ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
на тему:

Удосконалення управління охороною здоров'я України

Виконала:
студентка магістратури за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування заочної форми навчання
Бойко Лілія Степанівна
Науковий керівник:

Рецензент:

Хмельницький – 2022 рік

АНОТАЦІЯ

Бойко Л.С. – Удосконалення управління охороною здоров'я України.

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування.

Основна увага в магістерській роботі присвячена обґрунтуванню теоретичних засад та розробці практичних рекомендацій щодо напрямів, конкретних інструментів удосконалення управління охороною здоров'я України.

У першому розділі магістерської роботи висвітлені сутність та основні принципи управління охороною здоров'я України. Здійснено аналіз зарубіжного досвіду у сфері управління охороною здоров'я України, зокрема, зосереджено увагу на принципах та перевагах відповідних систем охорони здоров'я.

У другому розділі здійснено обґрунтування етапів розвитку системи охорони здоров'я в Україні, наведено розгорнуту характеристику кожного з етапів. Також окрему увагу приділено питанню фінансування відповідної сфери. Здійснено аналіз підходів до фінансування системи охорони здоров'я.

Поряд з цим, у третьому розділі автором наведено обґрунтування напрямів удосконалення управління охороною здоров'я України. Виходячи з результатів проведено аналізу та виявлених проблем, увага зосереджена на питанні диверсифікації фінансування системи охорони здоров'я, а також удосконаленні електронних реєстрів системи охорони здоров'я України.

Ключові терміни: охорона здоров'я, управління, удосконалення, система охорони здоров'я.

SUMMARY

Boyko L.S. – Improvement of health care management in Ukraine.

Master's Degree Program for Master's Degree in specialty 281 Public management and administration.

The main focus of the master's work is devoted to the substantiation of the theoretical foundations and the development of practical recommendations regarding directions and specific tools for improving the management of health care in Ukraine.

In the first chapter of the master's work, the essence and main principles of health care management in Ukraine are highlighted. An analysis of foreign experience in the field of health care management of Ukraine was carried out, in particular, attention was focused on the principles and advantages of the relevant health care systems.

In the second chapter, the justification of the stages of the development of the health care system in Ukraine is made, a detailed description of each of the stages is given. Special attention was also paid to the issue of financing the relevant field. An analysis of approaches to financing the health care system was carried out.

Along with this, in the third chapter, the author provides justification for improving the management of health care in Ukraine. Based on the results of the analysis and identified problems, attention is focused on the issue of diversification of financing of the health care system, as well as improvement of electronic registers of the health care system of Ukraine.

Key terms: health care, management, improvement, health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП 5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я 7
1.1. Сутність та основні принципи управління охороною здоров'я 7
1.2. Зарубіжний досвід управління охороною здоров'я 11
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 23
2.1. Характеристика етапів розвитку системи охорони здоров'я 23
2.2. Аналіз підходів до фінансування системи охорони здоров'я 31
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 45
3.1. Диверсифікація фінансування системи охорони здоров'я України 45
3.2. Удосконалення електронних реєстрів системи охорони здоров'я України 52
ВИСНОВКИ 57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Забезпечення ефективної системи охорони здоров'я є пріоритетним завданням державного управління. Саме через систему охорони здоров'я держава забезпечує виконання основних конституційних прав населення. В умовах побудови правової та демократичної держави з соціально-орієнтованою ринковою економікою актуалізуються питання забезпечення реалізації конституційного права людини на охорону здоров'я. У сфері охорони здоров'я в Україні спостерігається безліч негативних тенденцій, що є результатом системної кризи всієї сфери охорони здоров'я. Успіх реалізації цієї системи великою мірою залежить від відповідної системи управління.

Значний вклад у дослідження теоретичних аспектів управління охороною здоров'я України вчені як Барзилович А., Вороненко Ю., Криничко Л., Мотайло О., Лехан В., Крячкова Л., Заярський М. тощо. Проте питання удосконалення управління охороною здоров'я України завжди залишається актуальним та таким, що потребує поглибленого вивчення.

Мета та завдання дослідження. *Метою магістерської роботи* є систематизація теоретичних аспектів та обґрунтування практичних пропозицій щодо удосконалення управління охороною здоров'я України. У відповідності до цієї мети були поставлені та послідовно вирішувались такі *основні завдання*:

визначити сутність та основні принципи управління охороною здоров'я;

дослідити зарубіжний досвід управління охороною здоров'я;

надати характеристику етапів розвитку системи охорони здоров'я;

здійснити аналіз підходів до фінансування системи охорони здоров'я;

обґрунтувати необхідність забезпечення диверсифікації фінансування системи охорони здоров'я України;

запропонувати напрями удосконалення електронних реєстрів системи охорони здоров'я України.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, пов'язані із управлінням охороною здоров'я. ***Предмет*** - теоретичні та прикладні аспекти удосконалення управління охороною здоров'я.

Методика магістерського дослідження. Для реалізації мети та завдань магістерського дослідження було використано такі методи дослідження: систематизації та узагальнення, табличний, графічний, структурно-логічний тощо.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання теоретичних і практичних узагальнень та висновків магістерської роботи для удосконалення управління охороною здоров'я України.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та основні принципи управління охороною здоров'я

Вивчення питань управління охороною здоров'я слід розпочати з визначення такого складного поняття, як «здоров'я». Існує багато визначень, що характеризують це поняття з різних точок зору - соціальної, біологічної, медичної та ін. Серед них найбільш відоме визначення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я - це стан повного фізичного, психічне та соціальне благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи інвалідності». Інші визначення відрізняються від нього, але жодне з них не заперечує, що здоров'я є найбільшою соціальною та індивідуальною цінністю, яка істотно впливає на процеси та наслідки економічного, соціального та культурного розвитку як окремої людини, так і всієї нації, а також на демографічну ситуацію, продуктивні сили і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства [27].

Тому це визначення видається найбільш прийнятним для такої соціальної проблеми, як державне управління, оскільки воно ставить важливі та масштабні завдання, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я людей. Сукупність цих взаємопов'язаних завдань отримала назву «система охорони здоров'я». У широкому контексті її слід розглядати як систему державно-громадських заходів правового, економічного, соціального, наукового, культурно-освітнього, організаційно-технічного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного та медичного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я людей, подовження активності та працездатності, створення здорових умов життя та праці, забезпечення гармонійного фізичного та психічного розвитку дітей та молоді, профілактика та лікування захворювань. Іноді це поняття звужують до комплексу спеціальних заходів і заходів медичного характеру, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, попередженню захворювань, втрати працездатності та

передчасної смерті, забезпечують своєчасне виявлення, лікування та реабілітацію хворих. Такий комплекс, хоч і важливий, але є лише частиною системи охорони здоров'я і називається «медична допомога». З точки зору держави більш переконливим є поширення поняття «система охорони здоров'я» на умови, що впливають на здоров'я людей і визначають його стан, мотиви, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я нації, стандарти. які забезпечують сприятливі умови проживання. На нашу думку, всі вищезазначені елементи в комплексі об'єднуються поняттям «сфера охорони здоров'я». Ще складніше сформулювати визначення терміну «управління», під яким розуміється як процес, так і структури, що його здійснюють. Під безліччю визначень, що постійно змінюються і вдосконалюються, можна розуміти особливий вид діяльності управлінського, організаційно-розпорядчого характеру, який здійснюється в рамках постійно активної цілеспрямованої роботи як у виробничій, так і в невиробничій сферах [].

Не можна не погодитися з визначенням, яке, зокрема, стосується поняття «державне управління»: Адміністрація – це система органів та установ, створених для виконання рішень органів політичної влади. Більш повне і повне визначення державного управління сформульовано Нігро та Нігро (1989), згідно з яким державне управління:

1. Це спільні зусилля певної групи в контексті держави.

2. Вона охоплює всі три гілки влади – виконавчу, законодавчу та судову, а також їх взаємовідносини.

3. Вона відіграє важливу роль у формуванні державної політики та бере участь у політичному процесі.

4. Істотно відрізняється від приватного управління.

5. Тісно пов'язані з багатьма приватними групами та окремими особами в наданні державних послуг.

Процес управління складається з кількох етапів: 1. Формування мети. 2. Збір та аналіз інформації. 3. Прийняття рішення. 4. Здійснення управлінських дій. 5. Контроль виконання рішень. Надзвичайно важливою умовою реалізації

політики є відповідність її цілей засобам їх досягнення. З цього випливає визначення, що політика є соціальним інструментом, який реалізує владні відносини в суспільстві, забезпечує соціальний контроль, мобілізацію та організацію колективних дій для досягнення спільних цілей і рішень, завдань управління, що з них випливають. На Європейській конференції ВООЗ у 1994 році було уточнено поняття «політика охорони здоров'я» — це угода, консенсус між партнерами щодо того, які проблеми охорони здоров'я слід вирішувати в порядку пріоритетності та які стратегії використовуються [27].

Ідеологія реформування галузі є основою сучасної політики охорони здоров'я. За визначенням ВООЗ, реформа – це цілеспрямований, динамічний і постійний процес, який призводить до систематичних структурних змін. Реформа охорони здоров'я — це регулятивний, економічний та організаційний захід, який має бути збалансований з етичними вимогами загального доступу до всіх видів медичної допомоги та справедливості в її розподілі для всіх соціальних груп. Управління — це цілеспрямований, тобто продуманий, організаційно-регулюючий вплив населення на суспільне життя, який може забезпечуватися як безпосередньо, так і через спеціально створені органи та структури (органи державної влади, громадські організації, установи). Він складається з таких елементів: цілі і завдання, функції управління, форми і методи їх реалізації.

До системи органів управління охороною здоров'я належать Кабінет Міністрів України, МОЗ України, Рада Міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління охорони здоров'я облдержадміністрацій) .

Кабінет Міністрів України забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарно-епідеміологічного забезпечення населення, доступності послуг медичних закладів, фізичної культури та оздоровлення громадян; забезпечує розроблення та здійснення заходів щодо створення матеріально-технічної бази та інших умов, необхідних для розвитку охорони

здоров’я; спрямовує і координує роботу міністерств та інших органів виконавчої влади.

Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України) є спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я, компетенція якого визначається Положенням, затвердженим Кабінетом Міністрів України1. До основних завдань МОЗ України належать: забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, санітарно-епідемічної допомоги населенню, розроблення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення; розроблення, координація та контроль за виконанням програм розвитку державної охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної та мікробіологічної промисловості; організація надання державними та комунальними закладами охорони здоров'я безоплатної медичної допомоги населенню; організація надання медичної допомоги в екстрених та екстремальних ситуаціях, здійснення заходів, що належать до компетенції, спрямованих на подолання наслідків катастрофи на Чорнобильській АЕС; розроблення заходів щодо запобігання та зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення; організація спільно з Національною академією наук, Академією медичних наук наукових досліджень за пріоритетними напрямами розвитку медичних наук.

Для вирішення найважливіших завдань діяльності та розвитку охорони здоров'я при МОЗ України створюється колегія, рішення якої оформлюються наказами Міністра охорони здоров'я України.

Рада Міністрів АРК та органи місцевої державної адміністрації реалізують у межах своїх повноважень державну політику у сфері охорони здоров'я. Так, місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво керованими ними закладами охорони здоров'я, їх матеріально-фінансове забезпечення, організовують роботу медичних закладів з надання медичної

допомоги населенню, вживають заходів щодо профілактики інфекційних захворювань. , епідемії, епізоотії та їх ліквідація тощо.

Державні функції в галузі охорони здоров'я виконують також інші органи, підпорядковані закладам охорони здоров'я. До таких органів належать, зокрема, Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство транспорту України. Ці органи визначають структуру управління відомчими закладами охорони здоров'я.

МОЗ України здійснює відповідні функції з управління охороною здоров'я шляхом здійснення контролю за якістю та безпечністю харчових продуктів, лікарських засобів і виробів медичного призначення. Діяльність МОЗ України в цьому напрямі зводиться до реалізації державної політики у сфері державного контролю за якістю та безпечністю окремих видів харчових продуктів (спеціальних харчових добавок, лікарських засобів, лікарської рослинної сировини та лікувальна косметика тощо), забезпечення інтересів держави з цього приводу та міжвідомча координація з окремих питань.

1.2. Зарубіжний досвід управління охороною здоров’я

Право на охорону здоров’я є ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права та можливості населення отримати необхідну медичну допомогу – у центрі уваги. Країни в усьому світі стикаються з різними проблемами охорони здоров'я. За даними Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров’я, щонайменше половина населення світу не може отримати необхідні медичні послуги, і люди продовжують помирати в багатьох країнах світу, не маючи доступу до профілактичних та лікувальних послуг [45].

Країни, що розвиваються, продовжують боротися зі збільшенням кількості неінфекційних захворювань, поширенням СНІДу, малярії та інших захворювань, водночас справляючись із зростаючим тягарем випадкових смертей, дитячої смертності, наслідків поганої санітарії та інших екологічних

факторів. Багатші країни також стикаються з тиском на свої системи охорони здоров’я через старіння населення, зростання поширеності хронічних захворювань, супутніх захворювань і потреби в доступі до нових технологій охорони здоров’я [16]. Право на охорону здоров’я та його реалізація розглядається в багатьох міжнародно-правових актах, зокрема: Загальній декларації прав людини (ст. 25) [32], Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права (ст. 12) [43], Хартія основоположних прав Європейського Союзу (стаття 35) [51], Європейська соціальна хартія (стаття 11) [31], Конвенція про права дитини (стаття 24) [35], Міжнародна конвенція про ліквідацію Усі форми расової дискримінації (ст. 5) [42], Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (ст. 11) [34], Конвенція про права людей з інвалідністю (Конвенція про права Люди з інвалідністю) (ст. 25) [36], Африканська хартія прав людини і народів (ст. 16) [2] та ін.

Так, у статті 25 Загальної декларації прав людини зазначається, що кожен має право на життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідні соціальні послуги, необхідні для здоров’я та благополуччя, і його сім’я, і право на допомогу у разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдівства, старості або іншої втрати засобів до існування з незалежних від неї причин [32]. У статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права зазначено, що держави, визнаючи право кожного на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров’я, повинні вживати таких заходів для повної реалізації цього права, які необхідні для забезпечення зниження мертвонароджуваності та неонатальної смертності та здоров'я розвитку дитини; покращення всіх аспектів навколишнього середовища та гігієни праці в промисловості; профілактика і лікування епідемічних, ендемічних, професійних та інших захворювань і боротьба з ними; створення умов, що забезпечують отримання кожною медичної допомоги та надання медичної допомоги у разі захворювання [43]. Відповідно до ст. 35 Хартії основоположних прав Європейського Союзу кожен має право на доступ до профілактичної медичної допомоги та лікування на умовах,

встановлених національним законодавством і практикою. Необхідно приділяти більше уваги захисту здоров’я людини при розробці та реалізації всієї політики та діяльності Європейського Союзу [51]. Таким чином, кожна держава, ратифікувавши принаймні один міжнародний документ про права людини, що визнає право на охорону здоров’я, взяла на себе зобов’язання захищати це право в національному законодавстві, створювати стійкі національні системи охорони здоров’я та зміцнювати національний потенціал.

Реалізуючи право людини на охорону здоров’я, кожна країна світу керується трьома основними цілями функціонування системи охорони здоров’я: збереження здоров’я людей, лікування хворих та захист сім’ї від фінансового краху, спричиненого рахунками за лікування. Реалізація права на охорону здоров'я в кожній країні безпосередньо залежить від національної політики охорони здоров'я. Сьогодні в багатьох країнах світу державна політика у сфері охорони здоров’я створює умови для організації та надання медичних послуг, забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, до якісних медичних послуг, доступу до безпечних ліків та вакцин, впровадження заходів, які допоможуть подолати проблеми, пов’язані із забезпеченням адекватного та економічно ефективного доступу до охорони здоров’я та медичних послуг. Основні критерії оцінки реалізації права на охорону здоров’я у світі Загальновідомо, що ефективність системи охорони здоров’я має сильний вплив на здоров’я населення. Основна мета будь-якої системи охорони здоров’я – максимально зберегти здоров’я людей за мінімально можливих витрат. Нові демографічні, епідеміологічні та фінансові виклики посилюють необхідність узгодження систем охорони здоров’я з потребами людей і громад.

Говорячи про реалізацію особою права на охорону здоров’я, необхідно зосередити увагу на основних складових: доступ до медичної допомоги (доступність та своєчасність), процес догляду (профілактика, безпечний догляд, скоординований догляд та працевлаштування, переваги пацієнта), адміністративна ефективність, справедливість у сфері охорони здоров’я та

результати (здоров’я населення, смертність і захворюваність, пов’язані зі здоров’ям), фінансування. Ці складові в цілому визначають рівень якості медичної допомоги та функціонування системи охорони здоров’я як такої. Вся медична допомога має бути своєчасною, безпечною, ефективною, орієнтованою на пацієнта та справедливою [5, С. 35]. Як наслідок, люди часто не отримують необхідної медичної допомоги, відчувають труднощі з оплатою отриманої медичної допомоги, не завжди можуть швидко отримати інформацію про прийом та отримати невідкладну допомогу. Відповідно до звіту Організації економічного співробітництва та розвитку «Здоров’я в двох словах 2019: індикатори ОЕСР», кожна п’ята людина у світі заявляє, що не зверталася до лікаря, незважаючи на медичну потребу [10, с.30]. Наявність достатніх коштів на охорону здоров'я є важливим фактором функціонування системи охорони здоров'я. Якщо системи охорони здоров’я не забезпечують належного фінансового захисту, людям може не вистачити грошей, щоб оплатити медичне обслуговування чи інші основні потреби. Як наслідок, відсутність фінансового захисту може обмежити доступ до медичної допомоги, підірвати здоров’я, поглибити бідність і поглибити нерівність у сфері охорони здоров’я та соціально-економічну нерівність. Проте практика систем охорони здоров’я світу показує, що збільшення коштів не призводить до покращення показників здоров’я, оскільки економічна ефективність [15, с.35], розумні витрати для забезпечення максимального співвідношення ціни та якості [15, с.15].

Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров’я Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров’я та забезпечення реалізації права громадян на охорону здоров’я не дають однозначної відповіді, яка країна є світовим лідером у цій галузі. В основному це пов’язано з використанням різних критеріїв оцінювання. Наприклад, згідно з рейтингом Wellbeing Ranking, Сінгапур має найефективнішу систему охорони здоров’я у 2019 році, за ним йдуть Японія та Швейцарія на третьому місці. Система охорони здоров'я України посідає 114 місце [20]. Згідно з Global Health Index

у 2019 році найкращими країнами світу стали США, Великобританія, Нідерланди та Австралія. Україна в цьому рейтингу посіла 94 місце [8]. Згідно зі звітом European Healthcare Consumer Index за 2018 рік, система охорони здоров'я Швейцарії, Нідерландів та Норвегії посіла перше місце. Водночас у тому ж звіті було встановлено, що права пацієнтів найкраще забезпечені в Нідерландах і Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії, Швейцарії, охоплення та доступ до послуг – у Нідерландах і Швеції, профілактика – у Норвегії, фармацевтичні препарати в Німеччині та Нідерландах [7].

Сучасний світ використовує декілька моделей функціонування системи охорони здоров'я для реалізації права на охорону здоров'я, доступу до медичної допомоги та лікування. Більшість розвинутих країн світу використовують медичне страхування, яке є різновидом системи охорони здоров'я. Існує три види медичного страхування: державне медичне страхування, приватне медичне страхування та комбіноване медичне страхування. Японія є однією з найздоровіших країн у світі, а її система охорони здоров'я вважається однією з найкращих. З 1960-х років в Японії діє універсальна державна система медичного страхування, яка забезпечує повне охоплення всіх громадян Японії [13; 11, с. 16]. Однією з особливостей японської системи охорони здоров'я є вільний доступ до медичних закладів.

Японська система охорони здоров'я надає необмежений доступ, пацієнти можуть отримувати медичну допомогу в будь-якому медичному закладі по всій країні та обирати частоту лікування незалежно від страхування, статусу чи тяжкості захворювання. Лише в деяких випадках пацієнти повинні сплачувати додаткові кошти за заклади третинної медичної допомоги, якщо вони не мають направлення від закладу первинної або вторинної медичної допомоги. В Японії ця система називається «системою вільного доступу», за якою пацієнти можуть отримати необхідні їм медичні послуги, коли вони хворі або отримали травму, за фіксовану плату, лише якщо вони мають підтвердження страхування [11; 4, с.58]. Медичне страхування охоплює понад

5000 видів медичної, стоматологічної та медичної допомоги [4, с.68]. Реєстрація в державній системі медичного страхування є обов'язковою, незалежно від громадянства, для всіх, хто живе в Японії більше трьох місяців. Японське законодавство не дозволяє вам обирати власну державну систему медичного страхування. Натомість схеми державного медичного страхування визначаються статусом зайнятості, віком і місцем проживання: медичне страхування, яке надається роботодавцем, державне медичне страхування за місцем проживання та медичне страхування старше 75 років. У японській системі охорони здоров'я пацієнт відповідає за 30% медичних витрат, а держава оплачує решта 70%, медичне страхування для людей віком від 75 років надається в основному за рахунок державних коштів, а також страхових внесків роботодавця. та державне медичне страхування [1].

У Сполучених Штатах немає національної системи охорони здоров'я чи загального медичного обслуговування, натомість американці купують медичну страховку, щоб покрити більшу частину своїх витрат на охорону здоров'я. Медичне страхування захищає від медичних боргів, оплачує регулярні огляди, лабораторні аналізи, вакцини та ліки, що відпускаються за рецептом. Щоб отримати медичне страхування, ви повинні вибрати план медичного страхування, зареєструватися та регулярно сплачувати страхові внески. Якщо ви живете в США і маєте медичне страхування, вам надається низка послуг для здійснення вашого права на медичне обслуговування. Перш за все, це швидкий доступ до лікарів-спеціалістів, отримання необхідної допомоги з використанням новітніх технологій, інновацій, передових сучасних технологій і методів лікування. Американські лікарні є світовими лідерами досліджень і розробок, саме в США розроблено багато ліків і технологій, які використовуються в усьому світі [21]. Поряд з цим, в США є велика кількість незастрахованих людей. Незастраховані мають дуже дороге медичне обслуговування. Лікарні розглядають лише невідкладні випадки без передоплати та можуть відмовити в лікуванні без підтвердження страховки чи застави. Саме через це незастраховані люди зволікають або відмовляються від

медичної допомоги набагато частіше, ніж ті, які мають страхування, із серйозними наслідками. Наприклад, медична допомога при переломі ноги може коштувати 7500 доларів, а середня вартість триденного перебування в лікарні становить приблизно 30 000 доларів [17]. Більшість громадян США мають медичне страхування, яке зазвичай надає роботодавець особи та поширюється на найближчих родичів цієї особи. Деякі плани страхування надаються федеральними урядами чи урядами штатів, профспілками чи окремими особами. Після виходу на пенсію громадяни можуть отримати допомогу через державну програму страхування Medicare [21], сім'ї та малозабезпечені люди можуть отримати допомогу через державну програму страхування Medicaid [12].

На відміну від Сполучених Штатів, охорона здоров'я в Австралії є прикладом надійної та добре керованої системи з поєднанням державних і приватних постачальників медичних послуг. Австралійці мають доступ до ряду послуг як для збереження здоров'я та профілактики, так і для лікування складніших станів, які можуть вимагати спеціалізованого або лікарняного догляду. Система складається з двох основних частин: державної системи охорони здоров'я та приватної системи охорони здоров'я. Австралія має загальне покриття через Medicare, програму страхування, що фінансується платниками податків, які сплачують відсоток від свого доходу на вартість більшості медичних послуг, включаючи послуги лікарів і лікарень, а також ліки, що відпускаються за рецептом. Існування цієї програми гарантує, що люди отримують високоякісну та доступну медичну допомогу, яка включає безкоштовне лікування в державних лікарнях і деякі безкоштовні або субсидовані приватними постачальниками медичних послуг по всій країні. В Австралії також існує добровільне приватне медичне страхування, яке надає доступ до приватних лікарень і деяких послуг, які не покриваються державною системою [3].

У Швейцарії найкраща система охорони здоров'я в Європі. Однак швейцарська система охорони здоров'я є однією з найдорожчих у світі. На

відміну від інших європейських країн, система охорони здоров’я Швейцарії не базується на податках і не фінансується роботодавцями. Натомість кожен, хто живе у Швейцарії, сплачує внески та може отримати базове медичне страхування та страхування від нещасних випадків на лікування. Багато людей доповнюють своє базове страхування додатковим приватним медичним страхуванням.

Таким чином, доступ до системи охорони здоров’я мають лише люди, які мають принаймні базове медичне страхування. Базове медичне страхування покриває приблизно 80-90% витрат на охорону здоров'я, включаючи: нещасні випадки, альтернативні методи лікування, психотерапію, реабілітацію після операції або важкої хвороби, скринінг раку, екстрене лікування серйозних захворювань порожнини рота або щелепи (стоматологічна допомога), загальні огляди та лікування (стаціонарне, амбулаторне та екстрене), лікування очних захворювань, гінекологічні огляди та пологи, вартість виробів медичного призначення, рецептурних ліків. Крім того, базове медичне страхування покриває кілька щеплень, у тому числі: проти кашлюку, дифтерії та правця, гепатиту В, кору, епідемічного паротиту, краснухи [6].

Система медичного страхування в Нідерландах – це поєднання приватних планів охорони здоров’я з соціальними умовами, побудованими на принципах солідарності, ефективності та цінності для пацієнта. У Нідерландах існує два види медичного страхування: обов’язкове основне або первинне страхування та необов’язкове додаткове страхування. Базове медичне страхування в Нідерландах є обов'язковим. Поліс медичного страхування дає вам право на безкоштовне лікування в Нідерландах, включаючи стандартні рецепти. Державне медичне страхування не покриває певні види лікування, такі як стоматологічна допомога та фізіотерапія [18; 19]. Кожен, хто живе або працює в Нідерландах більше чотирьох місяців, повинен оформити базове медичне страхування (з додатковим страхуванням або без нього). Люди з нижчим рівнем доходу можуть подати заявку на фінансову допомогу для

отримання базової медичної допомоги або якщо вони бажають отримати додаткові послуги, але не можуть їх собі дозволити [14, с.34]. Щоб скористатися правом на медичне обслуговування в Нідерландах, особа повинна зареєструватися в місцевій раді, щоб отримати номер служби громадян, а потім вибрати та зареєструватися в касі медичного страхування та місцевому лікарі [14]. Крім того, якщо протягом чотирьох місяців людина не оформила базове медичне страхування, держава вживає всіх заходів для викорінення незастрахованих. Зокрема, уряд спочатку надішле лист із проханням зареєструватися на медичне страхування протягом трьох місяців. Якщо особа не з'явилася у встановлений термін, накладається штраф. Наприклад, сума штрафу за 2019 годин становить 410,49 євро. Крім того, якщо особа не зверталася більше півроку, то буде виписано другий штраф на таку ж саму суму. І якщо з моменту першого листа на місці прийшло дев'ять місяців, то державні органи влади самі зареєструються у страхову особу і з нею повинні стягнутися щомісячна компенсація із зарплати [14, с. 4].

Аналіз використання прав на охорону здоров'я та функціонування системи охорони здоров'я в різних країнах світу надав можливість зробити висновок, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної схеми забезпечення забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід нарешті, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я здорової культури суспільства і соціальних інтересів громадян громадянської країни. Механізм захисту здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування.

Питання покращення фінансування охорони здоров'я сьогодні є дуже актуальним, адже це важлива умова подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в цілому. Актуальність теми полягає в тому, що від ефективності фінансування галузі безпосередньо залежить рівень захисту здоров'я населення. Жваві дискусії на цю тему завжди точилися в країнах з різним рівнем економічного розвитку. В даний час виділяють такі основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне (через обов'язкове і

добровільне медичне страхування) і змішана форма. Але ці види практично не використовуються окремо в більш ніж одному штаті, але в деяких штатах вони займають домінуюче положення. Розглянемо основні види фінансування охорони здоров'я на прикладі окремих країн (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 - Зарубіжний досвід фінансування закладів охорони здоров'я

№ з/п	Країна	Зміст
1.	Ізраїль	У державі Ізраїль не має державної системи медичного обслуговування, 94% населення охоплене всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в рамках медичного страхового фонду величезного профспілкового об'єднання Гістадруд (83% випадків), а також на базі інших фондів медичного страхування (17% випадків). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких, є Профспілки та уряд. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним поставником медичних послуг через посередництво всезагального робочого фонду допомоги хворим.
2.	Швеція	Система охорони здоров'я виходить із засад доступності медичного обслуговування для всіх, незалежно від того, працюють вони чи ні. Головне – наявність громадянства цієї країни чи дозволу на перебування на її території на час праці. Шведський фонд охорони здоров'я на 80 відсотків поповнюється за рахунок внесків роботодавців, громадян та державних дотацій. Решту 20 відсотків становлять оплата пацієнтів та продаж послуг. Кожен місцевий роботодавець сплачує 32,8–відсотковий податок. Із них на медичну опіку йде лише 11,81 відсотка, решта з 20 із лишком відсотків потрапляють до пенсійного фонду, на страхування від нещасних випадків на виробництві та до інших обов'язкових фондів.
3.	Франція	Домінує система обов'язкового медичного страхування. Вони самі можуть вибирати лікарів, а вартість лікування майже повністю покривається за рахунок соціального страхування. Іншу частину оплачують завдяки соціальним гарантіям, передбаченим у колективних трудових угодах. Соціальне страхування здоров'я фінансується із внесків та спеціальних податків. До соцстраху відраховують 13,55 відсотка від загальної суми заробітної плати працівника, але це не означає, що гроші повністю вираховують з його зарплатні. Робітник платить лише 0,75 відсотка, а решту покриває роботодавець. Натомість із зарплатні працівника вираховують 6,2 відсотка на суспільний внесок та 0,5 відсотка – на повернення суспільного боргу. Окрім того, до фонду страхування здоров'я знімають фіксовану суму від кожної проданої пляшки міцного алкоголю та, віднедавна, з пачки цигарок.
4.	Бельгія	Одна з найкращих систем охорони здоров'я у Європі. Медичне обслуговування тут є загальнодоступним та відносно дешевим для всіх громадян, але дуже дорогим для роботодавців та платників податків. Бельгійську систему охорони здоров'я фінансують з централізованого Національного управління соціального страхування. Воно накопичує кошти головним чином за рахунок внесків роботодавців, робітників та пенсіонерів, а також бюджетних дотацій, частини прибутків від податку на додану вартість, 10– відсоткового відрахування з приватного страхування автомобілів та внесків фармацевтичних фірм. Та все ж найбільше коштів надходить завдяки медичному страхуванню. З приватних підприємств вираховують 37,94 відсотка від суми зарплати працівника, але сам робітник платить лише 13,07 відсотка, а решту – 24,87 відсотка – «тягне» роботодавець. Відрахування із зарплатні держслужбовців значно менші –

		7,35 відсотка від своєї зарплати платить сам чиновник, а 3,8 відсотка за нього доплачує держава
5.	США	Сполучені Штати не мають гарантованої державою системи загального страхування здоров'я. Все тримається на системі приватного страхування, яка, втім, також забезпечує високий рівень медичного обслуговування. Федеральний уряд гарантує медичне страхування лише для літніх та найбідніших людей. Пенсіонери користуються коштами з фонду Medicare («Медична опіка»), а бідні – з фонду Medicaid («Медична допомога»). Усі інші американці повинні покладатися на надзвичайно складну систему приватних страховок, які оплачують або роботодавці, або самі зацікавлені, якщо вони ні від кого не залежать і працюють лише на себе. Мільйони американців мають лише часткове страхування, яке аж ніяк не покриває коштів на перебування у лікарні, ліки та медичні процедури й операції
6.	Велика Британія	Використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із великою отупінню централізації управління. Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті затрат на соціальні потреби. В цілому пацієнти платять 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я, за винятком непрацюючих, жінок у шлюбі, які можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги по тимчасовій непрацездатності в зв'язку із хворобою. Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичних послуг за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним та добровільним медичним страхування охоплено більше 13% населення
7.	Алжир	Існують спеціальні муніципальні медичні заклади, що надають невідкладну медичну допомогу безкоштовно як громадянам Алжиру, так і іноземцям. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети. Муніципальні лікарні розраховані на надання медичних послуг бідним верствам населення. Дані заклади мають низку проблем, серед яких: низька якість обслуговування; переповнення госпіталів; слабке забезпечення муніципальних медичних закладів медичним обладнанням та ліками; санітарні умови в таких госпіталях не відповідають прийнятим нормам. В той же час в Алжирі існують приватні та відомчі медичні заклади, які надають медичну допомогу на платній основі.
8.	Італія	Центральний уряд встановлює, на які цілі повинні витрачатися гроші, наглядає за загальними показниками здоров'я населення і веде переговори з медиками про трудові угоди

Джерело: [41].

Таким чином, дослідивши основні види фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, можна зробити висновок, що найбільш прийнятною формою фінансування для більшості країн є змішана форма фінансування. Доречним є поєднання змішаної системи медичного страхування та державного фінансування. Система охорони здоров'я, побудована на засадах змішаного медичного страхування, має відповідати принципам соціальної справедливості, забезпечуючи рівність та доступність належно якісних

медичних послуг усім громадянам. Більшість країн шукають шляхи забезпечення базового мінімального рівня обслуговування та однакових умов для всіх громадян.

В Україні для підвищення ефективності національної системи охорони здоров'я необхідно розробити і захистити власну систему медичного страхування з дозволом соціально-економічних особливостей розвитку держави. Для цього слід розглядати національну політику в цій сфері і забезпечувати професійні спроби виявлення проблем охорони здоров’я, у тому числі наявних і швидких якостей медичної допомоги, підвищення ефективності охорони здоров’я, покращення якості послуг. Уведення в Україні медичного страхування передбачається тільки для покращення надання медичних послуг, а також для вдосконалення системи управління системою і її забезпечення.

РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

2.1. Характеристика етапів розвиту охорони здоров'я

Тема реформування системи охорони здоров'я не нова для України і завжди актуальна в умовах зміни політичних еліт. Велике значення надається невдоволенню більшості членів суспільства системою охорони здоров'я. «Для ефективної реалізації трансформації системи медичної допомоги в Україні вкрай необхідні: формування політики на основі скоординованої, збалансованої, консенсусної стратегії реформування охорони здоров'я; розробка відповідної законодавчої бази. підтримка, збалансована з конституційними стандартами, застосування сучасних управлінських підходів: управління змінами та проектний підхід, постійний моніторинг та оцінка з метою швидкого реагування на виклики та ризики, що виникають у процесі реформування, а також ретельне навчання керівників та працівників фінансово-економічних підрозділи гілок влади та заклади охорони здоров'я працювати в нових фінансово-економічних умовах» [40, С. 8].

З цього приводу вітчизняний вчений В. С. Костюк зазначає: «Сьогодні в Україні станом охорони здоров'я незадоволені всі: і громадяни, і медичні працівники, і уряд, і Верховна Рада. Українська система охорони здоров'я не в змозі повністю задовольнити потреби населення щодо медичної допомоги, забезпечення її доступності та відповідної якості, необхідного рівня профілактики захворювань, зниження смертності та збільшення тривалості життя населення. державної політики в Україні щодо реформування існуючої системи охорони здоров'я та створення ефективної національної моделі. Реалізація цього завдання буде підкріплена аналізом досвіду організації медичної спільноти в країнах, системи охорони здоров'я яких вважаються успішною інфраструктурою) в Україні дає нашій державі унікальну можливість створити нову модель, яка будуватиметься на основі сучасних досягнень та враховуватиме позитивний досвід організацій охорони здоров'я світової спільноти» [40, С. 9].

Досить цікава позиція Буранбаєва Л.З. про причини повільних темпів реформування системи охорони здоров'я в багатьох країнах світу, особливо в країнах пострадянського простору: «Реформування системи охорони здоров'я відбувається надзвичайно повільно. Існують значні труднощі реструктуризації. Повільні темпи структурних змін у системі охорони здоров’я значною мірою зумовлені недосконалістю системи управління – насамперед її роздробленістю, послабленням функції стратегічного планування та постійною, недостатньою розвиненістю механізмів координації діяльності різних суб’єктів господарювання. охорона здоров’я значно обмежила можливості побудови раціональної системи охорони здоров’я система охорони здоров’я кожна муніципальна одиниця будує власну закриту систему охорони здоров’я З політичних причин надмірна кількість медичних закладів і підприємств зосереджена в органах місцевого самоврядування, замість співпраці з іншими муніципалітетами. Жорстка прив'язка фінансування до конкретних муніципальних премій та установ, відсутність можливості перерозподілу фінансових ресурсів призводять до нераціонального їх використання як в окремому муніципальному комуні, так і на території всієї Федерації. Часто приймаються рішення, що суперечать регіональній стратегії розвитку охорони здоров’я (наприклад, перерозподіл частини обсягів стаціонарного лікування на амбулаторно-поліклінічні заклади, реструктуризація ліжкового фонду тощо)» [24]. Найважливішою проблемою системи охорони здоров’я автор вважає менеджмент, а саме систему державного управління, вдосконалення якої залежить, з одного боку, від реальної ефективності реформ, а з іншого – від ефективності систем соціального розвитку. Питання реформування системи охорони здоров’я та наслідків проведених в Україні реформ порушували багато польських вчених, які займаються такими галузями науки, як медицина, економіка, право, соціологія, державне управління.

М. І. Заярський зазначає, що «в усіх пострадянських країнах, у тому числі й в Україні, почалися зміни в системах охорони здоров’я». які

стосувалися реорганізації організації, фінансування та надання медичних послуг. Дослідження, проведене Європейським регіональним бюро ВООЗ та Європейською обсерваторією систем і політики охорони здоров’я, аналізує процеси трансформації, що відбувалися протягом двох десятиліть у системах охорони здоров’я 12 пострадянських країн (Вірменія, Азербайджан, Білорусь, Грузія). Казахстан, Киргизстан, Республіка Молдова, російська федерація, Таджикистан, Туркменістан, Україна та Узбекистан) і було встановлено, що зміни відбулися в усіх країнах, але темпи, зміст та ефективність змін у сфері охорони здоров’я суттєво відрізнялися в окремих країнах. країни різних країн» [40, с. 5]. У цілому, погоджуючись із науковцями, наведемо їхній підхід до реформування системи охорони здоров’я України за окремими етапами:

1) 1991-2000 рр.,

2) 2000-2010 рр.;

3) 2010 -2013 рр.

4) з 2014 р. по теперішній час.

Представлений підхід до періодизації реформування системи охорони здоров’я в країні показує, що реформи охопили такі складові цієї сфери державного управління:

– організація медичної допомоги шляхом: диверсифікації первинної та спеціалізованої медичної допомоги; направлення пацієнтів; розробка гарантованого державою пакета медичних послуг; впровадження системи лікарського забезпечення; створення стаціонарних замісних форм медичного обслуговування тощо;

– організація управління закладами охорони здоров’я: автоматизація надавачів послуг; запровадження оплати праці за кількістю та якістю роботи; стратегічні контракти на медичні послуги;

– фінансування системи охорони здоров’я: запровадження нових методів фінансування; впровадження страхової медицини; цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції;

– регулювання системи охорони здоров'я через систему державного регулювання цін на ліки.

Барзілович А.Д. [23] пропонує виділяти 4 етапи реформування системи охорони здоров'я незалежної України, для кожного з яких виокремлює набір нормативних актів та дає їх опис. Слід зазначити, що періодизація реформ істотно відрізняється від запропонованої авторами вище. Підхід Барзілович А.Д. представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 - Основні етапи формування системи охорони здоров'я України

Етапи	Нормативно-правові акти реформування	Основні напрями
1991–1999 рр.	Конституція України; Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27 липня 1998 р. № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей»	Визначення правових, організаційних, економічних та соціальних засад охорони здоров'я в Україні
2000–2007 рр.	Концепція розвитку охорони здоров'я населення України; Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації»; Указ Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; Національний план дій («Дорожня карта реформування системи охорони здоров'я»)	Початок упровадження інституту сімейного лікаря, боротьба з найбільш поширеними та серйозними захворюваннями, вдосконалення медичного обслуговування, спроби запровадження страхової медицини, впровадження стандартів лікування на основі доказової медицини, розвиток недержавного сектору медицини
2008–2014 рр.	Національний план розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 рр.; оновлений Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Стандартизація, ліцензування та акредитація медичних закладів
2015–2020 рр.	Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 роки; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я»	Перехід до контрактної моделі закупівлі медичних послуг. Запровадження нових форм фінансування медичних закладів та оплати праці медичних працівників. Запровадження гарантованого державою пакета

	(автономізація постачальників медичної допомоги) та інші	медичних послуг. Створення єдиного замовника медичних послуг. Автономізація постачальників медичної допомоги. Запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом». Запровадження соціального медичного страхування. Розбудова сучасної системи управління медичною інформацією

Джерело: [23].

Зокрема, автор виокремлює такі напрями реформування як: реформування первинної медико-санітарної допомоги; автоматизація постачальників послуг; впровадження соціального медичного страхування; стандартизація та акредитація медичних закладів. Таким чином, кожен етап реформування системи охорони здоров'я характеризується змінами таких складових:

- економічної – визначаються напрями фінансування державної системи охорони здоров'я та розвитку системи оплати приватних медичних послуг, зокрема страхових послуг;

- соціальної - визначено напрями розвитку соціальної політики у сфері охорони здоров'я та формування напрямків надання медичної допомоги всім групам населення незалежно від соціального статусу, місця проживання тощо;

– правової – сфера правового регулювання функціонування державних закладів охорони здоров'я та недержавного ринку лікарських засобів у всіх галузях медицини;

- організаційної - визначає порядок надання медичної допомоги на всіх рівнях (основному, середньому, третьому) та напрямки організації системи фінансування охорони здоров'я.

Характеризуючи запозичений період, автор робить такі висновки: «За роки незалежності України значно зменшилось державне фінансування безкоштовної медичної допомоги населенню. Розрахунок динаміки цін на різні види витрат на охорону здоров'я показує, що з 1991 по 2001 рік обсяг державних коштів зменшився на 2/3, що дало підстави деяким авторам і

політикам звинувачувати державну владу в неспроможності вирішити соціальні проблеми. медичне обслуговування в СРСР було обмеженим. характер, оскільки багато провідних медичних технологій або не використовувалися, або були доступні лише певній категорії населення» [38, С. 21]. Більшою мірою автор визначив не особливості реформ, а їх наслідки, а відтак і стан системи охорони здоров'я в певний період. Вітчизняні науковці В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [40], досліджуючи питання стратегії розвитку охорони здоров'я в Україні, запропонували наступні етапи реформи:

– І етап – підготовчий – 2010–2012 рр.:

1) законодавча та нормативна реформа;

2) розроблення місцевими органами влади всіх рівнів із залученням громадськості та за організаційно-методичної підтримки МОЗ планів структурної реорганізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення у медичній допомозі на різних рівнях (первинний, вторинний, третій);

3) створення за ініціативи МОЗ незалежної структури для оцінки відповідності медичних закладів вимогам ліцензування та акредитації (Агентства з акредитації та ліцензування);

4) створення всеукраїнського реєстру пацієнтів;

5) утворення лікарняної каси та її територіальних відділень, оснащення їх технікою та укомплектування необхідними спеціалістами;

6) апробація запропонованих змін у пілотних регіонах;

– 2 етап – 2013–2018 рр. – здійснення реформи системи охорони здоров'я:

1) здійснення структурної реорганізації системи охорони здоров'я;

2) перехід на контрактну модель надання медичних послуг;

3) запровадження нових форм фінансування медичних закладів;

4) запровадження нових форм оплати праці медичного персоналу;

5) здійснення комплексу заходів щодо підвищення доступності лікарських засобів та забезпечення їх якості;

6) здійснення комплексу заходів, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги;

7) впровадження соціального медичного страхування [40].

Розроблена авторами стратегія в розрізі вищезазначених етапів передбачала такі напрями вдосконалення системи охорони здоров'я: диференціація первинної та спеціалізованої медичної допомоги; формування структури медичної допомоги в сільській місцевості; створення госпітальних округів; розвиток структури вторинної медичної допомоги; розвиток структури різних типів лікарень; розвиток палатної та приватної медицини; запровадження договірних відносин при закупівлі медичних послуг; удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я. Загалом запропоновані авторами пропозиції є комплексними.

Ю.В. Вороненко та Н.Г. Гойда представляють наступні напрями реформування системи охорони здоров'я України: «З метою покращення надання медичних послуг реформою пропонується, перш за все, структурна перебудова, яка передбачає чітке розмежування первинної, вторинного та вищого рівнів, забезпечення пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову, впровадження сучасних механізмів організації надання медичної допомоги, таких як вільний вибір лікаря первинної ланки та система направлення на другу та третю медичну допомогу. допомоги, впровадження ефективної системи управління якістю медичної допомоги з використанням медичних стандартів і клінічних протоколів, що базуються на достовірних наукових даних» [25, С. 25]. Таким чином, автор дійсно погоджується зі своїми колегами щодо структурної трансформації, яка полягає у визначенні чітких характеристик усіх трьох рівнів медичної допомоги, а також надає великого значення профілактичним елементам. Варто наголосити на позиції автора щодо якості надання медичних послуг та змін в організації лікувальних процесів.

У 2016 р. вітчизняний дослідник охорони здоров'я І. С. Музика провів аналіз системи реформування досліджуваної галузі та виявив проблеми в реалізації заявлених реформ, на підставі чого виявив наступні проблеми:

– незважаючи на оголошення фінансова реформа охорони здоров'я в Україні на державному рівні, її реалізація на практичному рівні залишається неврегульованою, тому не дозволяє повністю змінити підхід до фінансування галузі – упорядкування механізму фінансування (зокрема, запровадження медичної субвенції з місцевих бюджетів), яка зараз має місце, не враховує специфіку регіонів, а в подальшому буде базуватися на принципі «зрівнялівки», що потребує уточнення та введення додаткових вагових коефіцієнтів у формальний підхід до розрахунок розміру медичної субвенції для її подальшого використання. навмисність;

– Тенденції збільшення видатків на галузь є постійними. Основні показники фінансування витрат галузі як в економічному, так і в функціональному відношенні залишаються практично незмінними на всьому горизонті дослідження;

– Оптимізація закладів охорони здоров'я, на жаль, на практиці відбувається за принципом «усунення касового розриву» між виділеними коштами та потребою в них, а не для покращення надання медичних послуг та оздоровлення. показники ефективності догляду на рівні світових стандартів; - при прийнятті рішень щодо оптимізації мережі медичних закладів переважно не враховуються потреби мешканців конкретних територій, розвиток транспортної інфраструктури, якість надання медичних послуг тощо, що є неприпустимим явищем, беручи до уваги враховувати рівень надання медичних послуг, технічну оснащеність закладів, стан доріг, відстані між містами, стан транспортного парку галузі на місцях тощо [44, С. 42].

Вітчизняний вчений Я.А. Аркатов характеризує напрями реформування системи охорони здоров'я, які визначають позитивні зміни: «а) збільшення бюджетного фінансування медичної галузі; б) забезпечення збалансованості розмірів державних гарантій для надання безкоштовної медичної допомоги

громадянам з фінансовими можливостями держави; в) запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування; г) координація діяльності органів державної влади, місцевого самоврядування та медичних страхових компаній; д) підвищення ефективності використання всіх фінансових ресурсів; е) забезпечення господарської самостійності мед. закладів та перехід на прогресивні форми їх господарювання) підвищення рівня оплати праці та соціального захисту медичних працівників» [33, С. 54].

Зазначені автором напрямки мають загальний характер і загалом не враховують специфіку галузі та проблеми, з якими стикається система охорони здоров'я України. Більшою мірою конкретні напрямки можна розглядати як завдання, що стоять перед державним управлінням у сфері реформування системи охорони здоров'я, а конкретні завдання визначають зміст і форму проведення тієї чи іншої реформи у сфері охорони здоров'я як ключового елемента. соціальної політики держави.

За результатами дослідження ми визначили етапи реформування охорони здоров'я України, які виділяють вітчизняні науковці, а також пояснили напрямки, які вони пропонують для вдосконалення. Загалом ми вважаємо, що для впровадження ефективних систем охорони здоров'я необхідно визначити стратегічні напрямки розвитку досліджуваної галузі на державному рівні, обмеживши вплив політичних змін. Це дозволить забезпечити повну реалізацію стратегії та уникнути фрагментарних реформ.

2.2. Аналіз підходів до фінансування системи охорони здоров'я

У сфері охорони здоров'я України спостерігається багато негативних тенденцій, які є результатом системної кризи всієї сфери охорони здоров'я. На відміну від інших галузей, охорона здоров'я в Україні майже повністю залежить від державного фінансування. Розвитку та залученню інших джерел фінансування перешкоджає незацікавленість приватного сектору та дещо негативне ставлення державних органів управління охороною здоров'я до підприємництва у широкому розумінні сфери охорони здоров'я. Тому з точки

зору фінансування охорони здоров’я основною проблемою є нестача державних коштів, що призводить до зменшення обсягів безоплатної медичної допомоги. За плановими показниками державного бюджету на 2020 рік загальний обсяг видатків склав 115 889,9 млн грн. Основними напрямами видатків державного бюджету було фінансування таких напрямків:

- обладнання МОЗ України (табл. 2.2);

- Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (табл. 2.3);

- Національна служба здоров'я України (табл. 2.4);

- МОЗ України (державні видатки та кредити) (табл. 2.5).

Таблиця 2.2 - Загальний обсяг видатків на функціонування апарату МОЗ України

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
Апарат Міністерства охорони здоров’я України	25 789,4	100
Керівництво та управління у сфері охорони здоров’я	93,4	0,36
Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров’я	161,7	0,63
Громадське здоров’я та заходи боротьби з епідеміями	3721,4	14,43
Підготовка і підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров’я, підготовка наукових та науково-педагогічних кадрів закладами фахової передвищої та вищої освіти	6088,4	23,61
Підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров’я, підготовка наукових та науковопедагогічних кадрів закладами післядипломної освіти	429,0	1,66
Загальнодержавні заклади та заходи у сфері медичної освіти	364,5	1,41
Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров’я	1093,8	4,24
Реалізація державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні»	106,2	0,41
Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров’я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров’я України	1712,2	6,64
Санаторне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків з соматичними захворюваннями	502,5	1,95
Спеціалізована консультативна амбулаторно-поліклінічна та стоматологічна допомога, що надається вищими навчальними закладами, науково-дослідними установами та загальнодержавними закладами охорони здоров’я	177,2	0,69
Модернізація та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування	1000,0	3,88
Виконання боргових зобов’язань за кредитами, залученими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, для реалізації інвестиційного проекту, оплата податкових зобов’язань (з урахуванням штрафних санкцій), що виникли в рамках реалізації інвестиційного проекту	319,8	1,24

Організація і регулювання діяльності установ та окремі заходи у системі охорони здоров'я	107,0	0,41
Лікування громадян України за кордоном	1089,9	4,23
Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру	8071,9	31,30
Функціонування Національної наукової медичної бібліотеки, збереження та популяризація історії медицини	45,5	0,18
Реалізація пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів	112,0	0,43
Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей	92,9	0,36
Реалізація державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит»	500,0	1,94

Джерело: [38].

Найбільша частка державних видатків припадає на виконання медичних заходів окремих державних програм та на комплексні заходи програми і становить 8071,9 млн. грн., тобто 31,30% питомої ваги у структурі видатків. Зазначимо, що на підготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових і науково-педагогічних кадрів дошкільних та вищих професійних навчальних закладів спрямовано 6 088,4 млн грн. державних коштів, тобто у відсотковому відношенні масова частка становить 23,61%. Частка державних коштів, спрямованих на охорону здоров'я та боротьбу з епідемією, становить 14,43%, тобто 3 721,4 млн грн. На діагностику та лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я, наукових установах та вищих навчальних закладах МОЗ України спрямовано понад 1712,2 млн. грн., або 6,64% масової частки. в загальній структурі витрат.

Варто наголосити, що на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу з державного бюджету виділено понад 1093,8 млн грн, тобто 4,24% питомого навантаження всіх витрат. На лікування громадян України за кордоном з державного бюджету спрямовано близько 1089,9 млн грн, на модернізацію та оновлення матеріально-технічної бази багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування – понад 1000,0 млн грн, що становить 3,88% питоме навантаження витрат.

Понад 500,00 млн. грн. виділено коштів з державного бюджету на санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз та дітей і підлітків із соматичними захворюваннями та на реалізацію державного інвестиційного проекту «Будівництво сучасного лікувально-діагностичного комплексу Державної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Коштів державного бюджету в сумі понад 3 918,8 млн грн спрямовано на погашення боргових зобов'язань за кредитами, отриманими ДП «Укрмедпостач» під державні гарантії, на реалізацію інвестиційного проекту, погашення податкових зобов'язань (у тому числі пені), виниклих в рамках інвестиційного проекту.

На підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації кадрів у сфері охорони здоров'я, підготовку наукових і науково-педагогічних кадрів післядипломних шкіл, а також для загальнодержавних закладів у сфері медичної освіти призначено 429,0 грн. та 364,5 грн.

На реалізацію пілотного проекту щодо зміни процедур фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів вилучено з державного бюджету 112,00 млн. грн., тобто 0,43% загальних видатків.

Понад 106 млн грн. державних видатків, що становлять 0,41% від загального обсягу, спрямовуються урядом на організацію та регулювання функціонування закладів та окремих видів діяльності в системі охорони здоров'я, а також на реалізацію державного інвестиційного проекту «Удосконалення молекулярно-генетичної діагностики онкологічних захворювань в Україні». Зокрема, приблизно 161,7 млн. злотих було виділено з державного бюджету на наукову, науково-технічну діяльність у сфері охорони здоров'я та на спеціалізовані клініки та стоматологічну допомогу, що надається університетами, науково-дослідними установами та державними закладами охорони здоров'я грн (0,63% питома вага) та 177,20 млн грн (0,69% питомої ваги) відповідно. На покращення охорони здоров'я на службі людям, керівництва та управління у сфері охорони здоров'я спрямовано понад 92,9 млн грн та 93,4 млн грн, що у відсотковому співвідношенні становить 0,36% питомої ваги. Найменша частка державних видатків спрямована на

функціонування ННМБ, збереження та популяризацію історії медицини, уряд виділив лише 45,5 млн. грн., що в загальній структурі видатків становить лише 0,18% питомої ваги. серед інших статей витрат.

Таблиця 2.3 - Загальний обсяг видатків на функціонування Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	104,6	100
Керівництво та управління у сфері лікарських засобів та контролю за наркотиками	104,6	

Джерело: [38].

На 2020 рік у державному бюджеті передбачено 104,6 млн грн на фінансування системи управління Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками.

Таблиця 2.4 - Загальний обсяг видатків на функціонування НСЗУ

Стаття видатків	Обсяг, млн.грн.	Питома вага
Національна служба здоров'я України	72289,3	100
Керівництво та управління у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення	288,8	0,40
Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	72000,5	99,60

Джерело: [38].

Обсяг видатків на функціонування НСЗУ становить понад 72289,3 млн. грн. Зокрема, на управління та адміністрування державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення спрямовано лише 288,80 млн. грн., або 0,40% питомої ваги у загальній структурі витрат. Майже вся частина державних видатків була спрямована на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, оскільки урядом перераховано понад 72 000,5 млн. грн., що становить 99,60% питомої ваги всіх виділених державних коштів.

Таблиця 2.5 - Державні видатки та кредити МОЗ

Стаття видатків	**Обсяг, млн.грн.**	**Питома вага**
1	*2*	*3*
Міністерство охорони здоров'я України (загальнодержавні видатки та кредитування)	**17 706,6**	**100**
Медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам	14 582,8	82,36
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на придбання ангіографічного обладнання	80,8	0,46
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на розвиток системи екстреної медичної допомоги	922,6	5,21
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я	1450,6	8,19
Субвенція з державного бюджету обласному бюджету Львівської обл. на погашення кредиторської заборгованості, що утворилася за придбане у 2012 р. медичне обладнання (мамографічне, рентгенологічне та апарати ультразвукової діагностики) вітчизняного виробництва	10,8	0,06
Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реформування регіональних систем охорони здоров'я для здійснення заходів з виконання спільного з Міжнародним банком реконструкції та розвитку проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»	659,1	3,72

Джерело: [38].

Отже, з наведених даних у табл. 2.4 бачимо, що загальні державні видатки та кредитування МОЗ становлять понад 17 706,6 млн. грн. Слід зазначити, що найбільший обсяг видатків на медичну субвенцію з державного бюджету місцевим бюджетам становить понад 14 582,8 млн грн, що становить 82,36% питомої ваги всіх видатків. Щодо субвенції з державного бюджету бюджетам місцевого самоврядування на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я, то за цією статтею видатків передбачено 1450,6 млн грн, що становить 8,19% питомої ваги всі державні

витрати. Уряд передбачив медичну субвенцію в сумі 922,6 млн грн на розвиток системи екстреної медичної допомоги, а також на реформування регіональних систем охорони здоров’я для реалізації заходів щодо реалізації спільного з Міжнародним банком проекту реконструкції та розвитку «Поліпшення здоров’я». турбота обслуговує населення» обсяг субвенції з державного бюджету державним місцевим бюджетам становить 659,1 млн. грн. Фінансування системи охорони здоров’я в Україні зазнало значних трансформацій в умовах реформи, розпочатої у 2015 році, продовженої після зміни політичної влади.

У 2015 році уряд України розпочав трансформаційну реформу охорони здоров’я, щоб покращити здоров’я населення та забезпечити фінансовий захист від надмірних поточних витрат шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання послуг та покращення доступу до якісної медичної допомоги. Загальна стратегія передбачає реформу фінансування охорони здоров’я як пріоритет для прискорення трансформації надання медичних послуг (як окремим особам, так і населенню) та впровадження інформаційних технологій як каталізаторів. Стратегія фінансування системи охорони здоров'я сформульована в концептуальному документі, затвердженому Кабінетом Міністрів України [50, С. 3]. Важливе значення для реформування системи охорони здоров’я мало прийняття на законодавчому рівні Концепції реформування фінансування охорони здоров’я [49] (розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013). «Відповідно до Концепції реформування системи фінансування охорони здоров’я та низки законів, підписаних Президентом України у грудні 2017 року, у 2018 році планується реалізація масштабної трансформації фінансування системи охорони здоров’я. почався. Нова модель фінансування ставить у центр уваги пацієнта, забезпечує реалізацію державних гарантій медичного обслуговування та дозволяє чітко визначити ролі та завдання держави, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів. медична допомога (далі – первинна медична допомога) є

найважливішим елементом національної системи охорони здоров'я, першочергово підпадають під нові умови фінансування заклади охорони здоров'я, які надають базову медичну допомогу. Інституції отримують незалежність у питаннях внутрішнього управління та регулювання бізнес-процесів» [30, С. 3]. Аналізуючи зміст концепції [49], встановлено, що її мета пов'язана з вирішенням наступних проблем системи охорони здоров'я: Україна: 1 Катастрофічна фінансова невпевненість пацієнтів 2. Низька якість та ефективність надання послуг 3. Неефективне витрачання коштів бюджетних ресурсів.

«Концепція пропонує реалізацію практичних кроків у 2016-2020 роках для забезпечення реформи фінансування охорони здоров'я в Україні як стартового механізму реформування національної системи охорони здоров'я в цілому:

1) запровадження чітко визначеного пакету державних гарантій (надалі – ПМП) медичні послуги відповідно до пріоритетів у сфері охорони здоров'я та економічного стану країни, які поширюватимуться на всіх без винятку громадян країни та включатимуть базову медичну допомогу, екстрену медичну допомогу, основні види спеціалізованої амбулаторної та поліклінічні послуги та планова медична допомога в стаціонарних умовах за направленням, а також чітко визначеним переліком лікарських засобів Послуги, які не входять до ПДП, передбачають співоплату або повну оплату пільговиком, а громадяни пільгових категорій звільняються від сплати таких доплата або комісія;

2) розмежування функцій клієнтів та надавача послуг шляхом створення єдиного національного клієнта – незалежної установи з регіональними відділеннями, що діє в інтересах пацієнтів, закуповує медичні послуги за рахунок коштів одного національного фонду на основі єдиних базових тарифів та вимог до якості, забезпечує бюджетним установам фінансово-управлінська автономія шляхом перетворення їх у державні та комунальні некомерційні підприємства;

3) запровадження нових механізмів оплати медичної допомоги: «гроші ходять за пацієнтом» — відмова від фінансування закладів за детальними кошторисами (утримання інфраструктури) та перехід на оплату надавачу фактично наданих послуг (оплата за результатом).

Для первинної медичної допомоги запроваджено змішаний метод оплати за ризиком на душу населення. Залежно від виду послуги застосовуються різні форми оплати амбулаторно-поліклінічної допомоги: розрахункове фінансування, плата за послуги або плата за лікування. При стаціонарному лікуванні використовується спосіб фінансування, що полягає в оплаті пролікованого випадку з використанням діагностичних груп (ДСГ);

4) реорганізація та спрощення структури переліку бюджетних програм відповідно до ключових функцій системи охорони здоров'я: «Національний пакет медичних пільг», «Охорона здоров'я», «Реабілітація та медико-соціальна допомога», «Медич. освіта, дослідження та підвищення кваліфікації «Звітність, централізовані закупівлі та інші витрати» [37]. Медична реформа передбачила суттєві перетворення системи охорони здоров'я та режиму надання медичних послуг, що визначило напрями трансформації процесу фінансування Основні аспекти реформи охорони здоров'я України, що вплинули на фінансовий механізм державного управління наведені нижче (табл. 6) У 2019 р. Всесвітня організація охорони здоров'я Світовий банк підготувала Спільний звіт про систему фінансування охорони здоров'я в Україні [50], у якому містяться такі висновки: загальна структура реформи фінансування охорони здоров'я в Україні відповідає провідним світовим практикам підвищення доступності, якості та ефективності медичних послуг. – Реформа фінансування охорони здоров'я повністю відповідає загальним цілям розвитку України, а її послідовне впровадження також має дати результати у вигляді покращення економічних показників та бюджетної дисципліни. — Реалізація реформи фінансування охорони здоров'я йде успішно. Створено одного замовника сервісу – Національну службу здоров'я України. – Однією з ключових причин успішного впровадження реформи

сьогодні є стабільна політична прихильність та якісна міжвідомча комунікація між Кабінетом Міністрів, МОЗ, НСЗУ та Міністерством фінансів. У майбутньому дуже важливо, щоб ці відносини продовжували зміцнюватися та підтримуватися.

Наразі Національна служба здоров'я України є найважливішим рушієм змін у системі охорони здоров'я. Щоб вона відігравала ключову роль у подальшій трансформації системи охорони здоров'я України, необхідний постійний інституційний розвиток та нарощування потенціалу. – Загальна макрофінансова ситуація в Україні залишається складною. Як наслідок, підвищення ефективності буде вирішальним для демонстрації результатів реформ і створення можливостей для подальшої підтримки пріоритетних дій; зокрема, підвищення ефективності буде необхідно у зв'язку з реструктуризацією лікарень, що вимагатиме політичної підтримки та терпіння.

Забезпечення загальної стабільності розподілу бюджетних коштів на охорону здоров'я матиме ключове значення для подальшої реалізації реформи системи охорони здоров'я та дозволить зберегти та підвищити якість коштів, отриманих від підвищення ефективності. охоплення та надання послуг.

Бюджет має забезпечити необхідне фінансування та визначити пріоритетність охорони здоров'я та первинної медичної допомоги, щоб реформа інтернатного закладу не зміщувала фокус із важливості фінансування первинної ланки. - Місцеві органи влади відіграють важливу роль як власники установ та органи фінансування, але потрібен подальший політичний діалог щодо того, як узгодити децентралізовані функції з пріоритетами національної політики охорони здоров'я.

Стратегічні закупівлі та нові фінансові стимули продумані та якісно розроблені, реалізація успішна; однак для досягнення змін у клінічній практиці на місцях необхідний ширший спектр інструментів, таких як інституційні механізми покращення якості.

Для забезпечення стійкості реформи важливо забезпечити розподіл відповідальності за її впровадження між основними зацікавленими сторонами, включаючи місцеву владу, постачальників послуг та громадськість [50]. Фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров’я є складним, оскільки охоплює різні сфери державної політики та сукупність суб’єктів управління. Основна проблема недосконалості фінансування охорони здоров'я в Україні вбачається у відсутності чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних коштів на різних рівнях управління та закладах охорони здоров'я. В умовах реформування системи охорони здоров’я фінансове забезпечення зазнало значних змін у зв’язку з визначенням гарантованого пакету медичних послуг з одного боку та надання базової медичної допомоги шляхом узгодження з сімейними лікарями – з іншого. Загалом реалізовані етапи реформи фінансування системи охорони здоров’я суттєво трансформували фінансовий механізм державного управління системою охорони здоров’я. Однак і сьогодні залишається багато невирішених проблем, деякі з них виникли в контексті реформи, що є наслідком їх початкового ігнорування під час розробки концептуальних положень. Тому необхідно розробити фінансовий механізм, який ставить перед наукою комплекс нових завдань.

Основними напрямами вдосконалення фінансового механізму державного управління системою охорони здоров'я є:

1) На рівні державного управління системою охорони здоров'я:

- розробка чіткого механізму надання та фінансування гарантованих медичних послуг. про внесення змін до Закону України про Державний бюджет та Бюджетного кодексу України. При формуванні державного бюджету необхідно визначити точний перелік гарантованих медичних послуг. Вважаємо, що необхідно на державному рівні затвердити незмінний перелік, який не змінюватиметься щороку, а змінний перелік, який доповнюватиме перший, враховуючи: по-перше, особливості стану здоров’я населення; по-друге, соціально-економічні показники, що визначають планові доходи і

видатки державного бюджету; по-третє, пріоритетні напрями розвитку охорони здоров'я.

- розширення діяльності НСЗУ в регіонах з метою підвищення ефективності фінансового забезпечення надання медичних послуг. Створення регіональних управлінь дозволить при розподілі коштів врахувати регіональну специфіку та стан здоров'я населення окремих регіонів.

- формування комплексу заходів щодо налагодження інформаційно-комунікаційних зв'язків між центральними органами виконавчої влади з питань фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зокрема, необхідно створити інформаційно-комунікаційні зв'язки між: по-перше, центральними органами виконавчої влади з питань розподілу державних коштів (МОЗ України, Національна служба здоров'я України); по-друге, центральними органами виконавчої влади та місцевими органами влади. Ці зв’язки будуть досліджені більш детально в майбутніх дослідженнях.

- визначити обсяги державного фінансування інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я. Бюджетним кодексом визначено обов’язкові статті видатків держави та місцевого самоврядування, метою яких є розвиток інноваційної діяльності як усієї системи охорони здоров’я, так і фінансування інноваційної діяльності закладів охорони здоров’я. Крім того, для інноваційного розвитку закладів охорони здоров’я важливо його стимулювати шляхом оплати праці лікарів та інших медичних працівників.

- розроблення комплексної методики оцінки ефективності фінансового забезпечення системи охорони здоров’я в цілому та закладів охорони здоров’я зокрема. Встановити, що одним із напрямків державного фінансового контролю закладів охорони здоров'я є аналітична оцінка фінансового стану закладів охорони здоров'я та фінансових результатів надання платних медичних послуг.

- регулювання на державному рівні режиму використання коштів місцевих бюджетів на фінансування закладів охорони здоров'я. Зобов’язання органів місцевого самоврядування періодично проводити аналіз ефективності

фінансування закладів охорони здоров’я та на його основі оцінку управління закладами охорони здоров’я, підпорядкованими органам місцевого самоврядування.

- трансформація механізму стратегічних закупівель НФЗ шляхом впровадження інноваційних програмних продуктів з галузевою специфікою. Одним із напрямів інноваційного розвитку системи охорони здоров’я є використання інноваційних інформаційно-комп’ютерних технологій, зокрема у сфері фінансового менеджменту.

- при фінансуванні закладів охорони здоров'я враховувати їх ефективність та якість надання медичних послуг. Розробка галузевих аналітичних методик оцінки ефективності використання економічних ресурсів закладами охорони здоров'я з урахуванням якості медичної допомоги та, як наслідок, коригування державного фінансового забезпечення.

- визначення механізмів фінансового контролю за діяльністю Національної служби здоров'я України. Визначення органів державного фінансового контролю, які мають забезпечувати законність, ефективність та спрямування використання бюджетних коштів на фінансування системи охорони здоров’я.

2) На рівні реформування нормативно-правових актів державних закладів охорони здоров’я:

- оптимізація кількості закладів охорони здоров’я в регіонах, що дозволить оптимізувати використання фінансових ресурсів для надання медичної допомоги взагалі. рівнях. У контексті викладеного доцільним є продовження створення госпітальних округів, враховуючи не лише чисельність населення, а й можливість доступу до закладів охорони здоров’я всього населення округу.

- трансформація системи оплати праці лікарів та іншого персоналу закладів охорони здоров’я, що сприятиме підвищенню якості персоналу закладів охорони здоров’я, а відтак і якості медичних послуг. Встановити мінімальний рівень оплати праці лікарів, який має бути на рівні середньої по

країні. Визначення розміру надбавок до оплати праці за результати інноваційної діяльності та застосування експериментальних методів лікування.

- розширення обсягу платних медичних послуг державних закладів охорони здоров'я, що покращить їх фінансовий стан та створить власні кошти для інноваційної діяльності. У зв’язку з розширенням сфери надання платних медичних послуг державні та комунальні заклади охорони здоров’я мають можливість отримати додаткові кошти. Завдяки цьому можливе створення фондів для фінансування інноваційної діяльності та резервів для ліквідації наслідків кризових ситуацій.

- визначити напрямки оцінки ефективності управління фінансами закладу охорони здоров’я та на їх основі визначити ефективність управління закладом (головного лікаря та його заступників).

- визначення видів відповідальності керівництва закладів охорони здоров'я, пов'язаних з неефективним використанням бюджетних коштів та управлінням фінансами.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження ми визначили особливості реформування фінансового забезпечення системи охорони здоров’я України. Встановлено особливості фінансування базової медичної допомоги з державного та місцевого бюджетів. Запропоновано комплекс напрямів удосконалення фінансового механізму управління державною системою охорони здоров’я на рівні державного управління та державного регулювання діяльності закладів охорони здоров’я. Реалізація зазначених нами реформ дозволить підвищити ефективність державного управління та уникнути комплексу загроз, які несуть сучасні реформи в досліджуваній сфері.

РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Диверсифікація фінансування системи охорони здоров'я України

Необхідність реформування системи охорони здоров'я України не викликає сумнівів, адже наша держава посідає 89 місце у світі (із 184 країн) за витратами на охорону здоров'я на одну особу та 108 місце за тривалістю життя [9].

При цьому особливого значення набуває питання забезпечення галузі охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами, від яких (а також від ефективності використання) значною мірою залежить результативність реформи.

Розглядаючи джерело фінансування медичної галузі кошти державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування, слід зазначити, що бюджетне фінансування забезпечує: рівний доступ населення до медичної допомоги; можливість оптимізації системи охорони здоров'я в національному масштабі; відносно проста технологія фінансування та оплати в цій сфері.

Реформа фінансування охорони здоров'я України передбачає перехід від фінансування медичних закладів за кошторисом до оплати фактично наданої державою медичної допомоги конкретній особі. Принцип «гроші ходять за пацієнтом» на практиці означає, що пацієнт звертається за допомогою до конкретного лікаря, а держава перераховує кошти медичному закладу, де працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він має власну практику. Таким чином, якщо раніше держава підтримувала медичні заклади, то тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, що надаються пацієнтам.

У 2018 році запроваджено нову модель фінансування охорони здоров'я на первинному рівні, де працюють сімейні лікарі, лікарі загальної практики та педіатри. На вищих рівнях – середньому (спеціаліст) і вищому (вузькоспеціалізований) це має запроваджуватися поступово до 2020 року.

З метою впровадження нової системи фінансування охорони здоров'я створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка перераховує бюджетні кошти медичним установам та лікарям, які надають медичну допомогу населенню. НСХУ укладає договори з усіма медичними закладами та гарантує фінансування залежно від кількості пацієнтів, які отримуватимуть медичну допомогу в цих закладах. Фінансування здійснюється на умовах передоплати.

Передбачається, що фінансування охорони здоров'я через Національний фонд здоров'я забезпечить єдині стандарти медичної допомоги та рівний доступ до медичних послуг для кожного громадянина незалежно від місця проживання та адреси реєстрації. Держава гарантує, що кожен громадянин, який звернувся до лікаря загальної практики, отримає безкоштовну допомогу. Тому лікар гарантовано отримує гроші за свою роботу, відповідно до встановленого тарифу, незалежно від того, де він працює – у великому місті чи на селі. Фінансування закладу, в якому працює лікар, поліклініка чи лікар-ФОП, здійснюватиметься з державного бюджету і не залежить від фінансових можливостей територіальної громади чи обов'язків місцевих посадовців. Його розмір розраховується виключно на основі кількості громадян, які уклали договори з лікарями цих закладів. У перехідний період частково зберігається діюча система фінансування медичних закладів (медична допомога другого та третього ступеня) за рахунок субвенцій з місцевого бюджету.

Донедавна медичні заклади отримували співфінансування за договорами з НЗОК на лікування пацієнтів, які уклали декларації з лікарями медзакладу, за т.зв. територія обслуговування закладу, але ще не підписали акт з лікарем. за «червоним списком». Тариф для пацієнтів, які підписали декларацію, становить 370 грн на рік, а для другої категорії – 240 грн на рік (у 2018 році).

З квітня 2019 року МОЗ припиняє фінансування за «червоним списком» і повністю переходить на оплату медичних послуг за принципом «гроші ходять за пацієнтом» у розмірі 370 грн на одну особу на рік з урахуванням вікових коефіцієнтів. . Не передбачено фінансування надання базової

медичної допомоги пацієнтам, які не підписали акт з лікарем. Проте з позиції виконання професійного обов’язку лікарі зобов’язані надавати їм допомогу, що створює ризик погіршення умов оплати праці.

Передбачається, що внесені законодавчі зміни підвищать ефективність фінансування охорони здоров’я в Україні за рахунок бюджету, однак у багатьох випадках (деякі види послуг середнього та вищого рівня, надання медичних послуг соціально незахищеним верствам населення, розвиток та впровадження інноваційних та технологічно передових видів лікування важких або хронічних захворювань), забезпечення якісної медичної допомоги в необхідному обсязі потребує розширення та диверсифікації каналів фінансування медичної галузі.

При цьому додаткові кошти можуть бути отримані з наступних джерел.

1. Обов'язкове медичне страхування, послуги з якого надаватимуть страхові організації, що мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування.

Ефективне медичне страхування вимагає створення страхового пулу(ів) коштів з метою перерозподілу ризику медичних витрат (ризику настання страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. На відміну від інших державних зобов’язань, важко передбачити витрати на лікування окремого громадянина, як з точки зору ймовірності їх виникнення, так і їх розміру. Чим більше премій залучає страховик, тим стійкішою є система з точки зору її здатності покривати непередбачені витрати в кожному новому випадку. Тому обов'язкове медичне страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на медичне обслуговування, які не покриваються державою, у разі потреби суспільства.

Іншим варіантом запровадження загальнообов’язкового медичного страхування є створення його фонду як особливого виду бюджетних (консолідованих) фондів на основі внесків роботодавців, найманих працівників і держави (залежно від того, хто застрахований). Розпорядником цих коштів може бути НСХУ, яка володіє інформацією про технічні,

матеріальні та професійні можливості надання медичних послуг різними медичними закладами України. Внески на медичне страхування зобов’язані сплачувати роботодавці, які дбають про здоров’я своїх працівників, що вимагає найближчим часом ухвалення відповідного закону Верховною Радою України. Водночас держава може сплачувати внески на обов'язкове медичне страхування дітей, молоді, яка навчається, і осіб пенсійного віку.

2. Добровільні лікарняні фонди. Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову оплату коштів за надання лікувально-профілактичних медичних послуг застрахованим при розладі здоров'я відповідно до умов договору, укладеного зі страховою організацією. На жаль, цей вид покриття недоступний працівникам з низьким рівнем доходу, не кажучи вже про бідних. Як правило, працівники окремих, часто іноземних компаній, разом із роботою отримують добровільне медичне страхування за системою внесків. При цьому всі працівники організації чи підприємства застраховані. Цей елемент «зобов’язання» в добровільному медичному страхуванні дозволяє страховим компаніям наповнювати страхові пули людьми, у яких може настати страховий випадок із передбачуваною (на основі віку, спадкових захворювань, способу життя тощо) статистичною ймовірністю. Водночас, якщо отримувачами послуг у сфері добровільного медичного страхування є лише особи, які самостійно звітують перед страховими компаніями, існує ризик «негативного відбору» до страхових пулів – адже в умовах інформаційної асиметрії (якщо клієнт страховика знає про стан свого здоров'я і має намір користуватися послугами протягом терміну дії полісу незрівнянно довше, ніж у його страховика), поліси зазвичай купують особи, для яких очікувані страхові виплати перевищать вартість придбання страхового полісу. Саме для того, щоб запобігти збиткам у результаті поширення такої моделі поведінки, страхові організації тепер встановлюють значні обмеження на суму страхових виплат. З одного боку, це дозволяє підтримувати певний рівень рентабельності надання послуг з добровільного медичного страхування, з іншого – знижує привабливість таких програм для

споживачів і тим самим обмежує потенціал розвитку страхового ринку в цьому сегменті. .

3. Державні кошти частіше залучаються у випадках, коли окремі види медичних послуг надаються на доплаті – вони частково фінансуються за рахунок бюджетних коштів, решту оплачує населення. Система співоплати має вирішальне значення в тих випадках, коли пацієнт хоче скористатися медичними послугами з власної ініціативи, а відсутність таких послуг не загрожує його здоров'ю. Крім того, ним варто скористатися, якщо пацієнт хоче отримати гарантовані державою медичні послуги (наприклад, обстеження, діагностичні процедури) у більш комфортних, ніж стандартні чи нестандартні умови.

4. Інноваційні джерела фінансування, зокрема державно-приватне партнерство (ДПП) у формі facility management.

Спеціалізоване управління об’єктом дозволяє скоротити витрати на утримання нерухомості при підвищенні якості обслуговування за рахунок залучення допоміжного персоналу (прибиральниць, електриків, працівників їдальні та ін.), а також за рахунок економії на оптовій закупівлі витратних матеріалів і продуктів харчування, а також будівельних матеріалів. . У цьому випадку всі неосновні функції лікувально-профілактичного закладу передаються на аутсорсинг. З юридичної точки зору управління об’єктами можна оформити двома способами. Перший спосіб – повна передача всіх другорядних функцій спеціалізованій керуючій компанії (шляхом укладення договору управління майном). Другий — аутсорсинг окремих функцій шляхом залучення кількох субпідрядників.

Ключовим моментом у визначенні переваг менеджменту є те, що медичні працівники (лікарі, середній і молодший персонал, санітари та ін.) виконують свої основні професійні функції - організація надання та безпосереднє надання медичної допомоги.

Доцільність використання facility management в Україні зумовлена тим, що значна частина бюджету витрачається на забезпечення не базових функцій

закладів охорони здоров'я – проведення капітального ремонту в медичному закладі або придбання та обслуговування цінного медичного обладнання тощо. . Таким чином, така форма ДПП, як фасіліті менеджмент, стане ефективним засобом економії бюджетних коштів за рахунок зменшення витрат на утримання нерухомого майна сфери охорони здоров'я, одночасного підвищення якості медичних послуг та економії на закупівлях.

5. Доцільно використовувати кошти фондів накопичення територіальних громад та благодійних фондів, благодійні пожертви та пожертви юридичних і фізичних осіб; кошти, отримані за надання платних медичних послуг, а також інші джерела, не заборонені законодавством. Проте, враховуючи епізодичність допомоги з таких джерел фінансування, їх слід розглядати як додаткові, позапланові надходження, які можуть бути використані з урахуванням специфіки конкретного медичного закладу.

Кошти також можуть бути спрямовані на медичну промисловість, починаючи з податків на продукти з високим вмістом солі, транс-жирів і напоїв з високим вмістом цукру та нездорових барвників [28].

Реформа фінансування охорони здоров'я в Україні передбачає впровадження нової моделі функціонування системи охорони здоров'я, згідно з якою медичні заклади фінансуються відповідно до кошторису вартості медичної допомоги, що надається конкретній особі, складеного Національним Фонд здоров'я, згідно з принципом «гроші ходять за пацієнтом».

Нова модель фінансування охорони здоров'я впроваджується на первинній ланці охорони здоров'я, де працюють сімейні лікарі, терапевти та педіатри. На інших рівнях – середньому (спеціаліст) і вищому (вузькоспеціалізований) він буде запроваджений до 2020 року.

Для подальшого розвитку медичної галузі необхідно розробити та запровадити систему фінансування медичної галузі, яка б враховувала як можливості громадян, так і їх потреби. Для цього доцільно поєднати різні джерела фінансування, що значно покращить як фінансування медицини, так і якість послуг, що надаються. Раціональний розподіл фінансових навантажень

між різними категоріями громадян, роботодавцями та державою забезпечить зростання доходів та покращення якості медичних послуг.

З цією метою реформування системи охорони здоров'я України має супроводжуватися посиленням її фінансового забезпечення шляхом диверсифікації джерел фінансування на основі впровадження чи поширення, а також подальшого розвитку: обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування; субсидії із залученням державних коштів; інноваційні джерела фінансування. Тому необхідно:

1. Кабінету Міністрів України та МОЗ України розробити проект Закону України про внесення змін до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», яким буде визначено гарантований обсяг медичної допомоги, тобто затвердити базовий «пакет» медичних послуг, надання яких держава гарантує всім своїм громадянам на безоплатній основі, а також встановити перелік платних послуг, які не входять до цього «пакету».

2. Методику розрахунку вартості платних послуг, що надаються закладами охорони здоров'я, затвердити Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству фінансів України. Методика має враховувати витратні матеріали, державні закупівельні ціни, оновлення основних фондів, амортизацію та обов'язкове списання, витрати на оплату праці виходячи з ціни праці в конкретному медичному закладі.

3. МОЗ уточнить гарантований обсяг базової медичної допомоги пацієнтам, які не уклали декларацію з лікарем первинної ланки та створить умови для укладання декларації з лікарем при наданні медичної допомоги у разі: необхідності.

4. Розроблення Міністерством фінансів України та Міністерством охорони здоров'я України Стратегії запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та плану заходів щодо її реалізації для затвердження Кабінетом Міністрів України.

5. Розвивати систему добровільного медичного страхування шляхом надання податкових пільг роботодавцям, які страхують усіх своїх працівників у системі добровільного медичного страхування.

6. Розвиток нових джерел фінансування охорони здоров'я, зокрема за рахунок:

6.1. Зміни Верховної Ради України щодо запровадження податків на продукти харчування з високим вмістом солі, трансжирів та напої з високим вмістом цукру та барвників. Кошти, отримані від сплати цих податків, будуть спрямовані Кабінетом Міністрів України та МОЗ України на розробку та впровадження інноваційного фінансування медичної галузі. Практика обкладення такими обов'язковими поборами компаній, що виробляють шкідливі для здоров'я товари та постачальників, поширена в розвинених країнах і називається «оподаткуванням заради здоров'я нації».

6.2. Реалізація проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я об'єднаними територіальними громадами за погодженням з виконавчим комітетом

Міністерства спільне використання (партнерами і товариством) основних засобів (приміщень, обладнання, транспортних засобів);

надання приватним партнерам податкових переваг при сплаті податків, що надходять до місцевих бюджетів;

залучення медичних працівників закладів охорони здоров'я до участі в комерційних проектах за ініціативою партнерів (клінічні випробування, участь у розробці нових лікарських засобів, проведення медичних експертиз, надання послуг за добровільним медичним страхуванням, лікувально-освітня робота поза медичними закладами).

3.2. Удосконалення електронних реєстрів системи охорони здоров'я України

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» комп'ютеризація охорони здоров'я полягає у створенні електронної системи охорони здоров'я (далі – eHealth), яка

базується на створенні та підтримці ряд електронних реєстрів. Проте на сьогодні створення та наповнення таких реєстрів відбувається повільно та неузгоджено, що спричиняє технічні та організаційні проблеми у функціонуванні системи eHealth, негативне сприйняття реформи охорони здоров'я пацієнтами та медичними працівниками загалом, а отже, обмеження доступності надання медичних послуг кінцевим споживачам.

Така ситуація виникла внаслідок ряду системних проблем, насамперед прогалини в законодавстві, що регулює ведення медичної документації; відсутність підготовки супутньої інфраструктури, у тому числі несумісність існуючих ІТ-систем у сфері охорони здоров'я та дефіцит комп'ютерного та мережевого обладнання в закладах охорони здоров'я, зокрема через брак коштів для процесу оцифрування медичних даних та створення інфраструктури для забезпечення високих -якісні медичні послуги.

Тому з метою налагодження повноцінного функціонування системи eHealth у процесі впровадження медичної реформи в Україні пропонується:

МОЗ України: - розробити проект змін до Закону України "Основи Закону України про охорону здоров'я", доповнивши ст. 53 положення про необхідність створення електронних реєстрів хворих з нозологіями, які є причиною найбільшої смертності та інвалідності.

- погодження з Міністерством фінансів України фінансування створення та ведення електронних реєстрів орфанних захворювань відповідно до ст. 531 Закону України «Основи законодавства України у сфері охорони здоров'я» для подання відповідної бюджетної пропозиції при створенні проекту державного бюджету на 2022 рік; - у проекті «Концепція розвитку електронної охорони здоров'я» передбачити модернізацію матеріально-технічної бази державних медичних закладів у частині оснащення їх сучасними інформаційно-комунікаційними технологіями з метою створення базових умов для розвитку електронної медичної записи;

МОЗ України спільно з Міністерством цифрової трансформації України: - розробка положення про реєстри пацієнтів із захворюваннями, які є

найпоширенішими причинами смерті в Україні, та забезпечення подальшої інтеграції цих реєстрів в систему e-Health;

МОЗ України спільно з Міністерством цифрової трансформації України та Державною службою статистики України: - розробляють зміни до «Положення про електронний реєстр пацієнтів», уніфікуючи порядок присвоєння громадянам унікальних медичних номерів. . України (цей номер може бути номером соціального страхування) з подальшою інтеграцією Єдиного реєстру пацієнтів із національною системою збору статистичних даних та використанням цього реєстру для моніторингу змін кількісного та якісного складу населення.

Електронний реєстр є детальним джерелом інформації, що дає можливість реального планування витрат на медичну допомогу відповідно до реальних потреб пацієнтів та розрахунків за надану медичну допомогу; контроль за діяльністю лікаря щодо відповідності його візитів протоколу лікування; прогнозування та планування використання медичної інфраструктури, особливо під час епідемії; профілактика захворювань та попередження передчасної втрати працездатності населення, що позитивно впливає на якість і кількість наявних трудових ресурсів. Запровадження електронних медичних карт може сприяти раціоналізації використання бюджетних коштів шляхом обмеження корупційних махінацій, а переведення створених громадськими організаціями реєстрів у необроблений стан (згідно з договором про передачу прав власності) зменшити витрати на їх створення «з нуля». Нині в Україні існує низка медичних реєстрів вузькопрофільних напрямів та їх зразків, які створені за ініціативи окремих громадських організацій, медичних закладів та органів місцевого самоврядування.

Проте взаємна сумісність, стандартизація даних, повнота заповнення не характерні для цих реєстрів, а можливості їх ведення та доповнення обмежені наявними фінансовими ресурсами. Впроваджено державні реєстри та розробляється Єдиний реєстр пацієнтів. Водночас їх наповнення та інтеграція з системою eHealth відбувається повільно та хаотично. Крім того,

законодавством України передбачено ведення багатьох інших реєстрів окремих категорій осіб, установ, лікарських засобів (наприклад, реєстрів державних медичних науково-дослідних інститутів). Однак ці реєстри не підключені до жодної ІТ-системи, тому вони не є повністю електронними, а реальний позитивний ефект від інформації, що міститься в них, значно нижчий за потенційний. Водночас в Україні відсутні державні електронні реєстри орфанних захворювань (як визначено у статті 53(1)) [46] та захворювань, які спричиняють найбільшу кількість смертей. За даними Держстату, [26] таких захворювань – серцево-судинні, онкологічні та травлення. Варто зазначити, що державна програма «Доступні ліки» (зосереджена, зокрема, на категоріях пацієнтів із зазначеними діагнозами) діє без належних електронних реєстрів пацієнтів і базується виключно на лікарському реєстрі. Це унеможливлює коректне прогнозування як наявності самих препаратів, так і витрат на їх придбання (компенсацію); негативно впливає на можливості профілактики цих захворювань, планування масштабів лікування та розвитку необхідної медичної інфраструктури.

Однією з основних причин цього є відсутність узгодженості та узгодженості програмних документів та нормативних актів. Так, Закон України «Про Загальнодержавну програму інформатизації» [48] декларує інформаційне забезпечення сфери охорони здоров'я, але насправді державні та регіональні програми комп'ютеризації, передбачені цим законом, більше відносяться до органів державної влади та місцевого самоврядування. Запровадження електронних медичних карток уже визначено в Концепції Національної програми інформатизації (зі змінами 1998 року), а положення про електронні картки пацієнтів було затверджено у 2012 році у 2017 році на етапі підготовки до реформування медицини. Проте система eHealth досі не працює в повному обсязі через незавершене створення реєстрів, передбачених «Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я» [47]. Водночас Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки чітко не визначає запровадження електронних

реєстрів як невід’ємну частину e-Health і взагалі пропонує e-Health як одну з можливих шляхи розвитку системи охорони здоров'я України [52].

Розроблений МОЗ проект «Концепція інформатизації галузі охорони здоров’я України на 2019-2023 роки» не був затверджений, лише у 2020 році була затверджена Концепція розвитку електронної охорони здоров’я, яку розробили на її заміну. Крім того, новий проект не передбачає оновлення матеріально-технічної бази та комунікаційної інфраструктури, які є основними елементами повноцінного функціонування як електронного медичного реєстру зокрема, так і системи eHealth загалом. Наслідком цього є відсутність добре налагодженої технічної інфраструктури. Незважаючи на заяву Національної служби здоров’я України [29] про те, що близько 85% медичних закладів в Україні готові до автоматизації, дані Мінцифри свідчать, що в середньому лише 45% медичних закладів мають підключення до Інтернету, а загальний рівень комп’ютеризація медичних закладів становить 42,7% [29]. Водночас звіт ВООЗ [50] у своїх висновках базується на припущенні, що всі заплановані на той час елементи eHealth уже впроваджені та функціонують належним чином.

Без впровадження основних елементів eHealth (зокрема електронних медичних записів) ефективність останніх інновацій в електронній охороні здоров’я значно знижується, а в деяких випадках створює нові перешкоди. Тому законодавство України вимагає змін у сфері побудови цілісної політики щодо впровадження та наповнення електронної медичної документації з виділенням відповідних фінансових ресурсів. Насамперед, це стосується питання створення умов (у тому числі матеріальних) для функціонування реєстрів нозологій, що спричиняють найбільшу смертність та інвалідність, а також орфанних захворювань.

ВИСНОВКИ

Магістерське дослідження присвячене важливій науковій проблемі, повя’язаній із удосконаленням управління охороною здоров’я. Основні висновки та результати дослідження полягають у наступному.

1. Вивчення питань управління охороною здоров'я слід розпочати з визначення такого складного поняття, як «здоров'я». Існує багато визначень, що характеризують це поняття з різних точок зору - соціальної, біологічної, медичної та ін. Серед них найбільш відоме визначення Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я - це стан повного фізичного, психічне та соціальне благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи інвалідності». Інші визначення відрізняються від нього, але жодне з них не заперечує, що здоров’я є найбільшою соціальною та індивідуальною цінністю, яка істотно впливає на процеси та наслідки економічного, соціального та культурного розвитку як окремої людини, так і всієї нації, а також на демографічну ситуацію, продуктивних сил і стану національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства. До системи органів управління охороною здоров'я належать Кабінет Міністрів України, МОЗ України, Рада Міністрів АРК, місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я облдержадміністрацій, управління охорони здоров'я облдержадміністрацій) .

2. Аналіз використання прав на охорону здоров’я та функціонування системи охорони здоров’я в різних країнах світу надав можливість зробити висновок, що на практиці не існує єдиної правильної, універсальної схеми забезпечення забезпечення системи охорони здоров’я. Зарубіжний досвід нарешті, що важливу роль у функціонуванні охорони здоров'я здорової культури суспільства і соціальних інтересів громадян громадянської країни. Механізм захисту здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування. Питання покращення фінансування охорони здоров’я сьогодні є дуже актуальним, адже це важлива умова подолання негативних явищ в економіці та суспільстві в

цілому. Актуальність теми полягає в тому, що від ефективності фінансування галузі безпосередньо залежить рівень захисту здоров’я населення. Жваві дискусії на цю тему завжди точилися в країнах з різним рівнем економічного розвитку. Виділяють такі основні види фінансування охорони здоров'я: державне, муніципальне (через обов'язкове і добровільне медичне страхування) і змішана форма. Але ці види практично не використовуються окремо в більш ніж одному штаті, але в деяких штатах вони займають домінуюче положення.

3. У цілому, погоджуючись із науковцями, наведемо їхній підхід до реформування системи охорони здоров’я України за окремими етапами: 1) 1991-2000 рр.; 2) 2000-2010 рр.; 3) 2010 -2013 рр.; 4) з 2014 р. по теперішній час. Представлений підхід до періодизації реформування системи охорони здоров’я в країні показує, що реформи охопили такі складові цієї сфери державного управління: – організація медичної допомоги шляхом: диверсифікації первинної та спеціалізованої медичної допомоги; направлення пацієнтів; розробка гарантованого державою пакета медичних послуг; впровадження системи лікарського забезпечення; створення стаціонарних замісних форм медичного обслуговування тощо; – організація управління закладами охорони здоров’я: автоматизація надавачів послуг; запровадження оплати праці за кількістю та якістю роботи; стратегічні контракти на медичні послуги; – фінансування системи охорони здоров’я: запровадження нових методів фінансування; впровадження страхової медицини; цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у формі медичної субвенції; – регулювання системи охорони здоров’я через систему державного регулювання цін на ліки.

4. У роботі встановлено особливості фінансування базової медичної допомоги з державного та місцевого бюджетів. Запропоновано комплекс напрямів удосконалення фінансового механізму управління державною системою охорони здоров’я на рівні державного управління та державного регулювання діяльності закладів охорони здоров’я. Реалізація зазначених

нами реформ дозволить підвищити ефективність державного управління та уникнути комплексу загроз, які несуть сучасні реформи в досліджуваній сфері.

5. Необхідність реформування системи охорони здоров’я України не викликає сумнівів, адже наша держава посідає 89 місце у світі (із 184 країн) за витратами на охорону здоров’я на одну особу та 108 місце за тривалістю життя. При цьому особливого значення набуває питання забезпечення галузі охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами, від яких (а також від ефективності використання) значною мірою залежить результативність реформи. Розглядаючи джерело фінансування медичної галузі кошти державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування, слід зазначити, що бюджетне фінансування забезпечує: рівний доступ населення до медичної допомоги; можливість оптимізації системи охорони здоров'я в національному масштабі; відносно проста технологія фінансування та оплати в цій сфері. Реформа фінансування охорони здоров'я України передбачає перехід від фінансування медичних закладів за кошторисом до оплати фактично наданої державою медичної допомоги конкретній особі. Принцип «гроші ходять за пацієнтом» на практиці означає, що пацієнт звертається за допомогою до конкретного лікаря, а держава перераховує кошти медичному закладу, де працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він має власну практику. Таким чином, якщо раніше держава підтримувала медичні заклади, то тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, що надаються пацієнтам.

6. Без впровадження основних елементів eHealth (зокрема електронних медичних записів) ефективність останніх інновацій в електронній охороні здоров’я значно знижується, а в деяких випадках створює нові перешкоди. Тому законодавство України вимагає змін у сфері побудови цілісної політики щодо впровадження та наповнення електронної медичної документації з виділенням відповідних фінансових ресурсів. Насамперед, це стосується питання створення умов (у тому числі матеріальних) для функціонування реєстрів нозологій, що спричиняють найбільшу смертність та інвалідність, а також орфанних захворювань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw. go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html
2. African Charter on Human and Peoples Rights. URL: https://www.achpr.org/legalinstruments/ detail?id=49
3. Australian Government Department of Health. The Australian health system. URL: https://www. health.gov.au/about-us/the-australian-health-system
4. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https:// www.mhlw.go.jp/english/social_security/dl/social_security6-a.pdf
5. Charter of Fundamental Rights of the European Union 2012/C 326/02 URL: https://eur-lex.europa. eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT
6. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. URL: https://www.bag. admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigstein-kuerze.html
7. Euro Health Consumer Index 2018. URL: https://healthpowerhouse.com/publications/
8. GHS Index Map. URL: https://www.ghsindex.org/#l-section--map
9. Global Competitiveness Index 2017–2018 Rankings [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf
10. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng. pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Japan Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 8 No. 1 2018. URL: https://apps.searo. who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf
12. Medicaid - basic Health Program/ URL: https://www.medicaid.gov/
13. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: http://www.japaneselawtranslation. go.jp/law/detail/?re=02&dn=1&x=0&y=0&co=1&ia=03&ja=04&yo=&gn=&sy=&ht=&no=&bu=&ta=& ky=constitution&page=22
14. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: https://puc.overheid.nl/nza/ doc/PUC_289640_22/1/
15. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. URL: https://doi. org/10.1787/4dd50c09-en
16. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report od World Health Organization. URL: https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/ uhc_report_2019.pdf?ua=1
17. Protection from high medical costs. URL: https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/ protection-from-high-medical-costs/

18. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: https://www.rijksoverheid.nl/ onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland
19. Rijksoverheid. Zorgverzekering. URL: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering
20. The legatum prosperity index 2019. URL: https://www.prosperity.com/rankings
21. The Offial U.S. Government Site for Medicare URL: https://www.medicare.gov/
22. The U.S. Department of Health & Human Services: Health Care. URL: https://www.hhs.gov/ healthcare/index.html
23. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140
24. Буранбаева Л.З. Реализация социально-ориентированной стратегии регионального развития на основе совершенствования инструментов управления системой здравоохранения. Казань, 2012. 20 с
25. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров`я: успіхи та перешкоди. Сучасні медичні технології. 2013. № 2. С. 24–26
26. Державна служба статистики [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://www.ukrstat.gov.ua/
27. Державне управління охороною здоров'я України: [монографія].Колектив авторів. К., 2014. 312 с
28. Диферсифікація джерел фінансування охорони здоров'я: Аналітична записка. URL: https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya
29. До автономізації готові майже 85% лікарень — Нацслужба здоров'я [Електронний ресурс] // Укрінформ. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2845000-do-avtonomizacii-gotovimajze-85-likaren-nacsluzba-zdorova.html.
30. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році. Режим доступу: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/311/USAID_2018_interactiv_1.pdf
31. Європейська соціальна хартія Ради Європи від 3 травня 1996 року. URL: https://zakon.rada.gov. ua/laws/show/994_062
32. Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10 грудня 1948 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015
33. Илюшкина О.В. Классификация факторов, влияющих на конкурентоустойчивость в системе оказания услуг в области здравоохранения. Экономический анализ: теория и практика. 2013. № 33 (336). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ klassifikatsiya-faktorov-vliyayuschih-na-konkurentoustoychivost-v-sisteme-okazaniya-uslug-v-oblasti-zdravoohraneniya
34. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207
35. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини від 20 листопада 1989 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021
36. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

37. Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров’я України винесено на громадське обговорення. Режим доступу: http://aipm.org.ua/kontseptsiyu-reformi-finansuvannya-sistemi-ohoroni-zdorov-ya-ukrayini-vinesenona-gromadske-obgovorennya/
38. Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров’я. Аспекти публічного управління Том 9 № 2 2021. С.86-100.
39. Кринична І.П. Обґрунтування необхідності проведення реформування системи охорони здоров’я в Україні: історичний аспект. Аспекти публічного управління. 2015. № 3 (17). С. 19–26.
40. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров’я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров’я нації. 2018. № 4 (52). С. 5–11.
41. Литвинчук І.В. Зарубіжний досвід фінансування охорони здоров’я. URL: https://conf.ztu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/01/128.pdf
42. Міжнародна конвенція ООН про ліквідацію всіх форм расової дискримінації від 21 грудня 1965 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105
43. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об’єднаних Націй від 16 грудня 1966 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042
44. Музика І.С. Реформа охорони здоров’я: проблеми, аналіз, напрями реалізації (на прикладі Карпатського Регіону України). URL: http://ird.gov.ua/sep/sep20162(118)/sep20162(118)_038_MuzykaI.pdf
45. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров’я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров’я. URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1-2_2020-43-52.pdf
46. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – С.19
47. Порядок функціонування електронної системи охорони здоров’я: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 // Офіційний вісник України – 2018 р. – № 46. – С. 14
48. Про національну програму інформатизації: Закон України // Голос України – 1998 р. – № 65
49. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689
50. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров’я 2016–2019. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Режим доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_ Full-report_Web.pdf
51. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року. URL: https://zakon.rada.gov. ua/laws/show/994_524
52. Щодо напрямів вдосконалення електронних реєстрів системи охорони здоров’я України. URL. https://niss.gov.ua/sites/default/files/2020-11/electronni-reestry.pdf

Виконала:
студентка магістратури за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування заочної форми навчання

«____» _____ 2022 р. _____ **Бойко Лілія**
Підпис Ініціали, прізвище

Науковий керівник:

«____» _____ 2022 р. _____ _____
Підпис Ініціали, прізвище

Робота допущена до захисту:

«____» _____ 2022 р. **Щепанський Едуард**
Підпис Ініціали, прізвище