

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

## МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Реформування системи охорони здоров'я»  
(назва теми)

**Виконав(ла):** студент(ка)  
магістратури за спеціальністю  
281 Публічне управління та  
адміністрування  
Кирилюк Валентина  
Антонівна  
\_\_\_\_\_

(прізвище імя та по-батькові)

**Керівник:** Кандидат наук з  
державного управління,  
доцент  
Ковтун І.Б.

\_\_\_\_\_

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

**Рецензен:**

\_\_\_\_\_

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

## АНОТАЦІЯ

**Кирилюк Валентина Антонівна. Реформування системи охорони здоров'я.**

– Рукопис.

Дослідження на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Хмельницький університет управління та права ім.Леоніда Юзькова, 2020.

У магістерській роботі охарактеризовано реформування системи охорони здоров'я, яке поєднує термінові втручання з очікуваним покращенням у середньостроковій перспективі. Найголовніше полягає у консолідації всіх ресурсів — державних і приватних, національних та міжнародних — навколо єдиної мети: вивести Україну з теперішнього паралічу системи охорони здоров'я. Також проведено аналіз реформи для визначення її ефективності. Охарактеризовано зарубіжний досвід функціонування систем охорони здоров'я та наведено характеристику систем медичного страхування різних країн світу залежно від форми їх фінансування. Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг.

Доведено, що на практиці не існує єдиної універсальної та правильної, моделі фінансового забезпечення системи охорони здоров'я. Зарубіжний досвід функціонування охорони здоров'я продемонстрував, що механізм фінансування охорони здоров'я може бути успішно вдосконалений як у рамках бюджетного фінансування, так і соціального медичного страхування, зважаючи на велику кількість проблем, що потребують вирішення. Тому кожна країна намагається вибудувати найкращу, найефективнішу і найбільш справедливу систему. В такому пошуку оптимальної системи охорони здоров'я знаходиться і Україна.

Загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров'я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам якості, ефективності та покращення доступності медичних послуг. Поступово впроваджуючи реформу далі, можна очікувати, що найближчими роками вона принесе відчутні

результати у вигляді покращення показників здоров'я та зниження фінансового тягаря для населення.

#### SUMMARY

**Kyryliuk Valentyna Antonivna. Health care reform. - Manuscript.**

Research to obtain a master's degree specialty 281 "Public Administration".

- Khmelnytsky University of Management and Law named after Leonid Yuzkov, 2020.

The master's thesis describes the reform of the health care system, which combines urgent interventions with the expected improvement in the medium term. The most important thing is to consolidate all resources - public and private, national and international - around a single goal: bring Ukraine out of the current paralysis of the health care system. An analysis of the reform was also conducted to determine its effectiveness. The foreign experience of functioning of health care systems is characterized and the characteristic of health insurance systems of different countries of the world depending on the form of their financing is resulted.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
I СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	
1.1 Поняття та склад системи охорони здоров'я.....	9
1.2 Передумови реформування системи охорони здоров'я.....	13
II СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	
2.1. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги; структурна оптимізація первинної медичної допомоги.....	22
2.2. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні.....	25
III ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
3.1 Проблеми та перспективи розвитку систем охорони здоров'я зарубіжних країн, досвід для України.....	38
3.2. Шляхи адаптації реформування системи охорони здоров'я в Україні.....	50
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	57

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

БЛІЛ –багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

НЗСУ – Національна служба охорони здоров'я

ЦПМД – центр первинної медичної допомоги

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

КМУ – Кабінет Міністрів України

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Станом на сьогоднішній день, основною проблемою системи охорони здоров'я в Україні є дуже низький рівень ефективності використання ресурсів. За розрахунками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) витрати на охорону здоров'я щорічно зростають швидше, ніж світова економіка, складаючи 10% глобального валового внутрішнього продукту ВВП. У багатих країнах вартість медичних послуг збільшується щорічно в середньому на 4 відсотки, а в – бідних на 6 відсотків".

В країнах з рівнем доходу нижче середнього щорічні бюджетні витрати в середньому на охорону здоров'я на душу населення становлять 60 дол., а в країнах з вищим рівнем доходу - близько 270 дол.

Такі результати пов'язані з недостатнім піклуванням держави про здоров'я населення, в першу чергу це нездатністю наявних медичних закладів ефективно запобігати, виявляти і лікувати хвороби.

В Україні існує надмірна кількість лікарень та лікарняних ліжок, приблизно на 40% більше, ніж у середньому в країнах ЄС. В галузі виникла велика корупція, а також створювався неефективний розподіл ресурсів, який вже декілька років недофінансується. Тривалість стаціонарного лікування через застарілі технології на 50 % довша, порівняно з країнами ЄС. Отже, реформування фінансування вітчизняної медицини врчай необхідна для ефективною та якісною системи охорони здоров'я.

Первинна ланка в Україні практично не впливає на «медичний маршрут» пацієнта. Самостійно звертаються до лікарів спеціалістів майже третина (29,5%), до стаціонарів 16,9% пацієнтів. В результаті чого, рівень обслуговування в 65,9% випадків не відповідає важкості їх стану та перебігу

В Україні слабкі функціональні відмінності у лікарень вторинного та третинного рівнів. Третинний рівень зазвичай оснащений складним технологічним і допоміжним устаткуванням для надання

високоспеціалізованих медичних послуг при складних медичних проблемах. Однак в Україні межі між вторинним і третинним рівнями стаціонарної допомоги досить розмиті. Госпіталізовані пацієнти до обласних лікарень для надання їм третинної медичної допомоги, фактично потребували вторинної допомоги, оскільки їх лікування в обласних лікарнях має більшу вартість через якісне медичне обладнання, ніж лікування в міських або районних лікарнях.

Більша частина ліжок мають надзвичайно низький потенціал до надання послуг, оскільки розташовані в малих закладах – міських та районних лікарнях, спеціалізованих лікарнях, диспансерах та сільських лікарнях, які через обмежене фінансування та інші обмеження не здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування.

Позитивні зрушення у галузі країни можливі за умов забезпечення медперсоналу гідної заробітної плати, оснащення лікувально-профілактичних закладів сучасним медичним для надання якісної допомоги. У зв'язку з цим нагальним стає запровадження нової концепції розвитку системи охорони здоров'я і приведення її у відповідність з міжнародними стандартами якості, що потребує належного наукового обґрунтування і розробки дієвих механізмів соціального забезпечення цієї надважливої сфери.

Основною частиною успішного процесу реформування галузі охорони здоров'я є достатня інформованість фахівців усіх спеціальностей та осіб, повноважних приймати управлінські рішення, щодо сучасних підходів управління змінами в системі, які підтвердили свою ефективність в українських реаліях під час реформування системи охорони здоров'я.

Запровадження розпочатих змін системи охорони здоров'я повинно продовжуватися. Перші успіхи -реформа первинної ланки медичної допомоги із запропонованим чітким переліком послуг для пацієнтів, вільним вибором сімейного лікаря, автономізація закладів охорони здоров'я, створення єдиної системи електронної охорони здоров'я, прогресивна програма реімбурсації медикаментів “Доступні ліки” із використанням електронного рецепту - показали високий запит на зміни у галузі з боку населення. Все це стане

гарантією безперервного продовження трансформації системи охорони здоров'я.

**Мета роботи:** охарактеризувати систему охорони здоров'я та провести аналіз реформи у сфері для визначення її ефективності.

**Завдання дослідження:**

- 1) дослідити організаційно-правові засади соціальної політики у сфері охорони здоров'я населення;
- 2) виявити специфіку та пріоритетні напрямки соціального забезпечення у сфері захисту здоров'я;
- 3) вчасно виявити основні недоліки реформування та запобігти їм.

**Об'єкт дослідження** – система охорони здоров'я населення.

**Предмет дослідження** – сфера охорони здоров'я, як джерело дії соціального забезпечення даної галузі.

**Методи дослідження:** історичний, правовий, системний.

# **I СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: НЕДОЛІКИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА РИЗИКИ РЕФОРМУВАННЯ**

## **1.1 Поняття та склад системи охорони здоров'я.**

Розвиток системи охорони здоров'я виконує найважливішу роль в економічному розвитку країни, забезпечуючи якість трудових ресурсів, що створюють базу для соціально-економічного зростання.

Одним із пріоритетних напрямів державної політики є охорона здоров'я, яка спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, створення умов для формування здорового способу життя.

Держава і суспільство відповідальні перед майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу. Існують незаперечні докази, що здоров'я населення є одним з найважливіших (навіть важливішим за освіту) чинників розвитку економіки будь якої країни.

Охорона здоров'я - система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя[10].

У Конституції України в ст. 49 закріплено, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування[19].

Систему охорони здоров'я повністю контролює держава. Управління системою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, що затверджується

Кабінетом Міністрів України та місцеві державні адміністрації, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я.

Міністерство охорони здоров'я України очолює Міністр, який призначається відповідно до Конституції України і несе персональну відповідальність за виконання покладених на Міністерство завдань і здійснення ним своїх функцій. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на відділи охорони здоров'я, Ради Міністрів Республіки Крим та органи місцевих державних адміністрацій. Рішення Міністерства охорони здоров'я України з питань охорони здоров'я, видані в межах його компетенції, є обов'язковими для центральних і місцевих органів державної виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, а також підприємств, установ і організацій.

Державні функції в галузі охорони здоров'я здійснюють також інші органи, які мають у своєму підпорядкуванні установи охорони здоров'я. До таких органів, зокрема, належать Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Служба безпеки України, Міністерство транспорту України. Ці органи самі визначають структуру управління відомчими установами охорони здоров'я.

Установи охорони здоров'я створюються за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Умови, порядок, акредитація, порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються актами законодавства України. Свою діяльність державний чи приватний заклад охорони здоров'я здійснює на підставі статуту, що затверджується власником або уповноваженим ним органом. У разі порушення законодавства про охорону здоров'я чи невиконання державних вимог Кабінет Міністрів України та уповноважені ним органи, а також органи місцевого самоврядування у межах своїх повноважень мають право вирішувати питання щодо припинення діяльності[1].

Охорони здоров'я України складається з трьох рівнів:

- національний рівень системи охорони здоров'я - представляє Міністерство охорони здоров'я України та заклади охорони здоров'я державної форми власності, які підпорядковані безпосередньо МОЗ;

- регіональний рівень системи охорони здоров'я - представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях та інші державні заклади охорони здоров'я, які передані їм в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади;

- (місцевий) рівень системи охорони здоров'я представляють районні державні адміністрації, районні, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування (суб'єкт управління) та заклади охорони здоров'я.

В Україні існує триланкова система управління охороною здоров'я.

Первинна медична допомога - це допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних; направлення до спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги, тощо. Надання первинної медичної допомоги забезпечують центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога - це медична допомога в плановому порядку, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики) і забезпечують кваліфіковане консультування та лікування, ніж лікарі загальної практики. Спеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарняних відділеннях міських, центральних районних інколи в обласних лікарнях.

Вторинну (спеціалізованої) медичну допомогу забезпечують заклади охорони здоров'я:

в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування та планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;

в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні відділення та центри.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем-фахівцем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку в галузі складних для лікування захворювань. Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарнях, диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні).

Управління закладами третинної ланки національної системи охорони здоров'я здійснюють: міські лікарні – відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради; обласні лікарні – Департамент (управління) охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Управлінська діяльність лікувального або діагностичного закладу здійснюється на основі статуту. Лікувально-профілактичний заклад очолює головний лікар, який має, як правило, кілька заступників. Головного лікаря закладу обирають на конкурсній основі згідно закону "Про місцеве самоврядування в Україні". До рівня управління закладом відносяться також завідувачі відділеннями.

Згідно зі ст. 35 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», держава гарантує надання доступної соціальної прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини медико-санітарної допомоги населенню, що передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги[12].

## **1.2. Передумови, сутність та зміст реформування системи охорони здоров'я**

Діюча в країні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка зберіглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям. За роки незалежності Україні так і не вдалося досягти цілей в системі охорони здоров'я, а саме поліпшення рівня здоров'я населення та скорочення нерівності його показників між різними соціально-економічними групами.

Після проголошення незалежності, зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я, як центрального виконавчого органу влади у сфері охорони здоров'я, були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і забезпечення населення медичною допомогою. В той же час були запроваджені платні послуги, почало розвиватися добровільне медичне страхування та лікарняні каси. Але залучення цих коштів має не значне значення і складають біля 4 % від загальних витрат на діяльність галузі.

Питання реформування системи охорони в країні постало ще з набуттям незалежності. Дослідженню проблем функціонування системи охорони здоров'я, та формування її нормативно-правової бази, фінансування цієї галузі присвятили свої наукові роботи О.Вашев, Й.Бескида, В.Андрущенко, О.Величко, О.Василик, В.Войцехівський, Б.Волос, Ю.Вороненко, В.Дем'янишин. [17].

Зростання обсягів державного фінансування, більша частина яких витрачається на утримання закладів, невиправдано високу забезпеченість ліжками, повільне впровадження нових менш вартісних, але більш ефективних технологій тощо. Всі ці фактори і стали підґрунтям реформування системи охорони здоров'я.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, міжнародного досвіду та специфіки використовуваної моделі системи охорони здоров'я, у 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я. Метою даної реформи було поліпшення стану

здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені».

На форумі для політичного діалогу, який відбувся у 2016 році, ВООЗ та Світовий банк разом з іншими партнерами з розвитку, а саме, Уряд Канади, Європейська Комісія, Глобальний фонд та інші, виступили зі спільною заявою, підкресливши, що «бачення України щодо реформи системи охорони здоров'я надихає, і воно розроблене на засадах прозорого демократичного процесу».

30 листопада 2016 — Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформи охорони здоров'я, Міністерству охорони здоров'я було доручено розробити план заходів щодо її реалізації. із 2018 року розпочалося втілення трансформації фінансування системи охорони здоров'я. В її основу покладено кращий сучасний світовий досвід, який підтримує ВООЗ та інші міжнародні організації, що опікуються проблемами ефективності системи охорони здоров'я у всьому світі.

Реформування охорони здоров'я, спрямоване на створення системи для забезпечення медичного обслуговування для всіх громадян України на рівні європейських країн.

Зазначеним Законом передбачено перехід від бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок коштів медичної субвенції до оплати за надані медичні послуги населенню. Відповідно чого, запроваджено принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не за інфраструктурою закладів охорони здоров'я.

Нова модель фінансування ставить пацієнта у центр уваги, забезпечує виконання державних гарантій щодо медичної допомоги та дозволяє чітко визначити ролі та зобов'язання Уряду, органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів.

У період запуску реформи системи охорони здоров'я деякі політичні сили намагалися дискредитувати програму реформування та заблокувати низку нововведень. Внаслідок чого, на деякий час була заблокована робота

Міністерства охорони здоров'я, що поставило під загрозу всю трансформацію охорони здоров'я і ті якісні зміни, які вже відбулися.

Реформа охорони здоров'я, яку проводить країна, передбачає в першу чергу покращення стану здоров'я населення, підвищення рівня ефективності системи охорони здоров'я та більшу доступність людей до медичних послуг.

Поштовхом до змін є цілий ряд факторів:

- 1) стан здоров'я населення є набагато гіршими, ніж в країнах Європейського союзу;
- 2) низька якість медичних послуг;
- 3) невдоволеність системою з боку медичного персоналу, пацієнтів, влади.

Через низький рівень доступності медичної допомоги, якості медичних послуг та високих прямих витрат населення на отримання медичних послуг наявна система охорони здоров'я не влаштовує пацієнта. Медичне обладнання, яке вже вичерпало свій технічний ресурс не дозволяє лікарю реалізувати свій професійний досвід і знання. В результаті чого захворюваність в Україні значно більша, ніж в країнах Європейського Союзу.

Суть реформи, яка ухвалена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» полягає у переході від системи фінансування до персоніфікованої оплати, тобто принцип «гроші ходять за пацієнтом».

Країна переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги (обслуговування залишалось безоплатним тільки на папері, більшість українців «дякують» за лікування - сплачують в кишеню лікареві), до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі.

Реформа пропонує перетворити медичні заклади на некомерційні підприємства. Вони залишатимуться у державній або комунальній власності, але вже у статусі підприємств. На даний час, більшість закладів охорони здоров'я діють у формі комунальних установ (закладів). Діяльність установ є

актуальною для фінансової системи де основним джерелом ресурсів є фінансування.

Предметом закупівлі стає державний гарантований пакет медичної допомоги – чітко визначений набір послуг первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстреної медичної допомоги та медикаментів, громадяни знають, яку допомогу вони зможуть отримати безкоштовно, а за що необхідно сплатити – скільки, як саме і за яких умов. У разі потреби право на пакет медичної допомоги матимуть усі громадяни України. В результаті чого зменшуються неформальні платежі, зростає якість медичної допомоги, фінансова захищеність пацієнтів у разі хвороби.

Кошти на гарантований пакет медичних послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Зникають штучні кордони між бюджетами областей, міст, районів. Послуги оплачуються тій медичній установі, де їх отримує громадянин України[44].

З метою поліпшення надання медичних послуг, реформою пропонується перебудова, яка включає розмежування первинного, вторинного і третинного рівня; розвиток первинної медичної допомоги з акцентом на її профілактичну складову; вибір лікаря первинного рівня та відповідно при необхідності направлення на вторинний і третинний рівень із застосуванням медичних стандартів та протоколів.

1 квітня 2018 року Уряд України створив єдиного замовника (закупівельника) медичних послуг – Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – та затвердив положення, необхідні для його функціонування.

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Після призначення Голови НСЗУ, основна команда служби розпочала практичну реалізацію стратегії фінансування системи охорони

здоров'я, в якій основні зусилля першочергово були спрямовані на первинну медичну допомогу.

НСЗУ підзвітна Кабінету Міністрів, підписує договори з медичними закладами і лікарями, що займаються підприємницькою діяльністю, приймає основні рішення на локальному рівні- контрактуватиме закупівлю медичних послуг. Вона замовляє медичні послуги у лікарень, у тому числі й приватних, до яких не має жодного відношення. Лікарню обирає пацієнт – служба здоров'я лише оплачує лікування і контролює його вартість та якість[59].

2018 року заклади первинної медичної допомоги почали підписувати договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення. У 2020-му до них приєднується решта закладів.

Щоб заключити договір з НСЗУ, установа повинна відповідати вимогам, які визначає постанова КМУ від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення», а саме:

- 1)Обов'язково мати ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а також документи, передбачені законом;
- 2) необхідну для надання медичних послуг за договором матеріально-технічну базу;
- 3) в закладі мають бути умови для медичного обслуговування та вільного доступу до будівель і приміщень надавача медичних послуг осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення;
- 4) зареєструвати надавача як юридичну особу (крім державної або комунальної установи) або як фізичну особу — підприємця;
- 5) відповідати критеріям, установленим у порядку використання коштів відповідної бюджетної програми, на виконання якої укладаєте договір про медичне обслуговування населення

До 31 грудня 2020 року для закладів охорони здоров'я діють дещо спрощені умови. Зокрема, не треба подавати копію документа, що підтверджує

доступність будівлі та приміщень закладу для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення[38].

Українці вперше змогли обрати свого сімейного лікаря, педіатра чи терапевта незалежно від місця реєстрації. З державного бюджету ПМСД покриваються усі послуги за пацієнтів, з якими укладено договір про надання послуг. Щоб мати змогу підписувати договори, надавачі ПМД змінили свій юридичний статус і стали автономними суб'єктами господарювання. Установи первинки відчували переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатись власними коштами: керівник закладу встановлює заробітну плату працівникам, що допускається законодавством, закупівлю медичного обладнання, тощо. Заробітна плата працівників, які ефективно працюють зростала у 2-4 рази.

Відповідно до постанови КМУ від 27.11.2019 року №1074 «Деякі питання створення госпітальних округів» затверджений Порядок встановлює механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів. В Україні розпочався процес створення госпітальних округів з метою оптимізації кількості та якості державних медичних закладів з метою покращення системи медичного забезпечення країни. Госпітальні округи створюються для того, щоб краще організувати та наблизити до людини спеціалізовані медичні послуги. Люди, які проживають в ОТГ потребують не лише сімейного лікаря, а іноді необхідна і спеціалізована медична допомога в стаціонарних лікарнях[38].

Метою запровадження госпітальних округів, рад і всього, що із ними пов'язане, це перенести ближче до людей медичні послуги, які сьогодні доступні тільки в обласних центрах. Зокрема, кардіохірургія, нейрохірургія, діаліз.

Госпітальний округ передбачає обслуговування не менше ніж 120—200 тис. населення, досяжність у радіусі 60 хвилин або 60 кілометрів. Адміністративним центром є населений пункт з населенням понад 40 тис.

Створено електронну систему охорони здоров'я eHealth, яка допомагає лікарям надавати, а пацієнтам отримувати якісні медичні послуги, замінює

стоси паперів на електронний ресурс, яким зможуть користуватися і лікарі, і пацієнти. Функціонування системи забезпечується Національною службою здоров'я України. Упровадження проекту стало можливим завдяки підтримці проекту з боку міжнародних агенцій. В тестовому режимі працює електронна медична картка, наразі доступна для лікарів первинної ланки. Електронна система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти.

З квітня 2020 року урядова програма "Доступні ліки", за якою пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу отримують ліки безоплатно або з незначною доплатою, перейшла під управління НСЗУ. Пацієнти отримуватимуть ліки лише за електронними рецептами виключно в системі eHealth. На даний час триває робота над електронним лікарняними листами.

У квітні 2017 року прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» (№ 2002-VIII). Він передбачає здійснення заходів щодо створення мережі державних та комунальних медичних закладів для ефективного та своєчасного медичного забезпечення населення.

Законом встановлено спрощений порядок реорганізації закладів охорони здоров'я: державних та комунальних установ у казенні підприємства і комунальні некомерційні підприємства. Крім того, Закон гарантує те, що кошти, не використані закладами охорони здоров'я (крім державних та комунальних установ), не вилучатимуться в них і можуть бути використані на фінансування діяльності. Договори про медичне обслуговування укладаються лише в межах бюджетних коштів, передбачених на охорону здоров'я на відповідний бюджетний період, на підставі вартості й обсягу послуг з медичного обслуговування, замовником яких є держава або органи місцевого самоврядування.

Значної уваги при проведенні реформи української медицини приділено стану екстреної медичної допомоги, яка на сьогодні вже пройшла часткове реформування, але надалі потребує подальших змін. Європейські стандарти з забезпечення приїзду бригад швидкої до пацієнтів (у межах 10 хв у містах та 20 хв у сільській місцевості) у нашій країні залишилися невиконуваними. Основними причинами є: застарілий автопарк швидких, дороги, затори та неналежна нумерація будинків. Через брак фахівців подекуди на виклик їде тільки фельдшер або взагалі відмови виїзду до людей похилого віку, що є неприйнятним для цивілізованої країни. На сьогодні наші лікарі зацікавлені у хворому пацієнті та в процесі лікування, а не одужанн[31].

Для втілення реформи багато вже зроблено, проте «точки незворотності» ще не досягнуто. Відтак, наступними кроками реформи, які необхідно здійснити, щоб забезпечити її продовження необхідно наступне:

- завершити впровадження нових фінансових механізмів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» на ПМД та закінчити впровадження на вторинному та третинному рівні;
- візит до лікарів-спеціалістів та інші послуги повинні бути на безоплатній основі – лише за направленням сімейного лікаря;
- затвердити гарантований пакет медичних послуг;
- забезпечити повний електронний документообіг у системі охорони здоров'я;
- завершити реформу закупівель лікарських засобів та медичних виробів;
- запровадити європейські підходи до проведення епідеміологічного нагляду, що буде охоплювати як інфекційні хвороби, так і неінфекційні захворювання;
- забезпечити інституційне впровадження реформи екстреної медичної допомоги, прийняти закон «Про доброго самаритянина»;
- реформувати систему до- та післядипломної медичної освіти на основ досягнень сучасної медичної науки та доказової медицини.

Основний очікуваний результат реформи охорони здоров'я – рівний доступ населення до якісної медичної допомоги та фінансовий захист у випадку захворювання.

## **II СУЧАСНИЙ СТАН РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

### **2.1. Перший етап реформування системи охорони здоров'я. Розмежування первинної та вторинної медичної допомоги.**

Стратегія фінансування системи охорони здоров'я була сформульована в концептуальному документі, який був затверджений Кабінетом Міністрів України. У жовтні 2017 року парламент ухвалив новий Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (Закон №2168), який регулює фінансування системи охорони здоров'я, та пакет відповідних підзаконних нормативно-правових актів. Цей пакет документів створив міцну правову та політичну основу для впровадження нових механізмів фінансування охорони здоров'я. Передбачалася поетапна реалізація реформи. Перший етап реформи зосереджено на первинній медичній допомозі (ПМД), а другий – на вторинній і третинній. Впровадження другого та третього етапу заплановано на 2020 рік.

Перший етап включає фінансове і функціональне розмежування первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги, а саме створення установ первинного рівня у вигляді амбулаторій загальної практики. Після формування мережі амбулаторій сімейної медицини у 2018 році створюються центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). Усі послуги для пацієнтів покривають на 100% з державного бюджету, а за кожного підписаного пацієнта НСЗУ здійснює оплату закладу первинки. Договори укладаються із застосуванням формули фінансування на основі капітаційної ставки. Капітаційна ставка - це ставка, яку сплачує держава сімейному лікарю за укладену декларацію між пацієнтом та лікарем. У 2020 році вона становить 600 грн 48 коп замість 370 грн, які були 2019 року. На сьогодні своїх лікарів вибрали понад 75% населення країни.

Щоб мати змогу підписувати договори з населенням, яке має право вибору ПМСД, надавачі послуг змінили свій юридичний статус і стали

автономними суб'єктами господарювання. На даний час формування ЦПМСД завершено. В повноцінній діяльності ЦПМСД виникає ряд перешкод пов'язані з кадровим дефіцитом, матеріально-технічним забезпеченням, лабораторним обстеженням та інше. В той же час, заклади первинки також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатись власними коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність, керівник закладу може встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, при необхідності вільні кошти вкладати в оснащення матеріально технічної бази.

Здійснена консолідація бюджетних асигнувань для надання первинної допомоги. Кошториси центрів ПМСД мають поділ лише на два види видатків: поточні видатки і капітальні видатки. Заклади отримують самостійність у питаннях внутрішнього управління та налагодження бізнес- процесів.

Разм з тим, в первинній ланці, невирішених проблем залишається ще багато. Зокрема:

- організація у амбулаторіях виїзних прийомів лікарів-спеціалістів;
- продовження розширення мережі сімейних амбулаторій;
- завершення створення центрів ПМСД;
- оптимізація штатної структури ЦПМСД;
- недопущення штучного обмеження доступу пацієнтів до вторинної медичної допомоги за на правленням лікарів ПМСД;
- організація вечірніх прийомів, тощо[9].

Запроваджено цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету у вигляді медичної субвенції, дозволено урядом фінансування заклади охорони здоров'я одночасно з двох бюджетів - державного та місцевого. Переважно заробітна плата, придбання медикаментів, продуктів харчування фінансувалося за рахунок медичної субвенції, оплата енергоносіїв, закупівля медичного обладнання, тощо фінансується за рахунок місцевого бюджету. МОЗ України було скасовано наказ, згідно з яким штати заклади охорони здоров'я повинні формуватися в залежності від ресурсного забезпечення, та затверджено наказ МОЗ №51 від 01.02.2016 року «Про затвердження Методики

щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення».

Також було удосконалено систему державного регулювання цін на лікарські засоби та розширено спектр захворювань з включенням серцево-судинних захворювань, бронхіальної астми та цукрового діабету другого типу, на які поширюється механізм реімбурсації – повного або часткового відшкодування вартості ліків[2].

Після створення центрів ПМСД виникає ряд проблем, а саме: пацієнти не отримали одразу інформацію щодо нового маршруту отримання медичної допомоги, а можливість отримати допомогу у вузьких спеціалістів для окремих пацієнтів залишилась незрозумілою; не було вирішено питання здачі аналізів: в амбулаторіях не було створено кабінетів забору крові та здачі інших аналізів, не вирішено питання здачі різних типів аналізів.

В загальному реформування первинки вважається успішним.

## 2.2. Аналіз системи охорони здоров'я в Україні

1 квітня 2020 року розпочався другий етап трансформації фінансування системи охорони здоров'я.

Національна служба здоров'я України підписала договори з 1 524 закладів спеціалізованої медичної допомоги, а це майже 90% закладів, з них 50 закладів є приватними.

В результаті, майже всі комунальні медичні країни увійшли в реформу і будуть отримувати кошти за прямим договором з НСЗУ.

Найбільше договорів підписали у таких областях:

- Харківська – 132
- Львівська - 102
- Дніпропетровська - 110

Отже, лікарні будуть отримувати гроші за медичні послуги, які надані конкретному пацієнту. Результативні лікарні, яких обиратимуть пацієнти, зможуть збільшити своє фінансування. У 40% медичних установ збільшилося фінансування у порівнянні з минулим роком, який фінансувався з державного та місцевого бюджетів. Полтавська область є однією із регіонів, в якій заклади отримують значно більше фінансування.

Українці, які проживають у селах, потребують кращого доступу до якісних медичних послуг. З метою створення мережі медзакладів, щоб людям не доводилося долати десятки кілометрів до найближчої амбулаторії, а лікарі були зацікавлені їхати працювати в селах з 14.11.2017 року набув чинності Закон «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Ціллю було забезпечити якісну диспансеризацію у сільській місцевості, вчасне виявлення захворювань, проведення профілактичних й оздоровчих заходів. В Україні 80% пацієнтів одразу отримують допомогу на другому чи третьому рівнях, оминаючи первинну ланку — амбулаторії та сімейних лікарів. У країнах ЄС співвідношення

звернень пацієнтів становить - 70% звернень на первинну ланку 30% — на вторинну».

Міністерством охорони здоров'я спільно з місцевим самоврядуванням і лікарями розробляємо методіку формування дієвої мережі амбулаторних дільниць.

Наказом Міністерства охорони здоров'я та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального розвитку України затверджено «Порядок формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» від 06.02.2018 року, метою якого є забезпечення доступності первинно медичної допомоги.

На виконання Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості», протоколу наради під головуванням Прем'єр-міністра України Гройсмана В.Б. та з метою виконання першочергових заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості, розпорядженням Голови Хмельницької облдержадміністрації №437/2018-р від 07.05.2018 року «Про затвердження Плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Хмельницької області» було затверджено план спроможних мереж області.

На ініціативу Кабінету Міністрів України щодо формування єдиного плану розвитку спроможних мереж надання соціальних послуг по всій території України, Міністерство охорони здоров'я України розробило критерії формування спроможної мережі надання первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги. А саме, відстань між пацієнтом і сімейним лікарем - не більше 7 км. Доступність лікарні інтенсивного лікування - не більше 60 хв. Час доїзду бригади екстреної медичної допомоги: у місті - 10 хв, поза межами міста - 20 хв". Окремі надавачі ПМСД взаємодіють також із іншими надавачами медичних послуг, зокрема екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), тощо.

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я — необхідна умова для виконання завдання МОЗ України щодо забезпечення доступності до якісної

медичної допомоги. Навіть якщо у населеному пункті не буде кабінету лікаря чи амбулаторії, то вони будуть розташовані таким чином, що лікар за необхідності зможе швидко приїхати до пацієнта у кожен момент часу, а мешканець навіть найменшого села отримає медичну допомогу вчасно та в потрібному обсязі. Саме для таких випадків передбачено, що лікарі матимуть службовий транспорт.

З метою покращення системи медичного забезпечення в Україні з 2017 року стартував процес створення госпітальних округів, який допоможе оптимізувати кількість та якість державних медичних закладів.

Госпітальний округ - це функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню такої території.

Кабінетом Міністрів України від 27 листопада 2019 р. затверджена Постанова «Деякі питання створення госпітальних округів» в якій було затверджено «Порядок створення госпітальних округів», який встановлює механізм створення, управління та функціонування госпітальних округів.

В кожному госпітальному окрузі повинна бути одна лікарня інтенсивного лікування, оснащена всім необхідним обладнанням, щоб надавати спеціалізовану медичну допомогу цілодобово. Перелік медичних втручань з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги затверджуватиметься Міністерством охорони здоров'я. Відстань до цієї лікарні має бути такою, щоб людина змогла доїхати туди максимум за годину. Також госпітальний округ має охоплювати принаймні 120 тисяч населення. І це єдині вимоги, які висуває Міністерство охорони здоров'я до формування госпітальних округів, які мають впорядкувати медичну мережу, щоб у пацієнта був гарантований доступ до якісної медичної послуги. Це має сприяти ефективній витраті державних коштів, щоб, наприклад, в районах не було лікарень з пустими відділеннями.

Учасниками госпітального округу є міські, районні ради та ради ОТГ, у сфері управління яких знаходяться заклади охорони здоров'я для забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню

на відповідній території. Кожен госпітальний округ – це мережа закладів, яке повинно гарантувати пацієнту, що в разі гострого стану він доїде до закладу, де йому нададуть якісну медичну допомогу.

Для визначення інших проблемних питань, щодо організації надання медичної допомоги в госпітальному окрузі створюється Госпітальна рада. Вона займається питаннями щодо перепрофілювання, додатково створення медичних закладів в госпітальному окрузі, які дороги для цього потрібно відремонтувати чи побудувати, тощо.

Госпітальна рада утворюється за ініціативою Ради міністрів Автономної Республіки Крим, відповідної обласної, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій чи одного з учасників госпітального округу.

Більшість медичних закладів в Україні – це малозавантажені лікарні, які мають застаріле технічне оснащення та зношені основні фонди. В результаті чого існують дві проблеми:

- 1) малочисельні послуги мають високу відносну собівартість;
- 2) фахівці, де надається допомога, повинні мати належне навантаження, аби підтримувати належну кваліфікацію. Не варто очікувати якісної послуги від хірурга, який здійснює кілька серйозних операційних втручань на місяць.

Вимоги щодо державної політики з охорони здоров'я і стратегічного розвитку галузі, у тому числі, госпітального її етапу, передбачені чинним законодавством, зокрема, Законами України:

- «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 року № 2801-ХІІ,
- «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 року № 3611-VІ,
- «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.04.2017 року № 2002- VІІІ,

- «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року № 2168- VIII.

Ці Закони передбачають розвиток наступних видів медичної допомоги – екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної та медичної реабілітації. На госпітальному етапі можуть надаватись всі зазначені види допомоги, за виключенням первинної медичної допомоги.

Основні вимоги до діяльності та стратегічного розвитку госпітального етапу (округу) передбачені постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1074 «Деякі питання створення госпітальних округів».

Станом на 01 січня 2020 року в Хмельницькій області функціонувало 38 закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: це

- 20 ЦРЛ,
- 7 Хмельницьких міських,
- 4 Кам'янець-Подільських міських заклади,
- СМСЧ м. Нетішин,
- 4 РЛ (Староушицька та Оринінська Кам'янець-Подільського району, Черноострівська Хмельницького, Грицівська Шепетівського району),
- Полонський клініко-діагностичний центр
- Шепетівська залізнична лікарня.

Також функціонувало 27 обласних закладів охорони здоров'я, з них закладами з надання третинної (високоспеціалізованої) та частково вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є 18 за винятком Хмельницьких обласних закладів – центру громадського здоров'я, медико-соціальної експертної комісії, бюро судово-медичної експертизи, бази спеціального медичного постачання, 4 дитячих санаторіїв, патолого-анатомічного центру, які мають специфічні функції.

Всі заклади охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги впродовж 2019-2020 років автономізовані і перетворені у комунальні неприбуткові підприємства.

Тривають процедури завершення реорганізації декількох лікарень шляхом перетворення у відділення.

Тобто третинний рівень надання медичної допомоги в області представлятимуть 14 закладів: Хмельницькі обласні – лікарня, дитяча лікарня, протипухлинний центр, серцево-судинний центр, заклад з надання психіатричної допомоги, медичний центр психічного здоров'я, госпіталь ветеранів інвалідів війни, протитуберкульозний диспансер, шкірно-венерологічний диспансер, центр профілактики та боротьби зі СНІДом, стоматологічна поліклініка, центр служби крові, спеціалізований будинок дитини, центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

В Хмельницькій області функціонують 52 заклади охорони здоров'я вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, з них 38 – вторинного та 14 – третинного рівня.

34 із 52 є госпітальними (стаціонарними) закладами: це 20 ЦРЛ, Хмельницькі міські – лікарня, дитяча лікарня, інфекційна лікарня, перинатальний центр; Кам'янець-Подільські міські – лікарня і перинатальний центр, СМСЧ м. Нетішин, Шепетівська вузлова лікарня, Хмельницька обласна лікарня, Хмельницька обласна дитяча лікарня, а також Оринінська, Староушицька, Чорноострівська, Грицівська районні лікарні. Проте не заключені договори на фінансування з 01.04.2020 року з Національною службою здоров'я України на пакети медичних послуг щодо стаціонарної допомоги по Оринінській та Староушицькій районних лікарнях.

Із загальної кількості госпітальних закладів області 30 є багатопрофільними за винятком 2 перинатальних центрів, інфекційної лікарні та Грицівської районної лікарні, де функціонує лише терапевтичне відділення.

Шляхи виконання завдань для досягнення стратегічних цілей Плану розвитку Хмельницького госпітального округу на 2020-2022 роки:

- визначення функцій закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у складі госпітального округу на основі видів медичної допомоги в кожному ЗОЗ та їх функціональних потужностей;

- оснащення ЗОЗ у складі госпітального округу відповідно до примірних табелів матеріально-технічного оснащення, що затверджуються МОЗ України, особливо опорних лікарень – багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого (І) та другого (ІІ) рівня;

- визначення джерел фінансування, які можуть бути спрямовані на виконання заходів плану.

Очікувані результати Плану розвитку Хмельницького госпітального округу на 2020-2022 роки:

- підвищення доступності, якості та ефективності надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в ЗОЗ госпітального округу;

- забезпечення своєчасного доступу населення області до послуг госпітального етапу надання медичної допомоги належної якості;

- забезпечення транспортної доступності до таких закладів в області;

- ефективне використання ресурсів та модернізація ЗОЗ госпітального округу;

- формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я у госпітальному окрузі.

Відповідно до постанови КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074 для гарантованого забезпечення надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги відповідно до потреб населення госпітального округу, поступового формування спроможної мережі визначаються опорні заклади охорони здоров'я на період до трьох років.

Кабінетом Міністрів України затверджено розпорядження від 15 січня 2020 р. № 23-р «Про затвердження переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальних округах на період до 2023 року»

Перелік опорних закладів визначений на основі відповідної Методики формування мережі робочою групою, яка була сформована МОЗ України за участю представників Національної служби здоров'я України, Міністерства розвитку громад та територій України, представників проєкту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» та обласних державних адміністрацій. Головною умовою із переліку стала доступність закладів для пацієнтів. Шлях до лікарні не повинен перевищувати 1 годину.

До переліку включено заклади охорони здоров'я, що відповідають вимогам або можуть бути підвищеними до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня, що забезпечуватимуть:

- безпечність медичної допомоги на основі доказової медицини;
- своєчасність доступу до медичної допомоги;
- економічну ефективність, яка полягає у забезпеченні максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання ресурсів.

Разом з тим, на засіданні Кабінет Міністрів прийняв постанову, якою затверджено умови фінансування реалізації проєктів з будівництва (реконструкції, капітального ремонту) приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах, проєкт якої було розроблено міністерством розвитку громад та територій України.

Станом на сьогоднішній день Мінрегіон контролює терміни та якість будівельних робіт по цій програмі. Передбачено, що 100% приймальних відділень будуть відповідати вимогам сучасного облаштування та наповнення медичним обладнанням, перелік якого погоджено з Міністерством охорони здоров'я України.

Відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 15.01.2020 року №23-р КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради визначена опорним закладом охорони здоров'я II рівня у Хмельницькому госпітальному окрузі. Всього в області відповідно до розпорядження затверджено 10 лікарень.

Комунальне неприбуткове підприємство «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради це - багатoproфiльна лікарня, що надає високоспеціалізовану амбулаторну та стаціонарну допомогу жителям області за 48 спеціальностями. В структурі закладу працює обласна консультативна поліклініка на 250 відвідувань в день, центр детоксикації з 5 філіями, обласний перинатальний центр, 21 стаціонарне відділення з загальним ліжковим фондом 730 ліжок та 36 ліжок інтенсивної терапії. Щороку отримують лікування більше 30 тисяч стаціонарних та 110 тисяч амбулаторних пацієнтів з усієї області, проводиться 17 тисяч оперативних втручань. Кадровий потенціал лікарні та наявна сучасна лікувально-діагностична апаратура дозволяє ефективно впроваджувати нові методики, надавати високоспеціалізовану медичну допомогу якісно та на високому рівні.

Кадровий потенціал колективу КНП "ХОЛ" ХОР складається з 273 лікарів, 498 середнього медичного персоналу, 338 - молодшого медичного персоналу та - 202 інші. Всього в лікарні працює 1311 працівник., штатний розпис затверджено на 1449,5 штатних посад.

В лікарні працюють 141 лікар з вищою категорією; 54 з I категорією, 29 з II кваліфікаційною категорією. Кваліфікаційні категорії мають 341 працівників середнього медичного персоналу, в т.ч. вищу категорію 236 чол.

Всі медичні працівники проходять курси удосконалення. З кожним роком відсоток атестованих лікарів і середніх медпрацівників збільшується, що вказує на підвищення зацікавленості працівників у професійному рості.

Лікарня на достатньому рівні забезпечена сучасною лікувально-діагностичною апаратурою, що дозволяє ефективно впроваджувати нові методики. Серед новинок в наданні медичної допомоги населенню, є ряд оптимальних і якісних технологій:

- малоінвазивне обстеження та оперативне втручання на органах черевної, плевральної порожнини із застосуванням лапароскопічних комплексів, що дало можливість провести близько 3000 лапароскопічних операцій по видаленню жовчного міхура, кист печінки, легень та яйників з хорошими результатами;

- успішно проводяться операції нейрохірургами з використанням операційного мікроскопа та ендоскопічного обладнання, що дає змогу виконувати малоінвазивні трансфеноїдальні оперативні втручання;

- в офтальмологічному відділенні при факоемульсифікації використовуються м'які та інтраокулярні лінзи; застосовуються колагенові антиглаукомні дренажі при запущених стадіях глаукоми;

- імплантація двохкамерних кардіостимуляторів при порушеннях серцевого ритму, блокадах провідникової системи серця, аортокоронарне шунтування, протезування клапанів серця, стентування коронарних артерій, стентування сонних артерій, стентування стовбура ЛКА, редресація сонної артерії, резекція та анастомоз сонної артерії.

На 2018 рік Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації затверджені кошторисні призначення по загальному фонду бюджету із внесеними змінами на протязі поточного року в сумі 222 135,0 тис. грн. В тому числі за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам – 197 011,5 тис. грн., за рахунок обласного бюджету – 25 123,5 тис. грн.

Загальна вартість 1 ліжко-дня за 2018 рік склала 842,70 грн.

Крім загального фонду бюджету передбачені кошторисні призначення на капітальні видатки по спеціальному фонду (видатки розвитку) за рахунок обласного бюджету всього в сумі 18090,7 тис.грн.

На проведення капітального ремонту благоустрою території закладу спрямовані видатки в сумі 4941,9 тис. грн, на придбання медичного обладнання та інструментарію 13148,8 тис. грн.

Середня заробітна плата 1 працівника в місяць всього -5418 грн.

На 2019 рік Департаментом охорони здоров'я обласної державної адміністрації затверджені кошторисні призначення по загальному фонду бюджету із внесеними змінами на протязі поточного року в сумі 224 644,8 тис. грн, що на 2,5 млн. грн більше, ніж у 2018 році. В тому числі, за рахунок

медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам – 200 971,4 тис. грн, за рахунок обласного бюджету – 23 673,4 тис. грн.

Загальна вартість 1 ліжко-дня складає 883,52 грн.

Крім загального фонду бюджету передбачені кошторисні призначення на капітальні видатки по спеціальному фонду (видатки розвитку) за рахунок обласного бюджету в сумі 7914,1 тис. грн. На проведення капітального ремонту благоустрою території закладу спрямовані видатки в сумі 3483,4 тис. грн. Середня заробітна плата 1 працівника в місяць склала 6056.0 грн.

На I квартал 2020 року Департаментом охорони здоров'я Хмельницької обласної Державної адміністрації затверджені кошторисні призначення по загальному фонду бюджету на 1 квартал 2020 року за рахунок коштів медичної субвенції з державного бюджету в сумі 50 976,4,0 тис. грн. За рахунок коштів обласного бюджету затверджені кошторисні призначення із внесеними змінами на протязі поточного року в сумі 21926,2 тис. грн.

Всього видатки за I квартал склали 55672,5 тис. грн.

Від НСЗУ потягом II кварталу надійшло 69524,7 тис. грн. Всього видатки за I півріччя 2020 року склали 110 244,5 тис. грн. Загальна вартість 1 ліжко-дня складає 1014,68 грн.

КНП «Хмельницька обласна лікарня» Хмельницької обласної ради на 1 квітня 2020 року уклала з Національною Службою Здоров'я України договір по 14 пакетам надання гарантованої медичної допомоги:

- хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій;
- медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах;
- медична допомога при пологах;
- медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках;

- амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи реабілітацію та стоматологічну допомогу;
- гістероскопія;
- езофагогастродуоденоскопія;
- колоноскопія;
- цистоскопія;
- бронхоскопія;
- лікування пацієнтів методом екстракорпорального гемодіалізу в амбулаторних умовах;
- діагностика та хіміотерапевтичне лікування онкологічних захворювань у дорослих та дітей.

Загальна сума договору склала 202 200 079 грн.

За рахунок перегляду НСЗУ корегувальних коефіцієнтів, зокрема складності оперативних втручань, по пакету «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» збільшена сума договору по цьому пакету на 18 756,0 тис. грн.

За II квартал 2020 року по пріоритетним пакетам гарантованої медичної допомоги «Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах»; «Медична допомога при пологах»; «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» лікарнею надано значно більший об'єм послуг, ніж передбачалось договором.

Тому, НСЗУ станом на 01.07.2020 року переглянула діючий договір та збільшено кількісні та вартісні показники по зазначеним пакетам до кінця року з розрахунку тенденцій, що склались у II кварталі.

Разом із тим, в зв'язку з обмеженими заходами, пов'язаними із пандемією COVID -19, не виконані планові показники по проведенню амбулаторних пріоритетних обстежень по пакетам «Гістероскопія»; «Езофагогастродуоденоскопія»; «Колоноскопія»; «Цистоскопія»;

«Бронхоскопія». Тому по цим пакетам зкореговано договір в бік зменшення кількісних та вартісних показників.

Після корегування загальна сума договору склала 234 250 297,3 грн, що на 32 050 218,3 грн більше початкової суми.

Отже, головними умовами проекту є створити належну якість медичну допомогу пацієнту та комфортні умови.

Тепер, коли реформа почала рухатися вперед, уповільнення або зміна курсу може призвести до знецінення інвестицій, що були здійснені за останні три роки. І тоді може знадобитися набагато більше часу, перш ніж вплив реформи стане відчутним. Тому, необхідно продовжувати впровадження реформи, щоб продемонструвати відчутні позитивні зміни для населення з точки зору збільшення охоплення та покращення послуг.

## **ІІІ ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **3.1 Проблеми та перспективи розвитку систем охорони здоров'я зарубіжних країн, досвід для України**

Країни навіть з високим доходом не можуть охопити все населення спектром безкоштовних медичних послуг. Багато країн з трансформаційною економікою у реформуванні своїх систем охорони здоров'я пішли шляхом означення обсягів державних зобов'язань у цій сфері.

Державна система охорони здоров'я розвивається як напрям соціальної політики. У результаті держава посилює свій вплив і контроль над діяльністю медичних і страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету та за рахунок централізованого фінансування в результаті чого не відбувається зростання вартості лікування. Але у країні існують свої мінуса у системі охорони здоров'я, наприклад, відсутність у пацієнта можливості вибору лікаря чи лікувального закладу.

В той же час у Німеччині діє система соціального медичного страхування, яка є однією з найбільш розвинених систем, якою охоплено понад 90% населення, яка здійснює свою діяльність через страхові організації — лікарняні каси.

У США представлена приватна система (діє приблизно 1500 приватних страхових компаній) медичного страхування, якою охоплено понад 80% населення.

Світові рейтинги визначення найкращої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації права на охорону здоров'я громадян не дають єдиної відповіді, яка ж країна є світовим лідером у цій сфері. Насамперед це пов'язано з використанням різних критеріїв оцінки. Наприклад, відповідно до рейтингу процвітання найкращою системою охорони здоров'я за рівнем ефективності у

2019 році є Сінгапурська, потім – Японська, і на третьому місці – Швейцарська. Система охорони здоров'я України займає 114 місце[61].

Відповідно до Глобального індексу безпеки здоров'я у 2019 році до найкращих країн світу належать США, Об'єднане Королівство Великобританії, Нідерланди, Австралія. Україна в цьому рейтингу зайняла 94 місце.

## **США**

Сполучені Штати Америки – країна найдорожчої системи охорони здоров'я в світі, які витрачають на систему охорони здоров'я більше, ніж будь-яка інша країна. Щороку на охорону здоров'я витрачається величезна сума грошей, значно вищий відсоток від загальних видатків, а ніж у будь-якій іншій країні світу.

Система охорони здоров'я в країні представлена незалежними службами на трьох основних рівнях, це сімейна медицина, госпітальна допомога та суспільна охорона здоров'я.

Американська система фінансується в першу чергу приватними програмами страхування, що їх доповнюють урядові програми "Медична опіка" (Medicare) для людей старшого віку і "Медична допомога" (Medicaid) для бідняків.

Близько 47% всіх витрат на охорону здоров'я США становлять витрати на стаціонарне лікування, 10% – медикаментозне лікування і 10% – на утримання в будинках престарілих, близько 2% – домашнє обслуговування, 11% - послуги стоматологів та інших вузьких фахівців.

В США розвинена сімейна медицина. Сімейні лікарі наглядають пацієнтів, а при необхідності направляють їх до вузьких спеціалістів або в стаціонар. Оплату такі лікарі отримують безпосередньо від пацієнтів. У США немає загальної системи надання медичної допомоги для працюючого населення. Програма "Медікер" надає послуги:

- малозабезпеченим проверсткам населення, переважно жінкам та дітям із бідних родин;
- особам похилого віку пацієнтів, які потребують постійної опіки;

- лише людям віком старше 65 років, деяким людям з інвалідністю та людям, що мають постійну ниркову недостатність.

Інші громадяни мають страхуватися в програмах приватного страхування. Програма “Медікер” складається з двох частин. Частина А – лікарняне страхування, які покривають стаціонарні послуги та послуги лікарень, що надають допомогу критичним хворим, а також заклади, що надають сертифіковану сестринську допомогу.

До частини В входить медичне страхування, які не ввійшло до частини А, тобто покриваються послуги лікарів, амбулаторна допомога та деякі інші медичні послуги.

За бажанням особи мають можливість придбати додаткову приватну страховку, як доповнення страховки “Медікер”. Програма “Медікер” фінансується за рахунок внесків, які сплачують працівники та роботодавці у розмірі 1,45% заробітної плати. Роботодавець іноді сплачує повну вартість страховки, але часто працівники також вносять певну грошову суму.

У разі приватного страхування роботодавці можуть сплачувати частину страхового внеску або весь його розмір.

Вартість медичної допомоги яка зростає є однією із основних проблем, так як витрати на охорону здоров'я обігнали інфляцію, що відображається на рості цін та якості послуг.

У США проводиться політика збереження здоров'я, яка впроваджується через систему приватних страхових компаній і організацій підтримки здоров'я, які зацікавлені у стримуванні витрат на надання медичної допомоги пацієнтам, тому започатковують програми поліпшення здоров'я населення шляхом надання знань про здоровий спосіб життя (проти паління, програми фізичної культури, контролю маси тіла та правильного харчування).

За даними ВООЗ витрати на медичну допомогу на душу населення в США посідає перше (\$3724 на рік), а за якістю надання медичної допомоги - тільки 37-е місце в світі. Майже 40 млн жителів США не мають медичної страховки.

## Республіка Австрія

Австралійська система охорони здоров'я визнана однією з найбільш успішних у світі. У 1984 році впроваджено систему Medicare, яка становила лише 8% загальних витрат Австралії на здоров'я населення. Основна частина коштів, які покривалися за рахунок інших прибутків держави (насамперед податків). Метою Medicare є "охорона здоров'я, доступна для всіх австралійців", причому "всі австралійці повинні робити свій внесок відповідно до їхньої можливості заплатити". Дана система поєднує в собі приватні і державні сектори. Соціальне страхування Австрії передбачає послуги у випадках: захворювання, вагітності і народження дитини, інвалідності, безробіття, похилого віку, смерті годувальника. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці, розмір яких залежить від річних доходів. 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.

В країні існують обов'язкові медичні огляди, які оплачуються державними страховими фондами.

Первинна ланка в країні включає амбулаторії як комунальної, так і державної власності, а також аптеки та стоматологічні заклади, переважно які є приватними. У вторинній ланці більше 50% лікарень державної власності, 35% - приватної. Фінансування медичної сфери проходить за рахунок державного бюджету, що складає 70% потреб через універсальне медичне страхування Medicare (універсальна медична страховка, якою забезпечені всі громадяни країни і за допомогою якої населення рівних засадах має доступ до великого асортименту медичних сервісів), яке діє у державних та приватних закладах. У державних лікарнях Medicare покриває повністю витрати на медичні послуги, а у приватних лише 75%. В той же час не покриває послуги швидкої допомоги, купівлю окулярів і контактних лінз, більшість стоматологічних послуг, послуг із догляду за хворими вдома. Громадяни, окрім Medicare, можуть мати додаткову приватну страховку, яка даватиме їм змогу покривати решту витрат, які не покриває державна страховка.

Іменну картку Medicare Card має кожен дорослий громадянин країни, за якою він та члени його родини можуть безкоштовно лікуватися й госпіталізуватися у державних медичних центрах, клініках та шпиталях. Дану картку бажано носити при собі. Новонароджених вписують у картки одного чи обох батьків дитини. В даній картці вказане прізвище, стоїть номер користувача і дата, до якої ця картка дійсна. Застрахована особа у разі хвороби має право звернутися до будь-якого лікаря, який працює з даною страховою організацією. Лікар повинен обрати відповідне лікування, або ж направити пацієнта до іншого фахівця. Оплата за консультації лікарів-спеціалістів різного профілю в Австралії аналогічні консультаціям сімейних лікарів, які оцінюються державою значно дорожче, ніж консультації сімейного лікаря. Так, рекомендована ціна за первинну консультацію спеціаліста становитиме 119,35 доларів Сімейні лікарі направляють до спеціаліста лише тих пацієнтів, яких вони самі не спроможні вилікувати.

За необхідністю медсестринські та лікарські послуги, які покриває страховка надаються на дому. До переліку яких входить: ін'єкції, перев'язування післяопераційних ран, догляд за важкохворим.

У разі перевищення стандартної ціни за послугу у приватній клініці, пацієнт доплачує різницю з власної кишені. Така ж схема діє і з купівлею медикаментів: основну частину покриває Medicare, решту – сплачує пацієнт.

У приватні заклади охорони здоров'я може звернутися будь який пацієнт з Medicare, де у нього є право вибору лікаря-спеціаліста для відповідальної чи нестандартної операції, або лікування рідкісної хвороби на яку не доведеться чекати.

Оплата проходить одним із двох варіанів:

- 1) лікар повідомляє, що він працює за системою bulk billing, коли пацієнт не платить зовсім, а по закінченні візиту лише підписує рахунок, який лікар згодом перетворює на гроші, виставляючи рахунок за свої послуги державі;
- 2) пацієнти платять відразу (чеком, готівкою, кредиткою), отримавши квитанцію, яку пред'являють у відділенні Medicare для одержання

"відшкодування" - всієї суми або частини. Приватний лікар-спеціаліст має право встановлювати персональну ціну за свої послуги. Ціну за послугу погоджують на початку лікування. Але у приватних клініках існують рекомендовані державні розцінки на будь-яку медичну консультацію або процедуру тощо.

Перебування в державній лікарні одного дня, без прийому ліків, оперативних втручань чи діагностичних процедур, обходиться державі в 400-500 австралійських доларів. Кількість візитів до сімейного лікаря протягом року не обмежується. Також можна відвідувати будь-якого лікаря. У разі відвідування більше 15 сімейних лікарів протягом року, пацієнта можуть викликати до Комісії зі страхування Здоров'я для пояснень.

Заробітня плата лікаря залежить від кількості, складності консультацій, якості його лікування. Всі лікарі відчувають загальну тенденцію погіршення фінансової ситуації і мають "прискорювати" свою працю.

### **Естонська Республіка**

Система охорони здоров'я в Естонії до реформи була дуже схожою з української. В країні майже до 1990 року не було приватної медицини, а населенню надавалася безкоштовна медицина, були поширені неофіційні платежі за надання медичних послуг так як і в Україні.

З 1990 року в Естонії розпочалася медична реформа, яка проходила кілька етапів. За десять років було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам.

В Естонії була запроваджена система медичного страхування в яку входила центральна та регіональні лікарняні каси, які фінансувалися за рахунок страхових внесків, які складали 13% фонду заробітної плати. Лікарняні каси співпрацювали з державними та приватними медичними установами. Відповідно до Закону про медичне страхування, який був прийнятий у 1991 році державні лікарні перейшли у власність місцевих урядів. У 1992 році було створено 22 державні фонди медичного страхування в кожному регіоні.

Також було здійснено реформу ПМСД

Після прийняття Закону про фонд медичного страхування в 2000 році в Естонії лікарняні каси було реорганізовано в єдиний фонд медичного страхування (ЄФМС). В даний фонд входило 7 філій утворених шляхом злиття регіональних фондів.

Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків, де головним джерелом фінансування є цільовий податок із заробітної плати.

Державне страхування Естонії покриває витрати на лікування і профілактику захворювань, фінансує придбання широкого спектру ліків і медичних пристроїв, компенсує не отриманий через тимчасову непрацездатність дохід, покриває витрати на лікування і протезування зубів.

До лікаря-фахівця пацієнт може потрапити лише за направленням сімейного лікаря за пільговим преїскурантом Лікарняної каси.

Без направлення сімейного лікаря самостійно можна звертатися тільки до дерматовенерологів, офтальмологів, стоматологів, гінекологів, психіатрів, , а в разі травми – до травматологів та хірургів.

В Естонії сімейний лікар зобов'язаний обслуговувати загалом не менше 1200 пацієнтів, але не більше 2000 осіб, в Україні – 1800 пацієнтів.

Незалежно від того, скільки разів конкретний хворий відвідав його минулого місяця, за кожного приписаного до нього пацієнта лікар отримує певну суму. Запис на прийом до лікаря здійснюється через Інтернет, а медики давно перейшли на комп'ютери і зчитувачі ID-карт. Замість паперових рецептів естонці використовують електронні,

Соціальний податок в країн за працівника повністю сплачує роботодавець. Разом з тим, медична страховка надається без сплати наступним особам: пенсіонери, офіційно зареєстровані безробітні, вагітні, інваліди та опікуни інвалідів, солдати строкової служби, діти до 19 років, студенти, тощо

Особи, які не потрапляють у категорію пільговиків або не працюють повинні купувати договір медичного страхування самостійно. Вартість страхового поліса в цьому випадку становить 13 % від середньої бруто-

зарплати в країні за попередній рік. У 2016 році середня бруттозарплата становила 1 146 євро. Отже, за медичний поліс жителям Естонії в індивідуальному порядку доводилося платити 149 євро в місяць або 1788 євро в рік [30].

За роки існування в Естонії системи обов'язкового медичного страхування середня очікувана тривалість життя збільшилася. Система обов'язкового медичного страхування є економною для державного бюджету. Однак є й недоліки. В Естонії складно потрапити навіть до сімейного лікаря, а таке поняття, як виклик до дорослого пацієнта терапевта додому у багатьох практиках просто відсутня, черги.

Отже, доцільно зробити наступні висновки.

З метою ефективного функціонування Естонії так і більшості країн світу система медичного страхування в потребує реформування і удосконалення.

В медичній галузі соціального захисту потребують найбільш уразливі верстви населення.

Зберегти загальнодоступне медичне забезпечення громадян шляхом запровадження і розвитку обов'язкового соціального медичного страхування.

Досвід країн Європейського Союзу, а також країн центральної і східної Європи, які порівняно недавно пройшли та проходять шлях реформ, показує, що механізми фінансування можна успішно удосконалювати. У світі можна виділити три основні системи охорони здоров'я:

державна система – розвивається як напрям соціальної політики. Держава контролює діяльність медичних страхових організацій. Наприклад, у Великобританії основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. Британська та італійська модель характеризується превалюванням бюджетної системи фінансування, там обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;

страхова система - страхові організації та застраховані особи мають можливість здійснювати контроль над використанням страхових коштів. Особи

мають право вибрати лікаря та лікувально профілактичний заклад. Наприклад, Німеччина є однією з найбільш розвинених систем медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Тут, як і в Бельгії, Нідерландах, Швеції та Японії, медичне страхування має обов'язковий характер;

приватна система найбільш широко представлена в Сполучених Штатах Америки, яка характеризується відсутністю державного регулювання. Приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. Зазначені системи не представлені країнах у чистому вигляді. При цьому за статистикою з 300 млн жителів 47 млн не мають узагалі медичної страховки та позбавлені доступу до кваліфікованої допомоги, ще 50 млн застраховані по мінімуму, що не дає їм змоги розраховувати на дорогі ліки та складні операції. Держава багатьох країн приймає участь у системі обов'язкового медичного страхування через бюджетні внески.

Реформування охорони здоров'я в Україні неможливе без визначення пріоритетів. Відповідно до досвіду Британської системи охорони здоров'я та враховуючи досвід інших розвинених країн, можна виділити такі першочергові завдання: запровадження механізму оплати медичних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступність ліків та увага громадському здоров'ю. Медична реформа в Україні в першу чергу має забезпечити кожному пацієнту надання первинної й екстреної медичної допомоги, яка буде на 100% оплачена державою. Отже, вибір, який належить зробити Україні, полягає в наступному:

- 1) зберегти бюджетну систему фінансування;
- 2) запровадити систему обов'язкового медичного страхування, чи створити змішану систему.

Здоров'я кожного пацієнта зокрема залежать від якості, доступності лікарських засобів та надання медичної допомоги. Майже 90% лікарських засобів на ринку купуються за кошти населення.

Аналізуючи ситуацію, що склалася, Українська держава посідає останнє місце за кількістю грошей, які витрачає держава з бюджету на кожного пацієнта в рік – 149 дол. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень,

ніж в Україні, а витрати на кожного пацієнта у 20 разів вищі. Тривалість стаціонарного лікування в Україні на 50 % довша, порівняно з іншими країнами за рахунок застарілих технологій. Тому, трансформація фінансування вітчизняної медицини необхідна, щоб зробити систему охорони здоров'я ефективною, а послуги – якісними.

У Німеччині лікарям запропонували на пільгових умовах орендувати приміщення в поліклініках, брати кредити на оренду чи будівництво нових приміщень для приватної практики, придбання нової медичної апаратури, тощо. Таким самим шляхом може піти й Україна.

У Великій Британії, система охорони здоров'я вважається однією з найефективніших у світі, 90 % послуг надається на первинній ланці медичної допомоги лікарями загальної практики. В Україні в цьому плані існує серйозна проблема, а саме, у селах та маленьких містечках існує дефіцит кваліфікованих працівників та застаріле обладнання. Показовим є досвід Грузії, де подібну проблему вирішили за допомогою фінансової мотивації. Лікарям, які працюють у таких населених пунктах, дали можливість стати приватними підприємцями, їх звільнили від податків. Працівникам, які працюють у віддалених місцях, давали державні гранти (еквівалент кількох тисяч доларів) за що можна було облаштувати кабінет.

Досвід країн світу показує, що 60 % роботи сімейного лікаря полягає саме в профілактиці, але на жаль в Україні, цим не займається жоден лікар. Проте введення в Україні програм щодо задіяння сімейної медицини породило певний супротив з боку ряду фахівців, які не вважають за можливе прискорену підготовку необхідної кількості лікарів загальної практики з подальшою перекваліфікацією лікарів-терапевтів та лікарів-педіатрів на спеціальність «сімейний лікар/лікар загальної практики». Адже згідно з «орієнтовним переліком медичних послуг», сімейний лікар повинен однаково добре розбиратися і в хворобах старенької бабусі, і двомісячної дитини, знати на зубок офтальмологію, гінекологію, імунологію та інше, а також «проводити невеликі хірургічні втручання». Поверхневе володіння предметом може бути

небезпечним, тому короткострокові шестимісячні курси є неприйнятними для спеціалістів медичної галузі, упевнені вони.

Унаслідок медичних реформ останніх років педіатрія була змушена відстоювати свої позиції — її визнали зайвою на первинній ланці. А педіатрія — це окрема спеціалізація, до якої потрібно підходити і дбайливо, і відповідально. Лікар загальної практики нині не підготовлений настільки, аби безпомилково діагностувати дитячі недуги. Тож добре, якщо в разі сумнівів він направить хворого малюка до педіатра, але при цьому втрачається дорогоцінний час для надання допомоги. В Польщі теж спробували відмовитись від педіатрії, але через роки, коли рівень дитячої смертності поповз угору, від експериментів з дитячими лікарями відмовилися. Зокрема народні депутати підтримали ідею збереження посади лікаря-педіатра на первинній ланці поряд із сімейними лікарями в центрах первинної медико-санітарної допомоги.

На сьогодні вже пройшла часткове реформування екстрена медична допомога, яка надалі потребує подальших змін. Як показала практика, європейські стандарти з забезпечення приїзду бригад швидкої до пацієнтів (у межах 10 хв у містах та 20 хв у сільській місцевості) у нашій державі залишаються невиконуваними. У 2021 році планується, що показник дотримання нормативу з часу доїзду швидкої до пацієнта має досягти 60% (зараз лише 30%), у 2022 році - до 75%, а в 2023 - до 85%. Крім цього, МОЗ перегляне та змінить систему маршрутизації пацієнтів, тобто у який саме медзаклад мають направляти пацієнта у критичному стані. У зв'язку із застарілим автопарком швидких, заторах та якістю доріг система державних трансферів не дозволяє забезпечити якісну медичну допомогу на всіх рівнях. Крім того, так звана фільтрація екстрених викликів, наприклад, випадки відмови виїзду до людей похилого віку, є неприйнятним для цивілізованої країни.

Система екстреної медичної допомоги в Україні схожа до німецької, але завдяки значно кращому оснащенню та організації служба ЕМД перебуває на рівні, який для нас є поки недосяжним.

Кількість викликів за добу, на які виїжджає бригада, не має великого значення. Протяжність маршруту до місця події – 5–6 км (машина може прибути через 7 хв у будь яке місце); середня тривалість 1 виїзду становить 28 хв. В системі екстерної медичної допомоги працюють парамедичні бригади, та лікарські, співвідношення яких 3 : 1.

У північній частині Німеччини та Голландії використовуються телемедичні засоби, які дають можливість медикам бригади в машині через передачу відеозображення та даних електрокардіографії отримувати консультацію лікаря відділеної клініки.

Німецька система злагоджено функціонує завдяки досконало навченому та підбраному персоналу. У реанімобілі працюють медичний технік та асистент без лікаря або з лікарем. Завдання медичного техника полягає в допомозі асистенту та лікарю під час виконання медичних маніпуляцій для порятунку життя. Також вони надають фахову допомогу під час медичного транспортування та можуть працювати як водії реанімобілів.

В Україні лише тепер вводяться поняття «парамедик» та «медичний технік». У розвинених країн ці поняття вже давно існують. Парамедики – це саме той медичний персонал, що забезпечує комплексні послуги охорони здоров'я завдяки оцінюванню стану пацієнтів, діагностиці проблем і наданню необхідного лікування.

Досвід Університетської клініки м. Бонн може бути корисним для реформ, які впроваджуються в Україні.

Одночасно, Україні потрібно взяти до уваги позитивний досвід країн Грузії та Естонії, які починали реформування фінансування галузі охорони здоров'я з впровадження обов'язкового медичного страхування, введення податку з заробітної плати. Деякі напрями реформи сфери охорони здоров'я України є схожі з тими, що діють в Грузії чи Естонії: це розвиток сімейної медицини; пацієнт сам обирає лікаря; гроші направляють за пролікованого пацієнта; лікар, за яким закріплено більше населення, отримує відповідно більшу зарплату.

### 3.2. Шляхи адаптації реформування системи охорони здоров'я в Україні

Реформа, яка проходить в системі охорони здоров'я має передбачати якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я — управління системою, забезпечення її відповідною матеріально-технічною базою для надання якісних та ефективних послуг. Сучасна система державних та комунальних закладів охорони здоров'я не здатна підтримувати медичну сферу в задовільному стані. В системі існують невирішені проблем:

- відсутня профілактика захворювань;
- не налагоджено систему управління інформацією (не створено єдиний реєстр лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики, що не є менш важливо, якісної статистичної інформації);
- поширена корупція;
- кошти розподіляються нераціонально;
- далі домінують бюрократичні схеми.

За останні декілька років зроблено певні кроки щодо запровадження реформи в системі охорони здоров'я в Україні.

Поліпшення показників стану здоров'я населення є пріоритетним напрямом реформи охорони здоров'я, яку проводить Україна, а саме, надання якісної медичної допомоги та доступ до медичних послуг.

Створення центрів первинної медико-санітарної допомоги як і в усіх, в Україні пройшла успішно. Результатом стало 80 відсотків підписаних декларацій. На етапі підготовки до реформи більшість закладів первинки зробили ремонти та закупили обладнання — частина за допомогою місцевої влади, інша — з фінансування від НСЗУ. Для надання якісної медичної допомоги та послуг було передбачено достатнє фінансування. Ситуація в медичній системі покращилася та показала свою ефективність. Населенню дали змогу вибирати лікаря, раніше за певною ділянкою (місцем реєстрації) був закріплений лікар, але не всім пацієнтам це подобалося, одним вік, іншим — як фахівець, тощо.

До сімейних лікарів, яких пацієнти самі ж обрали, з'явилася можливість записуватися на прийом в режимі онлайн, на що населення витратило менше часу у чергах. Ставлення змінилось - лікарі стали лояльніші, приємніші та уважніші.

Щодо негативного, то більшість лікарів відмовляються приходити до хворого додому, навіть якщо температура перевалила за 40 С, це особливо стосується батьків маленьких дітей. У Європі, такої практики із викликом лікаря «на дім» взагалі немає, а щоб потрапити на прийом чи діагностичне обстеження іноді можна чекати не дні, а навіть місяці. В Україні населення до такого не звикло, саме у цьому напрямку досвід у них не хотілося брати.

Що стосується медичних працівників, то більшість пристосувався до нових умов, а змінами цілком задоволені. Основна частина медперсоналу відчула це покращення у підвищенні зарплат. Існують окремі заклади, де лікарі фінансового покращення не відчули, оскільки, у колективному договорі, при підписанні якого керівництво лікарень не було зацікавлене покращити умови праці для своїх працівників, а ті своєю чергою не відстоювали свої права або не знали про них. Коли бюджетні установи стали комунальними некомерційними підприємствами, вони отримали самостійність в ухваленні важливих рішень: штатного розкладу, рівня оплати праці, здійснення закупівель. Головні лікарі можуть тепер мотивувати своїх працівників, у них є інструменти для цього.

Необхідно більше уваги приділяти кадровій політиці й, можливо, розмовляти з місцевими органами влади, щоб вони фінансували молодь, яка іде у вищі медичні заклади освіти, оскільки в Україні працює багато пенсіонерів.

З 1 квітня 2020 року в Україні стартував другий етап медичної реформи, який торкнувся медзакладів вторинної і третинної ланки - лікарень і диспансерів. Проте вже до кінця квітня у МОЗ заявили, що внаслідок медреформи тисячі українських лікарів можуть лишитися роботи, а сотні лікарень - недоотримати фінансування. В країні почалися протести медиків.

Лікарні перейшли на іншу систему фінансування – тепер гроші їм виділяє Національна служба здоров'я України, з якою медичні установи підписують

контракти. Для укладення контракту медустанови повинні перетворитися на комунальні некомерційні підприємства, встановити комп'ютери і медичну інформаційну систему для під'єднання до національної системи електронного здоров'я eHealth. Якщо медзаклад не відповідає цим вимогам, Національна служба охорони здоров'я (НСЗУ) не укладає з ним договір, а це означає, що лікарня не отримає фінансування. У такому випадку гроші на утримання медустанови має виділяти місцева влада.

Наразі йде активна підготовка. 93% лікарів вже автономізувалися. Пацієнтів уже поступово готують до нових правил: в багатьох закладах потрапити до вузьких спеціалістів вже зараз можна лише за направленням сімейного лікаря. А це найбільше невдоволення у громадян, адже йдеться про додаткові затрати часу на очікування запису та прийому спочатку у терапевта, потім — у вузького фахівця. Через оптимізацію мережі лікарень люди змушені добиратися за кілька десятків кілометрів до медзакладів районних чи обласних центрів.

У очікуванні того, що реформа не відбудеться, на превеликий жаль, втрачений час для керівників закладів зараз стає критичним. Відтермінування реформи на даному етапі, на мою думку, взагалі неможливе в цих умовах, коли переключилися на нове фінансування від Нацслужби здоров'я. Почали працювати як підприємства і з новими повноваженнями, що дає для нас нові можливості – витратити кошти на розвиток. Велика проблема в тому, що з переходом на нову систему охорони здоров'я багато питань ще не вирішені.

При впровадженні другого етапу представникам влади необхідно:

- забезпечити достатнє фінансування, тому що в умовах дефіциту жодна реформа не матиме успіху;
- підвищення зарплат;
- внесення змін до законодавства, які дозволять МОЗ розробити та затвердити національні протоколи лікування та стандарти якості;
- підвищення рівня відповідальності медичних закладів перед пацієнтами.

Первинна ланка реформована, усі вважають, що там дуже великі зарплати, тому вторинка негативно сприймає направлення до себе пацієнтів з первинної ланки, в результаті чого відбуваються конфлікти.

Всі реформи спочатку викликають спротив через нові правила, а це - часто не комфортно для людей. Але щоб цей спротив зменшити, має бути забезпечений високий рівень комунікації з населенням.

На даний час відбувається конкуренція за пацієнта, тому що тепер комунальні некомерційні підприємства конкурують не тільки між собою, вони також конкурують, із приватними медичними закладами. Згідно з даними НСЗУ, можна побачити, що приватних закладів, які отримують фінансування за програмою медичних гарантій, більше у великих містах, а лікарів-ФОП на Західній Україні більше, ніж на інших територіях.

Запроваджено понижувальний коефіцієнт за пацієнтів понад ліміт. Але лікарі думають, брати чи не брати понад ліміт, оскільки будуть менше сплачувати.

Підтримка від місцевих органів влади відіграє важливу роль. Там, де вона є, відбувається підвищення заробітних плат і кращі результати. Оплата комунальних послуг — це функція місцевої влади. Проте, на жаль, не всі місцеві органи влади соціально відповідальні.

Отже, від реформи найбільше лікарі очікували підвищення заробітної плати, і в принципі вони його отримали, але менше, ніж очікували. В той же час отримали підвищення навантаження. Лікарі сподівалися на зменшення обсягів паперової роботи, але не зовсім її отримали, а до неї додалася електронна система охорони здоров'я. Тому, до запровадження електронної картки пацієнта необхідно швидко йти.

Для швидшого завершення реформи необхідно проводити більше навчань, тренінгів, надавати інструкції. Особливо для керівників комунальних некомерційних підприємств. Необхідна проактивна комунікація реформи — соціальна реклама на телебаченні, радіо, у місцевих засобах масової інформації.

## ВИСНОВКИ

Забезпечення громадян держави високоякісною медичною допомогою достатнього обсягу залежить від кваліфікації медичних працівників, професіоналізму, матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я. До обов'язкових умов медичного обслуговування відповідної якості належить фінансове забезпечення, що впливає на розвиток охорони здоров'я. У зв'язку із складною економічною ситуацією в Україні протягом останніх років, фінансування на охорону здоров'я недостатнє.

В будь-якій європейській країні функціонує система охорони здоров'я з власною моделлю фінансування, яка базується переважно або на обов'язковому медичному страхуванні, або на податковій системі, або на прямих платежах.

В Україні збереглася система охорони здоров'я, створена за радянських часів, існування якої за ринкових умов є проблематичним, оскільки вона потребує великих асигнувань. Структура медичних послуг за цією системою грубо деформована – на первинному рівні починається і закінчується лікування менше третини усіх випадків і домінує спеціалізована та стаціонарна медична допомога. Необхідним в країні є проведення певних управлінських та організаційних заходів спрямованих на реформування системи охорони здоров'я України.

Реформа системи охорони здоров'я, що нині впроваджується в Україні, відповідає головним тенденціям розвитку цієї галузі в розвинених країнах: забезпечення загального охоплення населення найбільш необхідними видами медичної допомоги, збільшення фінансової автономності лікарняних закладів, диверсифікація джерел фінансування галузі, підвищення рівня її адаптивності.

Відповідно до реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні за 2014– 2018 рр.: для медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу змінено механізми фінансування, створено Національну службу здоров'я України – єдиного національного замовника медичних послуг; розпочато реформування вторинного та третинного

рівня. Українці можуть вільно обирати лікаря у медзакладах усіх форм власності. Заробітна плата лікарі первинної медичної допомоги зросла майже у 4 рази. Країна повністю забезпечена вакцинами, які необхідні відповідно до календаря щеплень, реалізована програма «Доступні ліки»: понад 6,6 млн українців отримали ліки за понад 28 млн рецептами на суму 1,3 млрд грн.

Разом з тим, усунення потенційних ризиків, які може нести в собі впроваджувана реформа, потребує реалізації низки заходів соціальної політики, спрямованих на збереження доступності медичних послуг для найменш захищених верств населення

Таким чином, відповідно до Наказу № 1977 МОЗ України від 31.10.2018 року, з 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора чітко розмежовані: директор закладу займається питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Тому актуальним є навчання і підвищення кваліфікації медичних працівників – адміністраторів та управлінців. Адже, це є величезний обсяг роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівці – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор керує медичними процесами. Такі кадрові рішення вже десятки років ефективно діють у всьому світі, зокрема у багатьох країнах-членах Європейського Союзу.

Для досягнення цих цілей необхідно, щоб Міністерство охорони здоров'я та уряд України впроваджували проект прозоро і професійно. Реалізація проекту допоможе покращити якість, доступність та ефективність надання медичних послуг.

Підсумовуючи, слід зазначити, що ефективне функціонування галузі охорони здоров'я можна досягнути такими основними шляхами:

- вдосконалення організаційної системи (що дозволить в межах державних гарантій забезпечити формування здорового способу життя та надання якісної безкоштовної медичної допомоги всім громадянам країни);

- розвиток інфраструктури та ресурсного забезпечення охорони здоров'я (що враховує фінансове, матеріально-технічне та технологічне оснащення лікувально-профілактичних установ на основі інноваційних підходів та принципів стандартизації);

- розширення рівня та можливостей доступності в якості медичних послуг;

- підвищення рівня здоров'я населення до показників, як у країнах Європейського союзу;

- наявність достатньої кількості підготовлених медично-управлінських кадрів (які зможуть вирішувати поставлені перед охороною здоров'я завдання);

- зміна системи оплати праці, що дозволить знизити інтенсивність міграції медичних працівників.

В цілому, оцінка успішності медичної реформи змушує визнати, що, незважаючи на загальний позитивний результат цієї соціальної трансформації, має місце цілий ряд недоліків. Наявність цих негараздів викликана переважно технічними недопрацюваннями у окремих офіційних документах МОЗ. Ці дрібні та прикрі недоліки на практиці призводять до значних ускладнень в реалізації реформи та сприяють негативному сприйняттю реформи населенням України. Тому подальшій реалізації Медичної реформи повинна передувати кропітка та обережна робота по вдосконаленню нормативно-правової бази реформи та виправленню помилок, що були припущені МОЗ.

Зміни – це завжди складно, і не завжди зрозуміло, чи отримаєш очікуваний результат. Реформа системи охорони здоров'я допоможе українцям стати здоровішими, жити довше, отримуючи насолоду від активного життя.