальшого впровадження нової системи фінансування закладів охорони здоров'я, системи електронного документообігу в усіх медичних закладах, програми «Безкоштовна діагностика», реформування екстреної медичної допомоги, розробки державної програми медичних гарантій на 2020 р., яка вперше буде ухвалена разом з державним бюджетом на 2020 р. та охоплюватиме всі рівні надання медичних послуг.

Людські ресурси, дані, інформаційні системи та системи управління ризиками, задіяні на цьому етапі, є значно складнішими. НСЗУ потрібно буде впровадити передбачену мережу регіональних філій для того, щоб укласти договори на такі послуги, а також ефективно моніторити, контролювати та перевіряти заявки щодо оплати. Найближчим часом НСЗУ буде обмежена відсутністю даних про витрати, діяльність та якість від надавачів, що вже

перешкоджає розробці більш досконалих умов договорів, систем оплати за пролікований випадок та ініціатив щодо оплати за результат [54].

У 2016 році Міністерство охорони здоров'я провело ретельну оцінку варіантів юридичного статусу та управлінської структури замовника. Було розглянуто наступні альтернативи::

- департамент центрального апарату Міністерства охорони здоров'я;
- центральний орган виконавчої влади (ЦОВВ);
- державне некомерційне підприємство;
- позабюджетний цільовий фонд (некомерційна самоврядна організація).

Міністерство охорони здоров'я зробило висновок, а уряд погодився з тим, що ЦОВВ буде найкращим форматом для нового єдиного замовника, що фінансуватиметься із загальної системи оподаткування за рахунок коштів державного бюджету. Для забезпечення фіскальної дисципліни будуть прийняті елементи регулювання, що застосовуються до Пенсійного фонду України (ПФУ). Цей висновок був зроблений після аналізу чинного законодавства України, досвіду функціонування кожної з чотирьох альтернатив в українських реаліях, а також міжнародної практики використання цих чотирьох моделей для єдиних замовників медичних послуг.

Протягом наступних 5-10 років системі охорони здоров'я знадобиться здійснити два взаємопов'язані процеси переходу для розвитку формалізованої координації між НСЗУ та Міністерством охорони здоров'я на центральному рівні, а також між НСЗУ та місцевими органами влади на місцевому рівні.

Перший – це перехід від історичного фінансування лікарень, що виходило з наявних показників потужності (як то кількість ліжок та персоналу) кожної окремої лікарні, до бюджетів лікарень, які значною мірою базуються на надходженнях від оплати за пролікований випадок та інших платежів за послуги від НСЗУ. Цей перехід означатиме, що деяким лікарням потрібно буде зменшити витрати, щоб уникнути виникнення фіскального дефіциту, після запровадження методів оплати НСЗУ, або, де це можливо, розширити надання послуг, щоб отримати більший

дохід. Деякі лікарні можуть виявитись нестійкими з фінансової точки зору. Для забезпечення цього переходу для лікарень необхідна координація між власником лікарні і НСЗУ та узгоджена політика щодо фінансування з боку НСЗУ та з джерел власника [54].

Іншим є процес оптимізації мережі лікарень шляхом концентрації більш спеціалізованих послуг та закриття, скорочення чи перепрофілювання надлишкових закладів. Цей процес потребуватиме лідерства з боку Міністерства охорони здоров'я та тісного залучення органів місцевого самоврядування, але й участі НСЗУ, та координації щодо відповідних змін у послугах, які НСЗУ закуповує у різних надавачів.

Швидкість трансформації на рівні надавача послуг у відповідь на поєднання нових методів оплати з боку НСЗУ та автономії закладів буде низькою, якщо управлінські спроможності державних надавачів залишаться слабкими. Автономія надавачів несе підвищений фінансовий ризик перевищення бюджету, і потребуватиме посилення нагляду та підтримки органів місцевого самоврядування як власників [54].

Створити регіональні відділення НСЗУ протягом 2020 року з огляду на важливість присутності в регіонах для здійснення декількох критично важливих функцій, серед яких:

- надати можливість НСЗУ реалізувати надійні механізми моніторингу та контролю для валідації заяв на оплату;

- забезпечити для НСЗУ регіональний потенціал для конструктивної комунікації та переговорів з надавачами щодо необхідного вдосконалення послуг; і

- забезпечити координацію з органами місцевого самоврядування щодо локального стратегічного планування медичних послуг, а також розвивати ефективний обмін даними та функціями (наприклад, інформація про пацієнтів та обробка скарг) з місцевими органами влади [54].

Крім того, відповідно до Типового положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ЦПМСД), затвердженого наказом МОЗ

України 29 липня 2016 року № 801, ЦПМСД створюється за рішенням органу/органів місцевого самоврядування, у тому числі об'єднаної територіальної громади (далі - Засновник). ЦПМСД підпорядковується Засновнику [28].

Тобто, публічне управління ЦПМСД здійснюється безпосередньо органами місцевого самоврядування. Згідно з п. 1 Розділу 1 Положення, ЦПМСД є закладом охорони здоров'я (далі - ЗОЗ), що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі (далі - ПМД).

ЦПМСД для виконання покладених на нього завдань має право за погодженням із Засновником: укладати договори про медичне обслуговування населення певної території відповідно до чинного законодавства з лікарями загальної практики - сімейними лікарями, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці; укладати угоди щодо надання ПМД населенню ОТГ; здійснювати іншу, ніж надання медичної допомоги, господарську діяльність, не заборонену законодавством.

Згідно з п. 1 Розділу 4 Положення очолює ЦПМСД головний лікар, який призначається на посаду за рішенням Засновника шляхом укладання контракту за згодою керівників структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської міської державної адміністрації. Тобто, посадовою особою яка здійснює публічне правове регулювання реалізації права на медичну допомогу на нижчому рівні – є головний лікар відповідного ЦПМСД.

Системний аналіз викладеного дає підстави для висновку про те, що на загальнодержавному рівні, з метою організації механізму публічного управління у сфері здійснення права на медичну допомогу, управлінські функції здійснюють ВРУ, Президент України, КМУ, МОЗ України, будучи наділений загальнодержавною юрисдикцією, реалізує загальнодержавну політику щодо реалізації права на медичну допомогу.

На місцях управління у сфері охорони здоров'я забезпечується наявністю відповідних управлінських повноважень у місцевих державних адміністраціях (їх структурних підрозділів) та органів місцевого самоврядування. Останньою ланкою

механізму публічного управління у сфері здійснення права на медичну допомогу є головний лікар відповідного Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.

Таким чином, необхідно створити ради громадського контролю відповідно до положень Закону №2168 протягом 2020 року, щоб вона розпочала свою роботу у 2021 році, після того як НСЗУ завершить перехід до повної відповідальності за всю ПМГ, та розробити механізми для передачі та врахування висновків та результатів роботи РГК наглядовими органами Кабінету Міністрів.

3.2 Розвиток інструментів управління процесами реформування медичної діяльності в Україні

Основний принцип реформи виходячи з міжнародного досвіду - держава почне оплачувати надану пацієнту медичну послугу, а не фінансувати кількість ліжок-місць у лікарнях. Це дозволить розумно витратити медичний бюджет - направляти кошти тому, кому дійсно необхідна допомога. В цьому полягає принцип – гроші йдуть за пацієнтом [5].

Дієвість стратегії розвитку системи охорони здоров'я в Україні, спрямованої на побудову оптимальної моделі її функціонування, залежить від дотримання певних принципів, які відображають специфіку цієї сфери, надають обґрунтованості рішенням щодо визначення перспектив розвитку. До них доцільно, на наш погляд, віднести принципи пріоритетності, соціальної спрямованості, збалансованості, пропорційності, диференційованого підходу, оптимальності, ефективності, сталості та гнучкості (таб. 1.1).

Таблиця. 3.1 Принципи публічного управління організацією реформування системи охорони здоров'я

№	Назва принципу	Зміст принципу
1	<i>Принцип пріоритетності</i>	узгодженість між цілями національної та регіональної стратегії, наявними

		можливостями та нагальними проблемами розвитку системи охорони здоров'я
2	<i>Принцип соціальної орієнтованості</i>	визначає націленість системи охорони здоров'я, її галузевої, функціонально-територіальної структури на досягнення, у першу чергу, соціальної та медичної ефективності, яка проявляється у підвищенні доступності та якості медичної допомоги, збереженні та відновленні здоров'я населення, попередженні хвороб та зниження смертності, подовженні тривалості життя тощо
3	<i>Принцип збалансованого і пропорційного розвитку</i>	формування оптимальної просторової структури системи охорони здоров'я
4	<i>Принцип врахування рівня розвитку</i>	диференційований підхід до формування стратегій регіонального розвитку
5	<i>Принцип оптимальності та ефективності</i>	означає реалізацію основних напрямків стратегії розвитку системи охорони здоров'я з найменшими фінансовими і ресурсними витратами у найкоротші строки
6	<i>Принцип сталого розвитку</i>	забезпечення стабільного розвитку на довгострокову перспективу

Джерело: розроблено автором

Основною перевагою запропонованих принципів є те, що вони відображають мету, специфічні риси та взаємозв'язки системи охорони здоров'я в цілому. Їх дотримання при розробці відповідних цільових і комплексних програм забезпечуватиме поєднання національної політики та власне стратегії розвитку цієї сфери, сприятиме формуванню оптимальної моделі її функціонування, а, отже покращенню медико-демографічної ситуації в державі та її регіонах.

Реформа швидкої допомоги. Швидка допомога з 2019 р. буде розділена на екстрену, коли необхідна термінова госпіталізація, та невідкладну допомогу — вона виїжджатиме, коли немає небезпеки для життя людини, але є загроза для здоров'я (загострення хронічної хвороби, підвищення температури або тиску).

Реформування екстреної медичної допомоги розраховане на 5 років (до 2022 р.). Головним досягненням має стати зменшення смертності пацієнтів, оскільки

карети швидкої повинні бути на місці через 4-8 хвилин після виклику, а не 10-20 хвилин, як зараз [21].

Першими, кого торкнуться зазначені зміни, будуть жителі Вінницької, Донецької, Одеської, Полтавської, Тернопільської областей та Києва. На зміни в цих областях у державний бюджет додатково закладено 1 млрд грн.

Трансформація екстреної медичної допомоги передбачає:

- підвищення кваліфікації бригад до рівня світових стандартів надання екстреної медичної допомоги;
- підвищення зарплати для фахівців, які пройшли навчання сучасним методикам порятунку життя;
- новий та сучасний транспорт, оснащений необхідним обладнанням;
- сучасні диспетчерські служби по всій Україні, об'єднані єдиною електронною системою [21].

Програма «Доступні ліки». Як і раніше, українці отримуватимуть ліки від серцево-судинних захворювань, діабету та бронхіальної астми безоплатно або з незначною доплатою. Уряд передбачив на це 1 млрд грн у проекті бюджету.

З 01.04.2019 р. програма відійде до НСЗУ, тобто контракувати аптечні заклади та відшкодувати вартість відпущених лікарських засобів будуть не заклади охорони здоров'я чи муніципалітети, а безпосередньо оператор бюджетних коштів — НСЗУ [21].

У сфері державних закупівель ліків і медичних виробів протягом 2018–2020 рр. Міністерство охорони здоров'я України втілюватиме зміни, щоб для кожного препарату підібрати найоптимальніший і зручний шлях «доставки» до пацієнта. До кожного з майже 500 препаратів і більше ніж 700 медичних виробів, які зараз закуповує держава централізовано, планується застосувати один із трьох основних інструментів: розширення «Доступні ліки», включення у вартість послуги, централізовані закупівлі через Центральну закупівельну агенцію [21].

Програма «Безкоштовна діагностика». Програма «Безкоштовна діагностика» запрацює з липня 2019 р. і стане наступним кроком трансформації

системи охорони здоров'я. НСЗУ почне оплачувати діагностичні послуги за направленням сімейних лікарів, терапевтів і педіатрів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на рівні амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги [21].

Безкоштовну діагностику можна буде отримати безоплатно за направленням сімейного лікаря, терапевта чи педіатра. Направлення на безкоштовну діагностику буде електронним, лікар зможе його оформити тільки через електронну систему охорони здоров'я. З липня 2019 р. для того щоб отримати електронне направлення на безкоштовну діагностику, пацієнту необхідно буде обрати свого лікаря і підписати з ним декларацію, якщо це не було зроблено раніше.

У програму «Безкоштовна діагностика» увійдуть такі послуги: мамографія і 5 видів рентгену (грудна клітина, суглоби, хребет, кістки та приноскові пазухи), ехокардіографія, моніторинг ЕКГ і 2 види тесту для визначення патологій серцево-судинної системи, 6 видів УЗД (шлунково-кишковий тракт, нирки, сечовий міхур, артерії ніг, щитоподібна і молочні залози), 4 види біопсії під контролем УЗД (щитоподібної залози, лімфатичних вузлів, молочних та передміхурової залоз), видалення новоутворень (м'яких тканин і шкіри, у носі, гортані, вухах), ендоскопічні дослідження та операції одного дня (стравоходу, шлунку, дванадцятипалої та товстої кишки, сечового міхура, трахеї та бронхів тощо [21]).

Для пацієнтів це означає, що не потрібно буде приносити шприци, рукавички, вату та плівку для рентгену, адже НСЗУ покриє вартість послуг у програмі. До програми «Безкоштовна діагностика» зможуть приєднатися комунальні поліклініки, лікарні, приватні діагностичні центри, які уклали договір з НСЗУ. З липня 2019 р. шукайте наліпки «Безкоштовної діагностики» на дверях вашої поліклініки.

З детальним переліком медичних послуг за програмою «Безкоштовна діагностика», а також іншими питаннями щодо трансформації охорони здоров'я у 2019 р. можна ознайомитися у проекті Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання проведення пілотного проекту з реалізації державних гарантів медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для

амбулаторно-поліклінічної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у Полтавській області», розміщеному на сайті Міністерства охорони здоров'я України 18.12.2018 р. у розділі «Громадське обговорення» [21].

Важливо узгодити місцеве фінансування з національними пріоритетами та процесами реформ. Міністерству охорони здоров'я та НСЗУ слід на ранніх етапах співпрацювати з органами місцевого самоврядування щодо процесів планування бюджету, щоб забезпечити можливість використання місцевих ресурсів для заповнення прогалин у наданні послуг та покращення якості обслуговування. Залежно від потреб та ресурсів регіону, важливо розвивати потенціал на місцевому рівні для планування медичних послуг та забезпечення програми додаткових гарантій. Органи місцевого самоврядування відіграють важливу роль як власники закладів, так і органи фінансування, проте знадобиться подальший політичний діалог щодо того, яким чином узгодити децентралізовані функції та пріоритети національної політики в галузі охорони здоров'я. Для цього існують три широкі варіанти для України, але можлива і їхня комбінація. У всіх випадках слід запровадити перехідний план для поступового зміцнення регіонів з низькою фіскальною спроможністю та низькими витратами на охорону здоров'я за рахунок власних доходів, не відділяючи багатші регіони, які витрачають власні доходи на охорону здоров'я, у тому числі на надання послуг поза програмою медичних гарантій та фінансування програм заохочення медичних працівників.

Варіант 1. Країна може централізувати видатки на охорону здоров'я місцевих органів влади за рахунок власних доходів та об'єднати кошти в НСЗУ. Водночас, у більшості країн дуже важко повернутися до централізації розподілу доходів органів місцевого самоврядування з політичних причин, особливо в періоди фіксованих загальних доходів/витрат. Незважаючи на те, що цей варіант призводить до чіткого розподілу відповідальності, він не має потенційної користі від знання місцевої ситуації, залучення громадян та місцевої влади до питань надання медичних послуг. Цей варіант також вимагатиме від уряду переглянути

більш широку дискусію про децентралізацію, та передбачатиме політики, які виходять за межі сектору охорони здоров'я (і виходять за межі цього звіту).

Варіант 2. Уточнити відповідальність за витрачання коштів з боку органів місцевого самоврядування, зобов'язавши їх продовжувати витратити власні додаткові надходження на охорону здоров'я у визначених сферах витрат, що не перетинаються (наприклад, капітальні інвестиції, місцеві служби громадського здоров'я, послуги поза ПМГ). Частково це вже є, але потребує посилення наявних механізмів. За ідеальних умов, в рамках цього варіанту має бути спільне планування/ згода між Міністерством охорони здоров'я (та НСЗУ) та органами місцевого самоврядування щодо пріоритетів та планів витрат. *Саме цей варіант рекомендовано в даному звіті. Він також відповідає оцінці ОЕСР щодо фіскальної децентралізації в Україні у 2018 року.*

Варіант 3. Запровадити стимули для місцевих органів за продовження фінансування охорони здоров'я та узгодження своїх пріоритетів витрат з цілями національної політики. В цьому варіанті деякі країни запровадили умови або показники ефективності в трансферти від центральних органів влади до місцевих органів влади, щоб створити стимули для продовження виділення адекватних коштів на охорону здоров'я та узгодження пріоритетів із національними урядовими стратегіями (наприклад, відсоток дольової участі у витратах для деяких визначених напрямів витрат на охорону здоров'я, або певна умова щодо показника охоплення деякими інтервенціями у галузі громадського здоров'я/населення з боку місцевих органів, чи щодо оновлення закладів охорони здоров'я для відповідності новим стандартам).

Реформа електронної системи охорони здоров'я. Функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я дуже широкі. Зокрема, пацієнти отримують можливість реєстрації користувачів у центральній базі даних, у тому числі з використанням засобів електронної ідентифікації; розмежування прав користувачів на внесення та перегляд інформації у центральній базі даних, внесення до неї змін та доповнень; можливість створення, внесення, перегляду та обміну деклараціями

про вибір лікаря, який надає первину медичну допомогу, рецептами, направленнями, медичними записами, іншою інформацією та документами через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів; можливість укладення, зміни та припинення договорів про медичне обслуговування населення і договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій; формування та подання електронних звітів, первинних, розрахункових та інших документів за договорами через центральну базу даних тощо.

Важливим елементом організаційно-управлінського механізму у частині доступу до медичної інформації має стати Єдина інформаційна медична база МОЗ України, що має містити медичні протоколи (сьогодні їх можна знайти лише на неофіційному сайті <https://medprosvita.com.ua/moz-onovilo-perelik-dzherel-klinichnih-nastanov-yaki/>), інформацію щодо реєстраційних даних ліків та препаратів медичного призначення, медичні послуги та їх визначена вартість та іншу інформацію.

Реформа системи охорони здоров'я була запроваджена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [41]. Законом визначено Уповноважений орган, права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій, особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, основні засади оплати медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я затверджується КМУ з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних, контроль за дотриманням законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, відповідальність за

порушення законодавства про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення надання медичних послуг та лікарських засобів [41].

Одним з елементів медичної реформи є створення електронної системи реєстрації та ведення відносин лікаря та пацієнта. Саме це є основною метою створення eHealth. МОЗ України впроваджує систему eHealth на нормативно-правовому та організаційному рівні [1].

Засади створення електронної системи охорони здоров'я eHealth, описані в Меморандумах між Міністерством охорони здоров'я, Проектним офісом та широкою ініціативою. Система eHealth складається з державного центрального компоненту та зовнішнього приватного компоненту. Мова йде про Меморандум про спільну діяльність щодо створення в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я від 16.03.2017, який було підписано Міністерством охорони здоров'я, Державним агентством з питань електронного урядування та об'єднанням громадськості, ГО «Трансперенсі Інтернешнл Україна» та БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» визначив початок системної роботи Проектного офісу eHealth та розподіл обов'язків та зони відповідальності сторін Меморандуму щодо створення та впровадження електронної системи охорони здоров'я. При цьому, так званій, Центральний державний компонент є точкою об'єднання медичних інформаційних систем і є невидимим для кінцевих користувачів – лікарів, пацієнтів, представників медичного менеджменту [57]. Водночас, зовнішній компонент представлений програмними рішеннями – приватними медичними інформаційними системами (МІС), що приєдналися до системи eHealth. Саме через них кінцеві користувачі співпрацюватимуть з системою eHealth [36].

Створена в ході реформи Національна служба здоров'я України має укладати договори з постачальниками медичних послуг; аналізувати та використовувати дані з метою прогнозування потреб населення у медичних послугах, розробки програми медичних гарантій, встановлення тарифів, здійснення моніторингу договорів; здійснює оплати за медичні послуги на умовах договору.

Сьогодні, згадана нами eZdorovya є основним розробником технічного ядра eHealth в Україні. eHealth — електронна система охорони здоров'я, що забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення. Заплановано, що система eHealth складається з: Центральної бази даних — ЦБД (адміністратор ДП «Електронне здоров'я») та електронних медичних інформаційних систем — МІС (системи, які дають змогу автоматизувати роботу медзакладів з ЦБД).

Так само як і інші заплановані в Україні реформи, було оголошено, що електронна система охорони здоров'я eHealth буде запроваджуватися поетапно:

На першому етапі (2017 рік) Центральний компонент надає можливість зберігати лише персональні дані, а саме: реєстр медичних установ, реєстр лікарів, реєстр пацієнтів. Перша версія, надає можливість реєструвати договори між медичними установами/лікарями ФОП і Центром Національної Служби Здоров'я України (ЦНСЗУ), і реєструвати декларації між лікарем первинної ланки і пацієнтом. На основі цих договорів і декларацій НСЗУ буде перераховувати гроші медичним установам і лікарям ФОП

Другий етап (2019-2020 роки). Створення системи, що включатиме записи про електронні рецепти та електронні направлення, запускання реімбурсації в рамках програми «Доступні ліки» та агрегацію статистичних даних щодо захворюваності.

Третій етап (2021-2023 роки). Розвиток систем підтримки клінічних рішень, персоналізованої медицини, продовження стандартизації, технічного регулювання електронних медичних інформаційних систем, впровадження більш детальних термінологічних словників та класифікаторів [57].

Електронна система охорони здоров'я передбачає існування центральної бази даних, в межах якої ведуться такі реєстри:

- Реєстр пацієнтів, що містить інформацію про фізичних осіб, які мають право на гарантії згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»;

- Реєстр декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу;
- Реєстр суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, що містить інформацію про заклади охорони здоров'я, фізичних осіб-підприємців, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та лабораторії, які уклали або мають намір подати заяву про укладення договору за програмою медичних гарантій або залучені надавачами медичних послуг до надання медичних послуг;
- Реєстр медичних спеціалістів, що містить інформацію про осіб, які здобули освіту у сфері охорони здоров'я;
- Реєстр медичних працівників, що містить інформацію про осіб, які перебувають у трудових відносинах із суб'єктами господарювання у сфері охорони здоров'я;
- Реєстр договорів про медичне обслуговування населення, що містить інформацію про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ;
- Реєстр договорів про реімбурсацію, що містить інформацію про договори про реімбурсацію за програмою медичних гарантій, укладені з НСЗУ [21].

Також електронна система охорони здоров'я передбачає сумісність та електронну взаємодію центральної бази даних з іншими інформаційними системами й державними інформаційними ресурсами:

- Єдиним державним демографічним реєстром;
- Єдиним державним реєстром юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань;
- Державним реєстром актів цивільного стану громадян;
- Єдиною державною електронною базою з питань освіти;
- Єдиним державним реєстром Міністерства внутрішніх справ;
- іншими ресурсами, які зазначені у нормативно-правових актах, що регламентують взаємодію державних електронних інформаційних ресурсів.

Нажаль визначений графік не дотримано. Виникли як організаційні, так і суто юридичні проблеми формування електронної системи охорони здоров'я. З техніко-юридичного боку проблема полягає у тому, що на початковому етапі створення електронної системи охорони здоров'я визначалося актами, які не мають нормативно-правової сили, такими як багаточисельні Меморандуми, Регламенти та Накази громадських організацій, залучених до цього процесу, при практичній відсутності впливу з боку компетентних органів державної влади.

Наприклад, Меморандум щодо намірів співпраці у побудові в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я від 25 листопада 2016 року заклав фундамент побудови електронної системи охорони здоров'я та відкрив шлях до створення мінімального життєздатного продукту в рамках електронної системи, Регламент функціонування електронної системи охорони здоров'я в рамках реалізації пілотного проекту в частині забезпечення автоматизації обліку надання медичних послуг від 28.08.2017, затверджений ГО «Трансперенсі Інтернешнл Україна» абро Наказ ГО «Трансперенсі Інтернешнл Україна» №13 від 30.03.2016 про створення проектного офісу».

Ситуація почала зазнавати певних змін у 2017 році, і пов'язана з Наказом МОЗ України від 07.09.2017 № 1060 «Про тестування компонентів електронної системи обміну медичною інформацією, необхідних для запуску нової моделі фінансування на первинному рівні надання медичної допомоги». Проте цей акт створив правову основу для запуску компонентів електронної системи охорони здоров'я для реєстрації лікарень, лікарів та пацієнтів у тестовому режимі.

Наступним етапом стає затвердження КМУ Постанови від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [20], якою визначено «Порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я» та «Порядок опублікування відомостей з електронної системи охорони здоров'я Національною службою здоров'я», а також сформовано завдання МОЗ щодо розробити повну архітектуру та нормативно-правові акти, необхідні для функціонування електронної системи охорони здоров'я в рамках реалізації

державних гарантій медичного обслуговування населення на рівні вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) та інших видів медичної допомоги відповідно до етапів реалізації державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Також МОЗ України запропоновано забезпечити створення комплексної системи захисту інформації з підтвердженою відповідністю центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Аналіз ситуації доводить відсутність цілісної системи нормативно-правового регулювання, яка мала б бути визначена у нормативно-правовому акті на рівні окремого закону. Відповідно відсутні чіткі орієнтири нормативного характеру та не визначено коло учасників суспільних відносин у сфері формування електронної системи охорони здоров'я.

З практичної точки зору найбільш важливим елементом електронної системи охорони здоров'я виступають різноманітні бази медичних даних – реєстри. На сьогодні до офіційних реєстрів МОЗ України, які мають відношення до медичної сфери можна віднести: Перелік лікарських засобів, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепта; Державний реєстр лікарських засобів; Державний реєстр медичної техніки і виробів медичного призначення; Державний реєстр дезінфекційних засобів; Державний формуляр лікарських засобів; Реєстр оптово-відпускних цін на вироби медичного призначення. Окремо у системі eHealth ведуться тимчасові реєстри, які мають назву «червоний» та «зелений» реєстри пацієнтів. Їх використовують для контролю укладання декларації про вибір лікаря. Для аналізу станів цих реєстрів існує можливість формування звіту по кожному зареєстрованому медичному закладу. Він надає інформацію щодо кількості пацієнтів згідно з початковими даними Червоного списку та кількість пацієнтів, що було вилучено з «червоного» списку внаслідок підписання декларацій пацієнтами та вони перенесені до «зеленого» реєстру. Також у системі eHealth

провадиться робота з формування реєстру аптек та закладів спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги.

Також 13 березня 2020 року вступив у силу Наказ МОЗ України «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я» від 28.02.2020 року, який визначив, що за умови наявності відповідної технічної можливості в електронній системі охорони здоров'я внесення медичних записів, записів про направлення та рецептів на лікарські засоби до Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я є обов'язковим [20].

Водночас, залишається під питанням об'єднання таких реєстрів під адмініструванням одного суб'єкта, розширення кількості таких медичних реєстрів та вирішення проблеми програмного забезпечення їх використання. Необхідно запропонувати доповнити цей масив такими реєстрами, як :

- Реєстр медико-біологічних досліджень та медичних експериментів;
- Реєстр лабораторно-діагностичних закладів;
- Реєстр медико-реабілітаційних закладів;
- Реєстр донорів (донорство крові, анатомічних матеріалів та репродуктивних клітин);
- Реєстр сурогатних матерів (при використанні допоміжних репродуктивних технологій);
- Реєстр пацієнтів, які потребують лікування за кордоном;
- Реєстр пацієнтів спеціалізованих медичних закладів.

З організаційно-управлінської позиції формування електронної системи охорони здоров'я також має суттєві недоліки. Необхідно пам'ятати, що значний масив медичних даних охоплює сферу забезпечення національної безпеки і є поєднанням інформації публічного та приватно-правового характеру. Йдеться насамперед про інформацію щодо особливого роду пацієнтів - військовослужбовців та працівників правоохоронних органів, які зазнали

поранення та травмування при виконанні своїх службових обов'язків та ведення бойових дій. Таким чином, військова медицина взагалі не включена до електронної системи охорони здоров'я, так само як і медицина судова (ув'язнені та особи, які перебувають в режимних медичних закладах).

Необхідно також розглянути можливість створення кожному громадянину особистого медичного кабінету (ОМК) на спеціальному порталі. В особистому медичному кабінеті повинна міститися історія записи до фахівців, поставлені діагнози, інформація про отримані медичні послуги і їх вартості. За допомогою ОМК громадянин повинен мати можливість записатися на прийом до фахівця і оцінити роботу поліклініки. Відображені в ОМК відомості повинні бути доступні для ознайомлення цілодобово без справляння плати та інших обмежень, а інформація повинна надаватися в доступній, наочній і зрозумілій формі. про персональні дані та їх захист.

Одне з ключових заходів - створення особистого кабінету пацієнта «Моє здоров'я». Використання інформаційних технологій, як фахівцями, так і пацієнтами, дозволить скоротити час, що витрачається на діагностику, забезпечуючи методологічну підтримку в прийнятті рішень, що позитивно позначиться на роботі організації та лікуванні громадян. Вважаємо, що і описаний автором сервіс «особистий медичний кабінет» і «особистий кабінет пацієнта» служать одній меті, тому їх можна об'єднати.

Запобігання поширенню небезпечних інфекційних хвороб також вимагає уваги до створення комплексної системи електронної системи охорони здоров'я з залученням інших органів влади. Нажаль, практика демонструє, що Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ (і такі окремі його відомства як Державна міграційна служба, Національна поліція, Державна прикордонна служба), Міністерство закордонних справ були усунуті від процесів формування електронної системи охорони здоров'я.

Проте, найбільше питань виникає при спробі визначити організаційно-правові основи формування системи захисту медичної інформації.

Важливість такої інформації важко не переоцінити. Мова йде не лише про запобігання можливості «витоку» цих даних та їх використання з боку шахраїв чи інших зловмисників, але й про те, що доступ до цих даних може істотно вплинути на можливість здійснення своїх прав громадянами у таких сферах як навчання, трудові відносини та страхова діяльність.

Водночас викликає перестороги і широке залучення до процесу створення електронної системи охорони здоров'я громадських неурядових організацій та можливостей впливати на інформаційну архітектуру з боку приватних комерційних структур. Активність включення приватного комерційного компоненту та їх можливостей впливати на питання безпеки доступу до масиву медичної інформації також має знайти своє відображення на рівні нормативно-правового акту.

Крім правового та організаційно-управлінського елементів формування системи eHealth необхідно наголосити і на суто технічному елементі. Вимагає вирішення питання, де будуть зберігатися медичні дані, чи буде використано при цьому можливості «хмарного інформаційного простору», необхідно також отримати чітку відповідь на питання можливості використання серверів, які знаходяться фізично на території інших держав. Не менш важливим є питання добору та контролю за персоналом, який матиме доступ до електронної системи охорони здоров'я з правами адміністратора.

ВИСНОВКИ

Публічне управління процесами реформування медичної діяльності в Україні займає важливе місце у системі суспільних відносин управління у сучасній соціальній системі. Від того на скільки якісною та завершеною буде реформа системи охорони здоров'я у прямому сенсі залежить людський потенціал нашого суспільства. Трансформація системи охорони здоров'я стосується кожного громадянина.

1. Функції публічного управління процесами реформування носять характер тимчасових публічно-правових функцій. І хоча така адміністративно-управлінська функція не є постійною її важливість для майбутнього є непересічною. Від того на скільки якісною та завершеною буде реформа системи охорони здоров'я у прямому сенсі залежить людський потенціал нашого суспільства. Під поняттям публічного управління у сфері процесами реформування медичної діяльності в Україні ми пропонуємо розуміти діяльність управлінського характеру спрямовану на забезпечення управлінськими, економічними, правовими засобами нової системи організації забезпечення здійснення права громадян на охорону здоров'я, належну медичну інформацію, доступ до медичної інформації та організацію медичного страхування.

2. Обґрунтування і реалізація в Україні власних довгострокових проектів розвитку системи охорони здоров'я визначає доцільність ознайомлення із світовим досвідом організації та функціонування сфери. Результати таких досліджень стають основою для визначення стратегічних пріоритетів розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, розробки комплексу ефективних заходів вирішення медико-демографічних проблем як держави у цілому, так і її регіонів.

Зарубіжний досвід проведення реформ медичної системи доводить фактичну відсутність «готового» ефективного сценарію проведення подібної реформи. У кожному випадку реформування здійснюється з врахуванням особливостей конкретної ситуації в певній державі. Яскравим прикладом стала медична реформа в США проведена президентом Б. Обамою та скасована

президентом Д. Трампом. Це дозволяє стверджувати, що при проведенні реформи системи охорони здоров'я в Україні необхідно виходити з можливості запозичення окремих елементів подібних реформ у інших країнах, з тим аби досягнути відповідного результату відштовхуючись від існуючих в Україні особливостей.

3. В Україні сформована достатньо ефективна база нормативне регулювання процесами реформування медичної діяльності в Україні. Водночас, можемо констатувати необхідність удосконалення нормативно-правового регулювання системи публічного управління у таких сферах системи охорони здоров'я: функціонування служби крові (можливо через варіант запровадження створення системи «банків» крові в Україні); порядку надання медичної допомоги у умовах лиха (війни, масштабних пандемій, у тому числі і для врегулювання проблематики здійснення «сортування хворих); порядку надання медичної допомоги з використанням можливостей інтернет-ресурсів та відеоконференцій (в першу чергу для проведення консультацій та здійснення планування необхідних заходів); здійснення репродуктивно-генетичних прав (у тому числі законодавство щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій).

4. Стан процесів реформування медичної діяльності в Україні демонструє наявність позитивних зрушень у сфері використання нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, відбувається перехід до реформування другої та третьої ланки надання медичних послуг. Зазначене демонструє незворотність процесів реформування, необхідність доведення реформи до логічного завершення та повну недоцільність повернення до старої системи організації та фінансування функціонування закладів охорони здоров'я.

Залишаються не вирішеними питання діяльності у сфері закупівлі та розповсюдження ліків та проведення на території України клінічних медичних досліджень, а також питання функціонування відомчих медичних закладів.

5. Щодо діяльності суб'єктів публічного управління процесами реформування сферою охорони здоров'я в Україні, наголосимо, що має бути активізовано процес оптимізації мережі лікарень шляхом концентрації більш

спеціалізованих послуг та закриття, скорочення чи перепрофілювання надлишкових закладів. Цей процес потребуватиме лідерства з боку Міністерства охорони здоров'я та тісного залучення органів місцевого самоврядування, але й участі НСЗУ, та координації щодо відповідних змін у послугах, які НСЗУ закуповує у різних надавачів. Швидкість трансформації на рівні надавача послуг у відповідь на поєднання нових методів оплати з боку НСЗУ та автономії закладів буде низькою, якщо управлінські спроможності державних надавачів залишаться слабкими. Автономія надавачів несе підвищений фінансовий ризик перевищення бюджету, і потребуватиме посилення нагляду та підтримки органів місцевого самоврядування як власників. Це дозволяє стверджувати необхідність створити регіональні відділення НСЗУ протягом 2020 року з огляду на важливість присутності в регіонах для здійснення декількох критично важливих функцій, серед яких: надати можливість НСЗУ реалізувати надійні механізми моніторингу та контролю для валідації заяв на оплату; забезпечити для НСЗУ регіональний потенціал для конструктивної комунікації та переговорів з надавачами щодо необхідного вдосконалення послуг; і забезпечити координацію з органами місцевого самоврядування щодо локального стратегічного планування медичних послуг, а також розвивати ефективний обмін даними та функціями (наприклад, інформація про пацієнтів та обробка скарг) з місцевими органами влади.

б. Аналіз сучасного рівня нормативно-правового закріплення та організаційно-управлінського забезпечення формування електронної системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи дозволяє зробити наступні висновки.

По-перше, з метою ефективної реалізації державної інформаційної політики у медичній сфері необхідна розробка та прийняття нормативно-правового акту на рівні закону. Можна запропонувати назву такого законодавчого акту як Закон України «Про функціонування електронної системи охорони здоров'я в Україні». Завданням такого акту має бути визначення суб'єктів здійснення інформаційної політики у цій сфері, повноваження окремих органів та недержавних організацій

або суб'єктів господарської комерційної діяльності, залучених до розробки та функціонування електронної системи охорони здоров'я. Важливим елементом нормативного регулювання має стати вирішення питання забезпечення кібер-безпеки при використанні електронної системи охорони здоров'я та визначення відповідальності конкретних суб'єктів за можливі порушення або створення загрози системи. Відштовхуючись від цього нормативно-правового акту має розбудуватися вся система відомчих підзаконних актів. З прийняттям відповідного нормативно-правового акту мають бути переглянуті відповідні етапи запровадження електронної системи охорони здоров'я.

По-друге, електронна система охорони здоров'я повинна охопити всі сфери надання медичних послуг, у тому числі і сферу «військової» та «відомчої медицини». Адміністрування системою, очевидно, має перебувати під державним контролем. Важливим елементом надійного функціонування електронної системи охорони здоров'я має стати підготовка медичного персоналу до роботи з базами даних.

По-третє, має бути враховано положення щодо можливості надання «хмарних» послуг, пов'язаних з функціонуванням електронної системи охорони здоров'я, при розробці законопроекту «Про хмарні послуги». Необхідно оцінити можливості використання «хмарного» збереження даних медичного характеру та вимог щодо використання «хмарних» інформаційних сервісів, які надаються з територій іншої юрисдикції ніж національна.

По-четверте, ідеологія використання можливостей електронної системи охорони здоров'я має поєднувати у собі як сервісний аспект надання медичних послуг, так і забезпечувати додаткові гарантії «прозорості» медичної сфери, подолання у ній корупції, організації праці медичних працівників та економії ресурсів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адміністратор Центральної бази даних eHealth України. URL. <https://ehealth.gov.ua>
2. Акопов В.И., Маслов Е.Н. Право в медицине. - М.: Интер-сервис, 2002. С.62-63.
3. Антонов С.В. Інформована згода пацієнта як необхідна умова надання медичної допомоги. *Вісник Запорізького державного університету: Збірник наукових статей. Юридичні науки.* Запоріжжя: Запорізький державний університет. 2004. №1. С. 117–120.
4. Афанасьєва Е.Г. Правовое регулирование оказания коммерческих медицинских услуг в США: автореф. дис... на соискание ученой степени канд. юрид. наук: спец. 12.00.03. М, 1995. 21 с.
5. Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте, 2017 127 с
6. Болотіна Н.Б. Медико-біологічний експеримент. *Юридична енциклопедія.* К.: Укр. енциклопедія, 2001. Т.3. С.604-605.
7. Болотіна Н.Б. Медична допомога. *Юридична енциклопедія.* К.: Українська енциклопедія. Т.3. С.607-608.
8. Болотіна Н.Б. Медична експертиза. *Юридична енциклопедія.* К.: Українська енциклопедія. Т.3. С.608-609.
9. Болотіна Н.Б. Медичне право. *Юридична енциклопедія.* –К.: Українська енциклопедія імені М.П.Бажана, 2001. Т. 3. С.608-609.
10. Болотіна Н.Б. Медичне право у системі права України. *Право України.* 1999. №7. С.116-121.
11. Болотіна Н.Б. Медичне страхування. *Юридична енциклопедія.* К.: Українська енциклопедія. Т.3. С.609.

12. Болотіна Н.Б. Пацієнт: поняття, права та обов'язки. *Правова держава*. Вип. № 14. К., 2003. С.301-309.
13. Булеца С.Б. Право фізичної особи на життя та здоров'я як об'єкт цивільно-правової регламентації: порівняльно-правовий аналіз регулювання в Україні, Угорській, Словацькій та Чеській республіках: автореферат на здобуття наук. ступеня кандидата юрид. наук: спец. 12.00.03. Одеса, 2005. 21с.
14. Гладун З. Законодавство України про охорону здоров'я (проект концепції). *Право України*. 1991. №11. С.31-33.
15. Гладун З. Право людини на життя і проблеми його юридичного забезпечення в Україні. *Український часопис прав людини*. 1994. №1. С.47-54.
16. Гладун З. Правове забезпечення охорони здоров'я громадян. *Право України*. 1991. №5 С.29-31.
17. Гладун З. Правове становище громадян в галузі охорони здоров'я. *Право України*. 1994. №10. С.34-37.
18. Гладун З.С. Законодательство о здравоохранении: проблемы формирования новой теоретической модели. *Государство и право*. 1994. №1. С.116-122.
19. Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 28.02.2020 № 587 URL. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0236-20>
20. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411. URL. <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-elektronnoyi-sistemi-ohoroni-zdorovya>
21. Духовна О. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? URL.<https://yur-gazeta.com/publications/practice/medichne-pravo-farmaceutika/prodov-zhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html>
22. Ермолова О.Н. Нематериальные блага и их защита: дис... кандидата юрид. наук: 12.00.03. Саратов, 1988. 174 с.

23. Здравоохранение Швеции URL: http://sos-system.org.ua/?page_id=88
(дата обращения 02.06.2017)

24. Зима І.Я. Теоретичні підходи до визначення та формування механізмів державного управління. URL: http://www.investplan.com.ua/pdf/15_2019/15.pdf;

25. Зима І.Я. Науковий концепт формування механізмів державного управління та значення здоров'я людини. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 14. С. 48-52.

26. Кимболл А.М. Система здравоохранения США: сравнительное исследование. *Управление в здравоохранении России и США: Опыт и проблемы. Сборник научных трудов*. Под ред. М.В. Удальцовой, М. Ричардсон. Новосибирск: НГАЭиУ, 1997. С. 150-160.

27. Колодійчук Є. Від скальпеля до природи. *Урядовий кур'єр*. 2004. №58. С.13.

28. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР / Верховна Рада України. База «Законодавство України». URL. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>

29. Красавчикова Л.О. Понятие и система личных, не связанных с имущественными прав граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации: дис... доктора юрид. наук: 12.00.03. Екатеринбург, 1994. 435 с.

30. Лесков Г. Состояние рынка страхования жизни и здоровья в наиболее развитых странах. Некоторые особенности пенсионного и медицинского обеспечения. *Страховое дело*. 1999. №3. С. 60–65.

31. Лисицин Ю.П. Медицинское страхование. М.: Медицина, 1995. 142 с.

32. Логвиненко Б.О. Окремі питання формування єдиного медичного простору України. *Порівняльно-аналітичне право*. №6. 2019. С. 283-285.

33. Малейна М.Н. Личные неимущественные права граждан (понятие, осуществление и защита): дис... доктора юрид. наук: 12.00.03. М., 1997. 431 с.

34. Малейна М.П. Правовой взгляд на проявление нетрадиционных способностей (качеств) человека. *Государство и право*. 1994. №2. С.126.

35. Медична реформа: URL.
<https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

36. Медична реформа: затверджено регламент електронної системи охорони здоров'я eHealth. URL. <https://www.dls.gov.ua/news>

37. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2013. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/journal/n/mezhdunarodnye-obzoryklinicheskaya-praktika-i-zdorovie>
(дата обращения 27.05.2017)

38. Миронов А. А., Таранов А. М., Чейда А. А.. Медицинское страхование. М.: Наука, 1994. 312 с. URL: <http://scicenter.online/teoriya-strahovaniya/zdravoohranenie-shvetsii.html> (дата обращения 02.06.2017)

39. Назарко С.О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Електронне наукове фахове видання «Ефективна економіка»*. №1. 2020. URL.http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf

40. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ/ Верховна Рада України. База «Законодавство України». – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/print>

41. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України. URL. <https://www.apteka.ua/article/90571>.

42. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27.02.2014р. № 794-VII/ Верховна Рада України. База «Законодавство України». – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/794-18/print>.

43. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР/ Верховна Рада України. База «Законодавство України». URL.: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80/print>.

44. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9.04.1999 р. № 586-XIV/ Верховна Рада України. База «Законодавство України». URL. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/586-14/print>.

45. Пунда О.О. Поняття та зміст права на здоров'я. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. 2003. №3-4 (7-8). С.58-64.

46. Розпорядження Кабінету Міністрів «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р URL. <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/249626689>.

47. Розроблено програму підтримки репродуктивного та статевого здоров'я нації. URL. <https://www.umj.com.ua/article/106030/rozrobleno-programu-reproduktivnogo-ta-statevogo-zdorov-ya-natsiyi>

48. Системы здравоохранения: время перемен. Реферат обзора: Швеция, 2002. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/184678/Summary-HiT-Sweden-2012-Rus.pdf (дата обращения 30.05.2017)

49. Стефанчук Р.О. Особисті немайнові права фізичних осіб у цивільному праві: автореф. доктора. юрид. наук: спец. 12.00.03. Київ, 2007. 41с.

50. Стігліц Дж.Е. Економіка державного сектору / Пер. з англ. А. Олійник., Р. Скільський. К.: Основи, 1998. – 656 с.

51. Типове положення про Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги: затв. наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801/ Верховна Рада України. База «Законодавство України». URL.<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16/print>.

52. Тихомиров А.В. Организационные начала регулирования рынка медицинских услуг / Тихомиров А.В. М.: Статут, 2001. 256 с.

53. Тэннер М. Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах. URL: <http://www.inliberty.ru/library/49-sravnitelnyy-analizsistem-zdravoohraneniya-v-raznyh-stranah>.

54. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL:https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf?ua=1

55. Філіппова Н.П. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018роки у контексті вдосконалення організації медичної документації. *Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія*. 2014. №3. С.57-62.

56. Хижняк М.І. Здоров'я людини та екологія : навч. посіб. / М.І. Хижняк, А.М.Нагорна. К. : Здоров'я, 1995. 230 с.

57. Хмарне рішення для автоматизації діяльності лікувально-профілактичних закладів. МС Plus. URL. <https://mcplus.com.ua/reforma-moz/>

58. Щукін О. До питання про стандартизацію медичної допомоги: правовий аспект. *Актуальні проблеми держави і права*. 2001. С.378-388.