

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління та адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**«ІНФОРМАЦІЙНА ПОЛІТИКА ДЕРЖАВИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»**

Студенки 2 курсу, 7м групи,
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

Панченко
Юлії
Костянтинівни

(підпис студента)

Науковий керівник
д.держ.упр.
професор

Орлова
Наталія
Сергіївна

(підпис керівника)

Гарант освітньої програми
д.держ.упр.
професор

Орлова
Наталія
Сергіївна

(підпис гаранта)

Київ 2019

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ	
ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ.....	5
1.1 Сутність та головні напрями розвитку державної інформаційної політики.....	5
1.2. Нормативно-правове забезпечення державної інформаційної політики у системі охорони здоров'я.....	9
РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ	
ПОЛІТИКИ.....	17
2.1. Міжнародний досвід організації інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я.....	17
2.2. Розвиток державної інформаційної політики в сфері охорони здоров'я в Україні.....	26
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ	
ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	33
3.1. Напрями реформування сфери охорони здоров'я в Україні....	33
3.2 Напрямки вдосконалення вітчизняної державної інформаційної політики	42
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ.....	67

ВСТУП

Особливості суспільного розвитку в умовах розвитку глобалізаційних процесів та особливості вітчизняного інформаційного простору вимагають посилення ролі держави в забезпеченні об'єктивної, достовірної інформації, гарантуванні захисту національного інформаційного простору. Держава забезпечує ці функції шляхом проведення державної інформаційної політики.

Зважена інформаційна політика є невід'ємною частиною системи управління в умовах переходу від індустріального до інформаційного суспільства. Інформаційна політика встановлює умови, при яких реалізуються всі управлінські рішення і політична діяльність. Інформаційна політика держави забезпечує розумну концептуальну основу для вивчення безлічі проблем на загальнодержавному та регіональному рівнях. Від визначених стратегічних цілей країни залежить ефективність інформаційної політики, а від системи державного управління, яка управляє інформаційним простором, залежить політична, економічна, оборонна ситуація в країні.

Україна гостро потребує подальшого реформування системи охорони здоров'я та переорієнтації підходів до державного управління і фінансування галузі в цілях поліпшення доступності і якості медичного обслуговування в державі шляхом впровадження ефективної інформаційної політики.

Метою дослідження є розробка напрямів удосконалення державної інформаційної політики України у системі охорони здоров'я.

Для досягнення визначеної мети поставлено такі завдання:

- визначити сутність та головні напрями розвитку державної інформаційної політики;
- узагальнити особливості нормативно-правового забезпечення державної інформаційної політики у системі охорони здоров'я;
- дослідження сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні;
- визначення особливостей фінансування системи охорони здоров'я;

- надання рекомендацій щодо покращення фінансового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні.
- виділити напрямки вдосконалення вітчизняної державної інформаційної політики.

Об'єктом дослідження є інформаційна політика держави.

Предмет дослідження – реалізація інформаційної політики держави у системі охорони здоров'я.

Методами дослідження системи документування управлінської діяльності є: методи аналізу і синтезу, структурно-функціональний метод – при визначенні стратегії розвитку державної інформаційної політики України, формуванні вітчизняної моделі реалізації державної інформаційної політики; систематизації – при дослідженні нормативно-правового забезпечення державної інформаційної політики; узагальнення – при визначенні проблем розвитку державної інформаційної політики у системі охорони здоров'я України.

Інформаційною базою дослідження є публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, закони України, постанови Кабінету Міністрів України, нормативні акти та статистичні матеріали, результати досліджень, проведених безпосередньо автором.

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (58 найменування). Загальний обсяг роботи становить 69 друкованих сторінок.

Результати досліджень опубліковано у статті «Інформаційна політика держави.»

Публічне управління та адміністрування в умовах суспільних трансформацій. Збірник статей. 2019 – стор. 288.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

1.1 Сутність та головні напрями розвитку державної інформаційної політики

Державна інформаційна політика є важливою складовою внутрішньої і зовнішньої політики країни, незалежною від тимчасових факторів, особистих уподобань і уявлень, й охоплює всі сфери життєдіяльності суспільства. Стан політичної, оборонної, економічної та інших складових безпеки України в повній мірі залежить від того, наскільки ефективно держава керує національним інформаційним простором. Під керованістю розуміється сучасний рівень управління галуззю – гармонізація вітчизняного законодавства щодо інформаційної сфери з міжнародно-правовими нормами, європейськими стандартами та національними традиціями.

В 2002 році Указом Президента від 6 грудня 2001 року «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 31 жовтня 2001 року «Про заходи щодо вдосконалення державної інформаційної політики та забезпечення інформаційної безпеки України» Державним комітетом телебачення і радіомовлення України затверджена Концепція національної інформаційної політики України, метою якої є створення правових, організаційних та економічних умов для формування інформаційного суспільства в Україні [1].

Метою Концепції Національної інформаційної політики України є визначення основних засад Національної інформаційної політики, забезпечення належних внутрішньо- та зовнішньополітичних, правових, економічних, організаційних та інших умов для побудови в Україні розвинутого інформаційного суспільства.

В Концепції визначаються основні напрями національної інформаційної політики. Окремими розділами подаються: державна політика щодо засобів

масової інформації; державна політика щодо впровадження новітніх інформаційних технологій і розвитку телерадіоінформаційної структури; державна політика у видавничій справі; державна політика в музейній справі; державна політика в архівній та бібліотечній справах; державна політика в кінематографії; державна політика щодо рекламної та виставково-ярмаркової діяльності; державна політика щодо інформаційної діяльності науково-просвітницьких громадських організацій; державна політика щодо етнокультури; державна політика щодо інформаційної безпеки [1].

В 2009 році розроблено проект Закону України «Про Концепція державної інформаційної політики», який визначив мету, принципи, напрямки та пріоритетні завдання держави з одержання, зберігання, використання, поширення інформації. Реалізація зазначеної політики забезпечить співробітництво в інформаційній сфері, належний захист права кожного на інформацію, свободу вираження поглядів, утвердження інформаційного суверенітету України [2].

Необхідність визначення основних принципів та напрямів державної інформаційної політики України, її пріоритетних напрямків, механізмів її реалізації, обумовлюють затвердження Концепції державної інформаційної політики.

Проектом концепції зазначається, що на шляху розвитку вітчизняної інформаційної сфери постає ряд проблем: недосконалість законодавства про інформацію; недооцінка значення інформаційно-комунікаційного аспекту в процесі демократизації суспільства, розбудови держави, її європейської інтеграції; проблеми прозорості медіа власності та концентрації, відсутність належних правових, організаційних та фінансово-матеріальних основ для створення системи суспільного телебачення і радіомовлення [2].

Головною метою реалізації Концепції є створення матеріально-технічних, політико-правових, організаційних та економічних умов для формування сучасної моделі державної інформаційної політики, підвищення ефективності використання усіх видів інформаційних ресурсів і управління елементами інформаційно-комунікаційної інфраструктури, державної підтримки виробництва

і розповсюдження вітчизняної інформаційної продукції, забезпечення розвитку та захисту вітчизняної інформаційної сфери тощо.

Концепція базується на принципах: верховенства права; пріоритету прав і свобод людини і громадянина, зокрема права кожного на вільне одержання, збирання, зберігання і поширення інформації; дотримання балансу інтересів особи, суспільства і держави, їх взаємної відповідальності; захисту національних інтересів, зокрема у сфері національної безпеки; забезпечення культурної, ідеологічної та політичної багатоманітності в суспільстві; протекціоністської політики щодо виробництва і розповсюдження вітчизняної інформаційної продукції; сприяння постійному збагаченню, оновленню та захисту національних інформаційних ресурсів; забезпечення незалежності засобів масової інформації; єдності, системності та координації дій органів державного управління і регулювання в інформаційній сфері; забезпечення належної охорони і захисту інформації, зокрема запобігання відповідно до закону розголошенню інформації з обмеженим доступом; впровадження демократичних стандартів щодо одержання, збирання, зберігання і поширення інформації на міжнародному рівні [2].

Проектом Концепції у законодавчій сфері виділено пріоритетні завдання державної політики:

- адаптація діючого законодавства про інформацію до європейських норм та стандартів, зокрема впровадження демократичних стандартів щодо реалізації права кожного на доступ до інформації;

- створення системи суспільного телебачення і радіомовлення в Україні;

- правове врегулювання відносин між журналістами та іншими працівниками засобів масової інформації;

- прозорість відносин власності щодо засобів масової інформації;

- введення дієвого громадського, парламентського та державного контролю за дотриманням законодавства про інформацію і встановлення відповідальності за його порушення та ін. [2].

Концепція визначає пріоритетні завдання інформаційної політики, основні напрями та шляхи її реалізації. Але зазначена концепція так і не була затверджена.

Суб'єктами регулювання державної інформаційної політики є органи державного управління загальної та спеціальної компетенції (ст. 6 Закону України «Про інформацію») (табл. 1.1.) [3].

Таблиця 1.1

Державні органи в інформаційній сфері

Державний орган	Основні завдання
Міністерство інформаційної політики	Реалізує державну інформаційну політику. Сприяє поширенню суспільно важливої інформації про країну в Україні та за її межами. Реформа державних комунікацій
Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації України	Забезпечує організацію спеціального зв'язку, захисту інформації, телекомунікацій і користування радіочастотним ресурсом України
Нацрада з питань телебачення і радіомовлення	Наглядає за дотриманням законів у сфері телерадіомовлення, здійснює ліцензування телерадіомовлення, офіційний моніторинг телерадіопрограм, регуляторні повноваження щодо аудіовізуальних ЗМІ
Державне агентство з питань електронного урядування	Реалізує державну політику у сфері інформатизації, електронного урядування, формування і використання національних електронних інформаційних ресурсів, розвитку інформаційного суспільства
Прес-служби ОДА та районних центрів	Інформують населення про діяльність влади на рівні областей та районів
Прес-служби міністерств та відомств	Інформують населення про діяльність міністерств та відомств України. Анонсують програми уряду для населення
Комітет ВР з питань свободи слова та інформаційної політики	Здійснює розробку, попередній розгляд та підготовку висновків і пропозицій щодо законопроектів у сфері свободи слова та інформаційної політики
Урядова гаряча лінія	Приймає запити та надає консультації з питань діяльності міністерств України

Згідно постанови Кабінету Міністрів України «Питання діяльності Міністерства інформаційної політики України» Міністерство інформаційної політики (МІП) є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади у сфері забезпечення інформаційного суверенітету України, зокрема, з питань поширення суспільно важливої інформації в Україні та за її межами, а також забезпечення функціонування державних інформаційних ресурсів [4].

Головною метою МІП є створення умов для формування конкурентного та незалежного інформаційного простору України, що ґрунтується на принципах і

засадах громадянського суспільства та професійної спільноти, здатних до саморегуляції та саморозвитку, як гарантії попередження впливу на незалежні ЗМІ та як необхідної умови розвитку незалежної демократичної держави Україна, а також популяризації її цінностей у світі. У своїй діяльності Міністерство інформаційної політики України базується виключно на принципах захисту прав громадян та захисту свободи слова та думки. При МІП функціонує Громадська рада, яка включає в свій склад представників громадських організацій, ЗМІ та медіа-експертів, та до функцій якої входить нагляд за діяльністю Міністерства.

Програма дій Уряду, Коаліційна угода визначає ключові завдання МІП: розробка концепції інформаційної безпеки держави та стратегії інформаційної політики України ;

координація органів влади в питаннях комунікації та поширення інформації;

протидія інформаційній агресії з боку Росії [4].

Міністерство інформаційної політики України забезпечує інформаційний супровід проектів та програм для громадськості, ЗМІ, зокрема для журналістів. МІП забезпечує друк та розповсюдження інформаційних матеріалів як в Україні, так і за її межами. Інформаційні матеріали: буклети, книги, презентації, постери друкуються МІП за кошти, які виділено на заходи у сфері захисту національного інформаційного простору [5].

1.2 Нормативно-правове забезпечення державної інформаційної політики у системі охорони здоров'я

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних

проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [6].

Державна політика щодо охорони здоров'я визначається перш за все законодавством України про охорону здоров'я, яке базується на Конституції України та інших нормативно-правових актах, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Конституцію України визначається, що кожен громадянин має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та профілактичних програм. Держава також створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування, дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя та безпечне для життя і здоров'я довкілля, що є дуже важливим для здоров'я [7].

Охорона здоров'я, забезпечення умов для всебічного розвитку громадян визначені в Україні також загальнонаціональним пріоритетом, що закріплено законодавчими актами та Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України [7].

Національна система охорони здоров'я - сукупність кадрових, фінансових, матеріально-технічних, інформаційних, освітніх і наукових ресурсів, спрямованих на збереження, відновлення та зміцнення здоров'я і попередження захворювань, а також система заходів, що здійснюються на території України суб'єктами охорони здоров'я відповідно до їх компетенції та повноважень, визначених законом, з

метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичного обслуговування і медичної допомоги, збереження генофонду українського народу, відновлення і зміцнення людського потенціалу держави, збереження та зміцнення здоров'я людини, організації національної системи охорони здоров'я.

Законодавство у галузі охорони здоров'я складається з положень Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я [6], законів України «Про засади зовнішньої та внутрішньої політики» [8], «Про місцеве самоврядування в Україні» [9], «Про місцеві державні адміністрації» [10], «Про державні цільові програми» [11], «Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України» [12], «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [13], «Про державно-приватне партнерство» [14], «Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності» [15] та інших законодавчих актів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, а також міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України та цього Закону.

Державна політика охорони здоров'я реалізується на основі таких принципів: законність, співробітництво, паритетність, відкритість, публічність, прозорість та врахування громадської думки, історична наступність, сталий розвиток, об'єктивність, ефективність, підзвітність (табл.1.2).

Таблиця 1.2

Принципи державної політики охорони здоров'я

Принцип	Характеристика
Законність	Відповідність Конституції та законам України, міжнародним договорам, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України
Співробітництво	Узгодження цілей, пріоритетів, завдань, заходів і дій центральних та місцевих органів виконавчої влади, Верховної Ради Автономної Республіки Крим, органів виконавчої влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, органів професійного

Принцип	Характеристика
	самоврядування медичних, фармацевтичних працівників, забезпечення співробітництва між ними під час формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я
Паритетність	Забезпечення рівних можливостей доступу усіх суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я до участі у формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я
Відкритість, публічність	Забезпечення вільного доступу до інформації щодо державної політики охорони здоров'я, наявної у розпорядженні органів державної влади, Верховної Ради Автономної Республіки Крим, органів виконавчої влади Автономної Республіки Крим та органів місцевого самоврядування
Прозорість та врахування громадської думки	Формування, реалізація державної політики охорони здоров'я, обов'язковий розгляд такими органами ініціатив, зауважень та пропозицій, наданих у встановленому законом порядку фізичними та юридичними особами, їх об'єднаннями, обов'язковість і своєчасність оприлюднення нормативно-правових актів, інформування громадськості про здійснення діяльності щодо формування і реалізації державної політики охорони здоров'я
Історична наступність	Врахування та збереження позитивних надбань попереднього періоду розвитку та функціонування національної та регіональних систем охорони здоров'я
Сталий розвиток	Гармонізація національної системи охорони здоров'я з розвитком суспільства і держави для задоволення потреб нинішнього покоління з урахуванням інтересів майбутніх поколінь
Об'єктивність	Розроблення всіх документів, що визначають державну політику охорони здоров'я, на основі компетентного доказового менеджменту та реальних показників, які можливо оцінити та реально досягти на практиці
Ефективність	Забезпечення досягнення максимально можливих позитивних результатів за рахунок мінімально необхідних витрат ресурсів громадян, громад, суб'єктів господарювання та держави
Підзвітність	Забезпечення періодичного звітування суб'єктів державної політики охорони здоров'я перед суспільством та громадами про прийняті рішення та їх результати, врахування думки громадськості для їх оцінювання та коригування.

Кабінет Міністрів України, центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування здійснюють регулювання питань у галузі охорони здоров'я у випадках передбачених цим та іншими законами. У розробленні та забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я беруть участь інститути громадянського суспільства, наукові установи і організації, навчальні заклади, інші юридичні особи, а також фізичні особи.

Суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я забезпечують уніфікацію медичних записів та їх гармонізацію з міжнародними стандартами,

формування системи управлінського обліку і звітності у сфері охорони здоров'я у відповідності до потреб здійснення державної політики охорони здоров'я, управління національною і регіональними системами охорони здоров'я, закладами охорони здоров'я.

Суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я організовують побудову і функціонування загальнодержавної багаторівневої інформаційної системи охорони здоров'я з метою забезпечення ефективної реалізації державної політики охорони здоров'я, управління національною, включаючи регіональні, системою охорони здоров'я, менеджменту та підтримки медичного обслуговування із застосуванням медичних інформаційних систем, комунікації суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я шляхом:

- організації збору, зберігання, захисту, впорядкування, узагальнення, аналізу та надання доступу до достовірної, своєчасної та повної інформації, необхідної для виконання державними органами, органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, медичними, фармацевтичними працівниками своїх обов'язків, а також для реалізації особами права на інформацію відповідно до чинного законодавства України;

- створення та організації функціонування реєстрів пацієнтів, медичних працівників, фармацевтичних працівників, закладів охорони здоров'я, лікарських засобів та виробів медичного призначення, а також класифікаторів медичних втручань тощо;

- впровадження медичних інформаційних систем;

- вжиття заходів щодо інтеграції інформаційних ресурсів охорони здоров'я України з інформаційними ресурсами Організації Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), країн Європейського союзу (ЄС) та інших країн із використанням гармонізованих міжнародних стандартів, крім випадків, коли такі заходи суперечать інтересам забезпечення національної безпеки України;

- належного захисту таємної та конфіденційної інформації у сфері охорони здоров'я.

Об'єктами державної політики охорони здоров'я є функціонування національної, включно з регіональними, систем охорони здоров'я, діяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я людини та розвиток системи громадського здоров'я [16].

Найважливішим пріоритетом державної політики України є збереження та зміцнення здоров'я нації на підставі не лише формування здорового способу життя, але й проведення реформування сфери охорони здоров'я в цілому, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги. У пошуку шляхів реформування охорони здоров'я в Україні спостерігається збереження та навіть укріплення ролі держави в охороні здоров'я.

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. У документа є дві головні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці. Стратегія прояснює обрії для реформи, надає їй структури та демонструє потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я. На базі стратегії Міністерство охорони здоров'я розробило також Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я та законопроекти, що запустили реформу української медицини [17].

Заслужують також уваги такі законопроекти: Закони України «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я» [18], «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [19], «Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення» [20], «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу» [21].

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Відповідно до Рішення Конституційного Суду України від 29.05.2002 р., справа № 1-13/2002: «Положення частини третьої статті 49 Конституції України у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно», в державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного чи наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

Фактично Конституція України встановлює той перелік закладів охорони здоров'я, які є суб'єктами публічного права, де може надаватися безоплатна для пацієнтів медична допомога.

Чинна редакція статті 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я концептуально не лише регламентує надання безоплатної медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я, в тому числі шляхом укладення цивільно-правових угод цими закладами з суб'єктами медичної практики – фізичними особами – підприємцями, а і чітко передбачає, що сторонами правовідносин є пацієнт і державний або комунальний заклад охорони здоров'я (навіть, якщо ним укладений цивільно-правовий договір зі звичайним суб'єктом медичної практики). Це один зі способів гарантування якості медичної допомоги.

Проект Закону України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» здійснює спробу фактичної легалізації платності

медичних послуг і є не зовсім вдалим перекладом законодавства Великобританії. Головною метою цього законопроекту є юридичне скасування вимог статті 49 Конституції України щодо безоплатності медичної допомоги незалежно від видів і типів захворювань та верств населення.

Так, відповідно до статті 5 цього законопроекту: «В межах державного гарантованого пакета держава гарантує повну оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних із наданням: екстреної медичної допомоги (у тому числі у стаціонарі); первинної медичної допомоги; паліативної допомоги. В межах державного гарантованого пакета держава гарантує часткову оплату за рахунок коштів державного солідарного медичного страхування необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням: вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги» [22].

Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я передбачає впровадження і застосування механізмів:

- розміщення в засобах масової інформації матеріалів щодо соціальної реклами здоров'я, здорового способу життя, розроблення та реалізації державної політики охорони здоров'я;

- регулювання реклами товарів, послуг та зразків поведінки, що негативно впливають на здоров'я;

- дотримання об'єктивності та неупередженості інформації щодо охорони здоров'я та медичного обслуговування [16].

Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я спрямовується на формування у суспільстві абсолютного пріоритету цінності здоров'я і життя людини. Державна інформаційна політика щодо охорони здоров'я полягає у забезпеченні: пропаганди здорового способу життя; випереджального інформаційно-комунікаційного супроводу розроблення та реалізації державної політики охорони здоров'я, змін у медичному обслуговуванні; доступності інформації щодо діяльності суб'єктів охорони здоров'я, крім інформації з обмеженим доступом.

РОЗДІЛ 2

МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ

2.1 Міжнародний досвід організації інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я

На сьогодні можна виділити три основні системи охорони здоров'я у світі: державна система (Великобританія) страхова система (представлена в таких європейських країнах, як Франція, Австрія, Бельгія, Швейцарія, деяких країнах Латинської Америки, Японії), приватна система (Сполучені Штати Америки). Проте у розглянутих країнах зазначені системи не представлені в чистому вигляді. Навіть у країнах з державною системою охорони здоров'я є організації, що здійснюють приватне медичне страхування. Особливості функціонування систем охорони здоров'я в розвинених країнах світу представлені в ДОДАТКУ А.

Однією з важливих переваг використання інформаційних технологій є можливість комп'ютерного аналізу великих масивів даних. Спроможність медичної інформаційної системи забезпечити проведення аналізу даних під час наукових досліджень – один з головних критеріїв її досконалості.

Головною метою інформатизації служби охорони праці є підвищення рівня інформаційного забезпечення кожного працівника, розвиток загальної інформаційної інфраструктури, використання можливостей інформатизації для всебічного розвитку науки, освіти [24].

Розвинені країни (США, Європа, Японія, Канада, Австралія) вже багато років мають комплексні (на рівні всієї країни) програми інформатизації своїх систем охорони здоров'я. Основна ідея таких програм – інтеграція в остаточному підсумку усіх їх складових (інформаційних систем (IC) окремих медичних закладів, а далі міських, районних та регіональних – Regional Health Information Networks – RHINs, Regional Health Information Organizations – RHIOs, Regional Health Information Management Systems – RHIMs) в єдину IC всієї системи

охорони здоров'я країни, так звану Національну інформаційну Інфраструктуру охорони здоров'я (National Health Information Infrastructure – NHII), або Національну інформаційну мережу охорони здоров'я (National Health Information Network – NHIN). Успішних прецедентів таких МІС у світі поки що не дуже багато, тому що таке завдання виглядає надзвичайно складним не тільки з технічного, але й з організаційного та фінансового поглядів, не кажучи вже про складність створення медичних інформаційних систем (МІС) в масштабах всієї країни.

Незважаючи на це, кількість проектів в сфері інформаційних технологій охорони здоров'я (Health Information Technologies – HIT) в світі з кожним роком невинно збільшується. За останні роки галузь розроблення й впровадження ІС медичних закладів у світі пройшла велику еволюцію. Європейські організації й комісії по ІКТ, які ставлять завдання об'єднати всі національні інформаційні мережі здоров'я країн ЄС, та забезпечити для населення цих країн дію уніфікованої електронної картки здоров'я (EHR) на всій території нинішнього Європейського Союзу впроваджують разом з національними програмами єдину програму Європейського Союзу e-health, яка виконує такі першочергові задачі, як стандартизація, забезпечення страхового покриття незалежно від розташування, оброблення медичної інформації про пацієнта з використанням інформаційних технологій. Обсяг інвестицій Євросоюзу в межах програми e-health без врахування відповідних національних програм вже склав сотні мільйонів євро [25].

Сьогодні також активно проводиться робота зі створення єдиних міжнародних стандартів в галузі зберігання, обміну й оперативного доступу до медичних даних. Вже прийнято стандарт ISO 13606-1:2008 Health informatics. Electronic health record communication. Part 1: Reference model – Еталонна модель передачі електронних медичних документів (записів). Проводиться активна робота зі стандартизації персональних машинних носіїв медичних даних (на смарт-картках тощо). Отже, медичні інформаційні системи повинні також

забезпечувати обмін конфіденційною інформацією з використанням сучасних засобів телекомунікації [25].

Окрім розбудови національних інформаційних систем, світова спільнота має досвід створення інформаційних систем на міжнародному рівні: Global Atlas (Глобальний атлас) і HealthMapper (Медичний картограф), які ВООЗ використовує з 1990-х років. Інформаційну систему HealthMapper (містить демографічну та медико-санітарну інформацію, дані про освіту, розташування громад, дороги, доступ до безпечної води) застосовують для моніторингу низки інфекційних захворювань у понад 60 країнах в усіх регіонах ВООЗ.

Згідно Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я найбільш пріоритетною є тип і система охорони здоров'я, що базуються на принципі, який здійснюється шляхом сплати загальних податків до державного бюджету. Таку систему мають деякі країни-члени Європейського Союзу (ЄС): Велика Британія, Іспанія, Італія, Ірландія, усі країни Скандинавії.

Виділяють основні види фінансування охорони здоров'я: державне; через обов'язкове та добровільне медичне страхування; змішана форма. Ці форми у класичній формі практично не використовуються в жодній державі, але в деяких країнах займають домінуюче положення. Так, у Великобританії, Італії та Данії діє державна система фінансування. У таких країнах, як Німеччина, Франція, Австрія, Бельгія, Нідерланди, Швеція та Японія, домінує система обов'язкового медичного страхування.

Іншими словами, системи охорони здоров'я країн Західної Європи традиційно ділять на дві групи: створені за «бевериджською» та «бісмарківською» моделями. Перша так звана бюджетна модель, що впроваджена у Великій Британії та домінує в Данії, Ірландії, Швеції, Фінляндії, полягає в тому, що медичне обслуговування доступне для всіх громадян і фінансується за рахунок цільового оподаткування. Медичний персонал отримує заробітну плату залежно від кількості пацієнтів, яких він обслуговує.

У США діє змішана форма фінансування медичної допомоги, де близько 90% американців користуються послугами приватних страхових компаній. За

такою системою застрахована особа повинна вносити кошти у фонди страхувальника у розмірі середньої вартості медичних послуг, які надаються страховою компанією, але при підвищенні ризику страхові внески збільшуються. Ті верстви населення (безробітні, пенсіонери, малозабезпечені), які не мають змоги сплачувати такі кошти, захищені країною за допомогою розроблення та фінансування спеціальних соціальних програм доступності медичної допомоги.

За основу бісмарківської системи охорони здоров'я прийнято німецьке соціальне законодавство О. Бісмарка. Згідно з нею, медицина фінансується за рахунок обов'язкових внесків суб'єктів господарювання у спеціальні фонди, які створюються за професійною чи територіальною ознакою. Тобто страхувальниками працюючого населення в системі обов'язкового медичного страхування виступають підприємства, установи та організації, а управління цими фондами здійснюють представники застрахованих осіб. Громадяни, які не підлягають такому медичному страхуванню, зазвичай охоплені різними державними соціальними програмами або застраховані у приватних страхових компаніях. Така система набула найбільшого поширення в Німеччині, Швейцарії та Франції.

Проте, у Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що зумовлює і його державний характер з великою мірою централізації управління. Бюджетна схема передбачає фінансування охорони здоров'я із загальних податкових надходжень до державного бюджету та охоплює всі категорії населення. При цьому основна частина медичних закладів є державними, управління ними здійснюють центральні та місцеві органи влади за ієрархічним принципом [23].

Основна частина коштів надходить із державного бюджету й розподіляється зверху до низу по управлінській вертикалі. Централізоване фінансування дає змогу стримувати зростання вартості лікування. Фінансовою основою національної системи охорони здоров'я є надходження податків, що становлять 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% його формується за рахунок внесків роботодавця. Отже, національна система охорони здоров'я існує практично за

рахунок коштів, які вносяться платниками податків і виділяються державою на охорону здоров'я.

Відтак, система національної служби охорони здоров'я (НСОЗ) Великобританії заснована таких засадах:

1. Фінансування НСОЗ – переважно із загальних бюджетних надходжень.
2. Система охорони здоров'я з централізованим фінансуванням;
- 3.Збереження форми власності надавачами медичних послуг.

У національних програмах розвитку охорони здоров'я більшості західних країн зазначено, що без використання сучасних ІКТ і без створення інтегрованих національних систем керування системою охорони здоров'я (СОЗ) практично неможливий подальший розвиток медицини й охорони здоров'я.

Стратегія розвитку електронної охорони здоров'я та основні напрями інформатизації медичної галузі визначені Резолюцією ВООЗ А58/21, в якій зазначено: «Електронна система охорони здоров'я повинна вплинути на системи охорони здоров'я шляхом підвищення ефективності медичного обслуговування і поліпшення доступу до медико-санітарної допомоги, особливо у віддалених районах, для інвалідів і осіб літнього віку. Вона має принести користь постачальникам медико-санітарних послуг, фахівцям і кінцевим споживачам за рахунок підвищення якості обслуговування і зміцнення здоров'я... Зміцнення охорони здоров'я за допомогою системи електронної охорони здоров'я може сприяти здійсненню основних прав людини в результаті підвищення рівня справедливості, солідарності, якості життя і якості медико-санітарної допомоги».

ВООЗ тлумачить «електронну охорону здоров'я» (e-Health) як економічно ефективну й надійну форму використання інформаційно-комунікаційних технологій в інтересах охорони здоров'я та пов'язаних з нею галузей, у тому числі служби медико-санітарної допомоги, медичного нагляду, медичної літератури, медичної освіти, знань і наукових досліджень у галузі охорони здоров'я. E-Health допоможе вирішити деякі важливі завдання, які постали перед системами охорони здоров'я на національному і регіональному рівнях внаслідок демографічних, епідеміологічних і соціально-культурних змін.

Європа є світовим лідером щодо запровадження електронної охорони здоров'я. З моменту прийняття Європейською Комісією першого Плану дій зроблено чимало для розвитку електронної охорони здоров'я в ЄС. При цьому країни мали різні пріоритети: від створення окремого програмного забезпечення до розбудови інфраструктури національної електронної охорони здоров'я шляхом об'єднання існуючих локальних та регіональних мереж.

Нині майже у всіх країнах-членах ЄС розроблені стратегії розвитку електронної охорони здоров'я з визначеними цілями і планами заходів, і вже є певні досягнення з втілення політики. За результатами аналізу ситуації щодо питань конфіденційності та захисту персональних даних у країнах ЄС та Європейської економічної спільноти зроблено висновки, що у багатьох країнах сфера електронної системи охорони здоров'я регулюється загальним законодавством, зокрема законами про права пацієнтів і про захист даних. Серед лідерів з розробки нормативно-правової бази, адаптованої до використання електронної охорони здоров'я – Велика Британія, Данія, Естонія, Норвегія, Словаччина., Фінляндія, Франція, Шотландія, Швеція. Тоді як решта країн відмінили певні правила, що стосуються даних про стан здоров'я [26].

Нормативно-правове забезпечення електронного документообігу вже не є нагальною проблемою для європейських держав. У більшості країн існує можливість вибору, як зберігати записи про стан здоров'я (в електронному чи паперовому варіанті). Тільки у деяких, наприклад, у Фінляндії, електронна копія медичного запису є обов'язковою. У Бельгії. Франції. Італії Іспанії. Швейцарії необхідна згода пацієнта щодо електронного запису про його здоров'я. Законодавче регулювання використання електронного рецепту переважно стосується питань автентичності електронного підпису, згоди пацієнта і підтвердження паперовою копією.

Передбачають, що упродовж найближчого десятиліття три напрямки розвитку інформаційних технологій – мобільна охорона здоров'я (mHealth), персоналізована медицина та інтерактивна охорона здоров'я (використання

соціальних мережеских сервісів – технології Web 2.0) - трансформують охорону здоров'я.

Організація структури всіх інформаційних систем, що входять до інформаційного простору сфери охорони здоров'я, повинна реалізовуватися за єдиною взаємопов'язаною архітектурою. Вже розроблено дорожню карту щодо забезпечення функціональної сумісності в області електронної охорони здоров'я в ЄС і описані основні елементи, які повинні бути створені з її допомогою, а також представлений початковий набір рекомендацій Єврокомісії.

Проблема інформаційного забезпечення управління галуззю охорони здоров'я є достатньо складною, оскільки потребує системного та комплексного підходу до її вирішення. З урахуванням досвіду розвинутих країн світу ВООЗ запропонувала країнам-членам інструментарій для розробки Національної стратегії розвитку електронної охорони здоров'я (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Інструментарій для розробки Національної стратегії розвитку електронної охорони здоров'я

Для формування плану дій з національної електронної охорони здоров'я необхідно: взаємодіяти із зацікавленими сторонами; розробити напрямки діяльності електронної охорони здоров'я і комплексний план дій; визначити максимальні потреби в ресурсах; скоригувати план з урахуванням фінансових обмежень; визначити етапи реалізації.

Рушійними чинниками для активної інформатизації охорони здоров'я в цьому випадку будуть створення сприятливого інвестиційного клімату, визначення електронної охорони здоров'я пріоритетною сферою, і, як наступний крок, нормативно-правове забезпечення і затвердження необхідних стандартів для надання послуг електронної охорони здоров'я. Розробка відповідних нормативно-правових документів повинна мати випереджувальний характер і стосуватися практично всіх напрямків застосування інформаційних технологій в сфері охорони здоров'я.

Для моніторингу та оцінки національної електронної охорони здоров'я потрібно: визначити показники для моніторингу та оцінки; визначити цільові заходи; визначити механізми регулювання.

З метою моніторингу впливу ІТ на сферу суспільного здоров'я ВООЗ ініціювала створення Глобальної обсерваторії з електронної охорони здоров'я. Одне із її завдань – сприяти покращенню охорони здоров'я шляхом надання державам стратегічної інформації щодо ефективної політики, організації і стандартів у сфері електронної охорони здоров'я та перспективних напрямків інвестування. У серії публікацій Глобальної обсерваторії розглядається питання про те, наскільки нормативні системи в державах-членах ВООЗ відповідають вимогам забезпечення захисту інформації про здоров'я пацієнта в ВООЗ. У щорічному звіті інформація представлена за розділами (табл. 2.1).

За даними Глобальної обсерваторії. 69% країн ввели в практику, як мінімум частково, електронну інформаційну систему реєстрації випадків народження, смерті і причин смерті: 58% країн започаткували щонайменше одну ініціативу в області електронної охорони здоров'я для моніторингу та епіднагляду (із застосуванням ПС-технологій) за пацієнтами, які потребують педіатричної

допомоги; 42% країн розробили ту чи іншу національну політику або стратегію з інформатизації охорони здоров'я [26].

Таблиця 2.1

Структура звіту обсерваторії з електронної охорони здоров'я

Розділ	Напрями
Сприятливе середовище (політика і стратегія)	національна політика з інформатизації суспільства; національна політика з використання ІКТ у всіх сферах; стратегія у сфері електронної охорони здоров'я; політика щодо закупівель у медичній галузі; державне фінансування програм для підтримки ІКТ; державно-приватне партнерство; стандарти електронної охорони здоров'я; законодавче забезпечення конфіденційності і захисту даних громадян; доступ до електронної охорони здоров'я;
Інфраструктура (доступ до ІКТ і доступ до знань)	доступ до міжнародних і національних електронних журналів з біомедичних і соціальних дисциплін; національна політика щодо відкритих архівів; доступ до медико-санітарної інформації через веб-сайти уряду і сайти закладів охорони здоров'я;
Потенціал (знання і навички кадрів)	університетська і післядипломна підготовка з ІКТ для фахівців медичної галузі; безперервна освіта; навчання для керівників охорони здоров'я.

Враховуючи європейський досвід, можна визначити оптимальні шляхи інформатизації галузі охорони здоров'я України, а саме: упровадження електронного реєстру пацієнтів; оснащення робочих місць лікарів електронними системами підтримки прийняття клінічних рішень, засобами формування та ведення електронної історії хвороби, засобами електронної виписки лікарських засобів; розвиток інфраструктури інформаційних технологій у медицині, включаючи взаємодію лікувально-профілактичних закладів з регіональними і державними центрами оброблення даних; організація ефективного електронного обміну даними на всіх рівнях – усередині медичного закладу, між медичними установами, з одного боку, та контрольними органами – з іншого; інтеграція інформаційних систем лікувально-профілактичних закладів між собою, з іншими інформаційними продуктами та системами, а також з інформаційними мережами інших відомств і організацій; покращання інформаційної підтримки управлінської

діяльності в лікувально-профілактичних закладах, включаючи контроль якості, формування статистики, передавання інформації та контроль рішень.

2.2 Розвиток державної інформаційної політики в сфері охорони здоров'я в Україні

Україна успадкувала систему охорони здоров'я, як і більшість галузей економіки та соціальної політики, від СРСР. У цій моделі вся система була державною власністю та орієнтувалася на утримання лікарень із фрагментованим управлінням та надання медичної допомоги, зосередженої на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці. Ця система не була орієнтована на задоволення потреб населення та виявилася нездатною реагувати на сучасні виклики, спричинені неінфекційними захворюваннями. Вона була сформована у тоталітарній державі, в якій права і здоров'я громадян не були реальним пріоритетом.

Середня тривалість життя при народженні в Україні складає 66,1 років для чоловіків і 76 років для жінок, що є низьким рівнем у порівнянні з середнім європейським показником (72,5 та 80 відповідно) (рис.2.2).

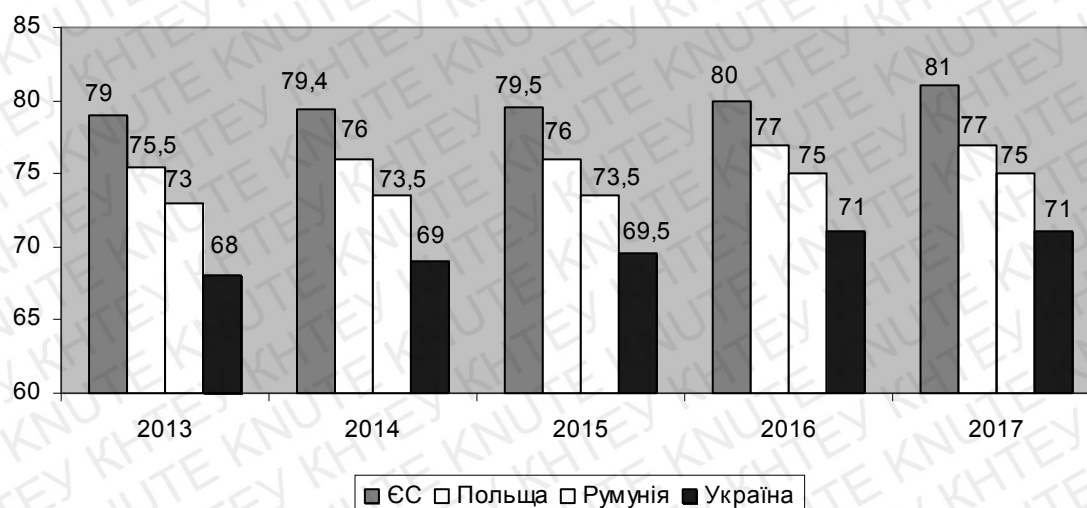


Рис. 2.2. Середня тривалість життя в країнах, роки [27]

У поєднанні з міграцією, поточний стан здоров'я в країні викликав демографічну кризу, в результаті якої протягом двох десятиліть населення скоротилося на 7 млн. осіб (з 52 до 45,3 млн.).

Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Україна посідає друге місце в європейському регіоні за рівнем смертності, яка збільшилась на 12,7%, тоді як у Європейському Союзі цей показник знизився на 6,7%. Основними причинами смертності є неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні та цереброваскулярні захворювання, рак, хвороби обміну речовин тощо [27].

Одним із ключових чинників такої ситуації є низький економічний розвиток країни. Значення ВВП України набагато нижчі показники на душу населення, ніж навіть найнижчі значення в Європейському Союзі (рис.2.3). Зважаючи на економічну кризу та військовий конфлікт, ситуація у 2014-2018 роках поки тільки погіршується.

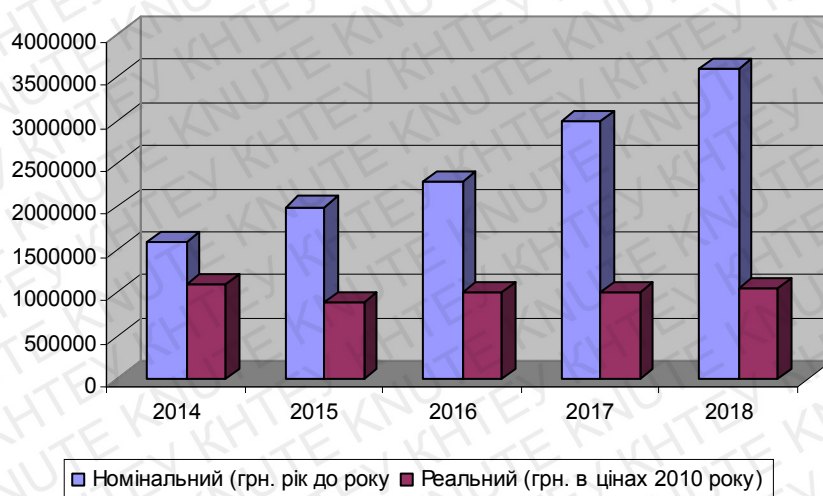


Рис.2.3. ВВП України в 2014-2018 рр., грн. [28]

Інша важлива причина незадовільних показників – це фундаментальні недоліки, накопичені у системі охорони здоров'я. Насамперед, незважаючи на величезну кількість успадкованих та створених закладів охорони здоров'я, Україна не змогла забезпечити ефективних заходів, що впливають на загальні детермінанти здоров'я нації (такі як бідність, наявність житла, зайнятість тощо), що необхідні для процвітання України як сучасної держави.

Витрати бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП). Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні у співвідношенні з державними, були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи. Переважна більшість цих витрат – 95% – були виплачені домогосподарствами, а лише 5% припадали на страхові виплати, донорську та міжнародну допомогу. Бюджетні витрати переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%) (рис. 2.4.).



Рис.2.4. Видатки на охорону здоров'я в 2014-2017 рр. [27]

За таких обставин залишається дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто, лікування хворих, закупівлі медикаментів та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Протягом 2012-2017 років загальні видатки на охорону здоров'я в Україні в середньому становили 7,7% ВВП на рік (приблизно 4,1% за рахунок державного бюджету та приблизно 3,6% за рахунок приватного сектору, переважно видатків домогосподарств), що насправді не сильно відрізняється від загальносвітового та європейського тренду. У Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП, цей показник у витратах на душу населення складає лише близько 200 дол.США, що значно нижче, ніж 3340 дол.США в середньому по ЄС, що також

включає в себе Польщу – 809 дол.США, Болгарію – 612 дол.США і Румунію – 476 дол.США [27].

Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим. Видатки Міністерства соціальної політики у два з половиною рази перевищують видатки МОЗ (рис.2.5).

Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки Міністерства охорони здоров'я.

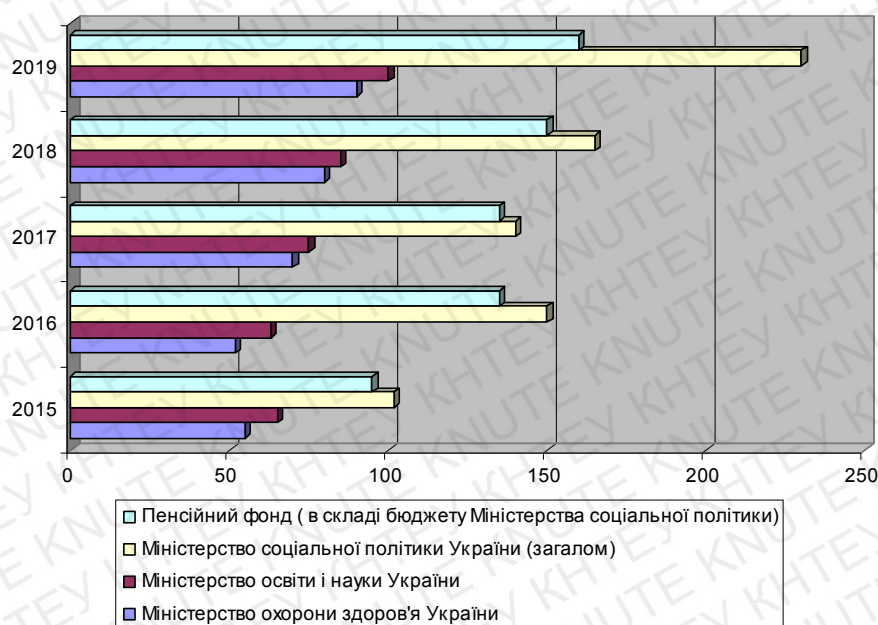


Рис. 2.5. Видатки на охорону здоров'я в розрізі інших соціальних сфер в 2015-2019 рр. [27]

Державне фінансування закладам охорони здоров'я надходить із коштів, розподілених для них безпосереднім керівництвом (в основному, обласними, районними та муніципальними органами влади), які, у свою чергу, фінансуються на основі трансфертів центрального бюджету. Такий розподіл ресурсів кожного окремого закладу здійснюється за галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису, кількості лікарняних ліжок тощо, центральними органами влади (рис. 2.6.).

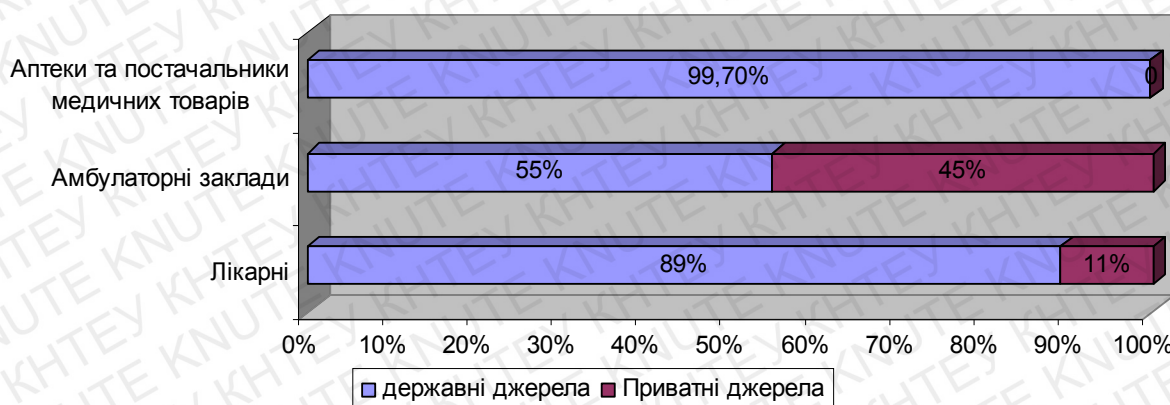


Рис. 2.6. Державні та приватні витрати на охорону здоров'я за видами закладів, % [28]

В основному, це призводить лише до підтримки статус-кво та додаткового «підмашування» системи незаконними готівковими виплатами.

Крім того, бюджет розписаний відповідно до жорсткої економічної класифікації. Заклади охорони здоров'я не мають права переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, або перерозподіляти ресурси на відповідні види діяльності з надання послуг (наприклад, збільшувати витрати на персонал за рахунок комунальних витрат, закуповувати устаткування замість витратних матеріалів тощо). Натомість, вони повинні витратити всі кошти відповідно до заздалегідь затвердженого кошторису без права самостійного внесення будь-яких змін, що робить управління закладами охорони здоров'я негнучким та малопродуктивним [17].

Таким чином, українська системи охорони здоров'я має такі характеристики:

суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності: у 2017 році різниця середньої тривалості життя в Україні та країнах Європейського союзу складала майже десять років - 71,7 та 81,9 відповідно;

низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяє забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я та залишає пацієнтів без життєво необхідних медичних послуг та лікарських засобів;

застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування (модель Семашко), що призводила до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включно із закупівлями, освітою, атестацією та працевлаштуванням лікарів, наданням медичної допомоги за відсутності прозорого гарантованого державою пакету медичних послуг;

система охорони здоров'я в Україні є громіздкою та застарілою і базується на моделі Семашка з жорсткими процедурами управління та фінансування.

Фіаско системи охорони здоров'я України зумовлене архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які фактично не орієнтовані на пацієнта та неспроможні надавати ефективні, якісні послуги. З 2014 року триває російсько-українська війна, яка суттєво гальмує економічний розвиток країни і несе загрозу безпеці громадян. Інша важлива причина незадовільних показників – це фундаментальні недоліки, накопичені в системі охорони здоров'я. Через відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мала кількість закладів здатні забезпечити сучасне комплексне медичне обслуговування [17].

Для вирішення зазначених проблем в Україні запроваджується модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує кращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема у Центральній та Східній Європі. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є кошти Державного бюджету України, отримані із загальнодержавних податків. Виплати для лікування окремої людини не прив'язані до розміру її індивідуальних внесків. Бюджетні кошти на фінансування медицини розподіляються через новий, сучасний механізм стратегічних закупівель медичних послуг. Відбувається перехід від фінансування постатейних кошторисів бюджетних закладів охорони здоров'я до оплати результату (тобто згідно фактично пролікованих випадків, наданих послуг або кількості підписаних декларацій із сімейним лікарем) закладам, які перетворюються на автономних неприбуткових постачальників цих послуг, а також аптекам як постачальникам призначених лікарями лікарських засобів.

Таким чином, запроваджується принцип «гроші ходять за пацієнтом». Для ефективного переходу на нову систему фінансування було створено платформу для збору та обміну медичною та фінансовою інформацією в електронному вигляді – систему електронної охорони здоров'я (eHealth). Така електронна система дозволить аналізувати ситуацію зі станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти.

Модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальним кроком, тому передбачені нею зміни мають здійснюватися поступово. Поступовість є особливо важливою для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки працівників системи охорони здоров'я в умовах її докорінної реорганізації, а також для розбудови інформаційних систем, ефективної консолідації ресурсів для інвестицій у розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій громад та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективної соціальної комунікації і роз'яснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широким верствам населення.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

3.1. Напрями реформування сфери охорони здоров'я в Україні

Необхідність реформи сфери охорони здоров'я підкреслюється неможливістю, з одного боку, забезпечити в існуючих умовах належне державне фінансування системи, а з іншого – запровадити ефективні схеми для повноцінної конкуренції на ринку медичних послуг.

Основними завданнями реформування системи охорони здоров'я є поліпшення здоров'я населення, відповідність запитам та потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів. У такому контексті, умовою для успішного функціонування системи охорони здоров'я є нормативно-правова база, що включає комплекс ресурсів, таких як: фінансові, кадрові, матеріально-технічні, управління та керівництво, технології, а основними цінностями: справедливість, солідарність, участь населення та етичний підхід до розвитку системи.

Запропонована Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки (далі - Стратегія) є складовою Національного плану дій з реформування, котрий був проголошений Указом Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна - 2020» та урядом України (програма діяльності Кабінету Міністрів України, схвалена постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII) [17].

Стратегія є рамковим документом, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та основні подальші кроки реформування української системи охорони здоров'я.

Стратегія формує підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи рішення щодо розміру фінансування та бюджетних ресурсів у сфері охорони здоров'я. Мета Стратегії полягає у визначенні ключових проблем системи охорони здоров'я, потенційних напрямів і шляхів їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів, із метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Документ підготовлено як загальний не деталізований план, спрямований на досягнення мети Стратегії, що реалізовуватиметься органами влади із залученням представників громадянського суспільства. Документ пропонує чіткі та обґрунтовані пояснення щодо діяльності, яка повинна бути пріоритетною у цій царині. Таким чином Стратегія формує основу для оцінки та перегляду наявних програм, регуляторних механізмів та розробки нових законопроектів та планів, наприклад, стратегічного плану розвитку людських ресурсів, генерального плану лікарень, стратегічного плану розвитку паліативної допомоги, плану розвитку первинної ланки охорони здоров'я тощо.

Майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох засадничих принципах, а саме:

орієнтованість на людей, яка означає, що система охорони здоров'я насамперед має дослухатися до потреб людей (пацієнтів, працівників); якість та безпека послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота котрих залежить від стосунків між різними учасниками системи, включаючи управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо. Процвітання системи може бути досягнуте лише шляхом формування довіри, діалогу та взаємоповаги між цими учасниками, а ефективність роботи залежатиме від якості таких стосунків;

орієнтованість на результат, яка означає, що: результативність допомоги та/або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом;

орієнтованість на втілення, яка означає, що відмінна ідея - це лише півшляху. Необхідно також провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та здійснити ретельний моніторинг, котрий чітко відображає відповідальних осіб, часові межі та механізми підзвітності. Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

Відповідно до критеріїв Всесвітньої організації охорони здоров'я побудова ефективної системи фінансування охорони здоров'я передбачає успішне виконання нею трьох взаємопов'язаних завдань:

збір доходів – передбачає визначення джерел фінансування охорони здоров'я, вибір відповідної стратегії стягнення необхідних ресурсів, формування інституцій, на які покладається функція з їх адміністрування;

аккумуляція зібраних коштів у фонди – діяльність з накопичення та ефективного управління зібраними ресурсами з метою забезпечення вільного доступу громадян до широкого асортименту послуг медичної допомоги та забезпечення їх захисту в разі хвороби від ризику самостійної сплати повної вартості отриманих під час лікування медичних послуг;

закупівля медичних послуг – процес передачі коштів із фондів установ, які займаються їх об'єднанням, до інституцій, що надають послуги. Придбання медичних послуг може здійснюватися або пасивно – відповідно до запланованих

видатків бюджетом, або стратегічно – у результаті пошуку на ринку найбільш вдалого цінового та якісного поєднання пропонованих постачальниками послуг.

Метою реформи є запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів. Основний зміст концепції реформування фінансування медичної галузі надано в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Сутність Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України

Завдання	Результат
Державний гарантований пакет медичних послуг Зобов'язання держави надавати визначений обсяг медичних послуг. Медичні послуги в рамках гарантованого пакету надають постачальники всіх форм власності, отримуючи оплату за надані послуги від єдиного національного замовника	Обмежені ресурси ідуть на гарантовані медичні послуги. Зменшуються неформальні платежі. Зростає якість медичної допомоги та взаємна відповідальності пацієнтів та лікарів. Зростає фінансова захищеність громадян у випадку хвороби.
Єдиний національний замовник медичних послуг Модель відносин без конфлікту інтересів - розмежування функцій замовника та постачальника послуг. Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Стираються штучні кордони між бюджетами областей, міст, районів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт.	Конкуренція на ринку медичних послуг. Контрактні відносини між замовником і постачальником послуг. Публічні кошти витрачаються ефективніше. Пацієнт може вільно обирати заклад та лікаря. Зростає прозорість та підзвітність публічних фінансів.
Нові механізми оплати медичних послуг (принцип «гроші йдуть за пацієнтом») Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування. Вона поступово переходить до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам.	Стимули для медичних закладів підвищувати якість та ставати ефективними. Зростає якість та поліпшуються умови надання послуг. Зростають доходи медичних працівників.
Посилення ролі громад. Нові ролі центрального уряду та місцевої влади Громади виступають в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які	Чітко розділяються функції держави та громад в охороні здоров'я, зникає дублювання їх ролей. Максимально децентралізовано управління

продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг. Мешканці громад мають важелі для контролю якості надання медичних послуг.	медичними закладами.
---	----------------------

Зміни в структурі фінансування сфери охорони здоров'я передбачені в наступному:

- розподіл функцій покупця та постачальника послуг (у короткостроковій перспективі зростання ефективності використання коштів буде зумовлене тим, що держава відійде від прямого управління фінансуванням закладів охорони здоров'я, які будуть надавати послуги на основі договору і узгоджених схем відшкодування. Корупція під час тендерів є надзвичайно болючим питанням, яке шкодить репутації системи охорони здоров'я та влади в цілому. Одним із найбільш відомих та швидких способів вирішення серйозних проблем, пов'язаних із корупцією при закупівлі більшості лікарських засобів, є аутсорсинг міжнародних організацій, що виконують такі завдання на замовлення уряду. Це рішення приносить і економічні переваги у зв'язку з обсягом закупівель, що проводять міжнародні організації);

- об'єднання коштів (враховуючи, що основний обсяг державного фінансування охорони здоров'я надходить із джерел загального оподаткування, початкове об'єднання коштів буде відбуватися на центральному рівні. З метою підвищення ефективності та відповідно до принципів децентралізації, основна частина центрального бюджету буде передана до регіонів);

- перехід від постатейного фінансування до системи оплати за надані послуги (для підвищення ефективності система повинна відмовитися від постатейного фінансування. Планується запровадити механізми оплати, що забезпечать стимули для медичних працівників реагувати на потреби пацієнтів, не залишаючи жодного без відповідної допомоги, при цьому досягаючи ефективності та економії витрат. Вдалим варіантом для оплати праці на первинному рівні є зважені подушні платежі з коригуванням на послуги і продуктивність. У рамках спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги головним буде принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Першим кроком у реформі системи фінансування на перехідний період є запровадження глобального

бюджету для лікарень із подальшим переходом до системи оплати за пролікований випадок. Великою перевагою введення глобального бюджету є також отримання достовірної базової інформації про видатки);

- впровадження медичного страхування (під час першої фази реформи охорони здоров'я група не рекомендує вдаватися до радикальних змін щодо збору коштів (наприклад, запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування).

В українській літературі обговорення проблем децентралізації соціальної сфери представлено досить широко. Але на практиці децентралізація зустрічає цілу низку перешкод. Насправді, кошти надмірно централізовані, місцеві бюджети охорони здоров'я дуже залежні від Державного бюджету і формуються за залишковим принципом. Регіони України дуже варіюють за рівнем життя, тому зрівнювання бюджетних нормативів не відповідає потребам населення. Більше того, регіони не володіють високим ступенем повноважень в економіці і соціальній сфері, а існуючі повноваження не відповідають коштам, які призначаються для їх виконання.

Конституція України проголошує, що «держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування». Нинішня пострадянська парадигма передбачає, що практичним інструментом втілення цього обов'язку є утримання мережі державних та комунальних медичних закладів, які, за задумом, повинні надавати громадянам увесь обсяг медичної допомоги безоплатно.

Саме цю функцію держава сьогодні передає на субнаціональні рівні паралельно із фінансами на її реалізацію. Однак цей підхід уже багато років демонструє свою неспроможність допомогти державі втілити зобов'язання, покладені на неї Конституцією. Медичне обслуговування не є ані ефективним, ні доступним для більшості громадян. Україна витрачає 12,2% від свого бюджету та 7,8% від ВВП на охорону здоров'я, при цьому абсолютно не здатна зупинити прогрес серцево-судинних та онкологічних захворювань чи фінансово захистити своїх громадян від катастрофічних витрат на медицину. Попри величезну мережу

лікарень (одну з найбільших в Європі) доступність громадянина до якісної послуги залишається вкрай низькою.

Передавання фінансування з одного рівня на інший в будь-яких комбінаціях в діючій парадигмі не здатне призвести до відчутної зміни ефективності або доступності. Необхідне радикальне перевизначення способу, у який держава буде здійснювати свої обов'язки щодо охорони здоров'я своїх громадян: перехід до фінансування результатів, а не ресурсів; автономізація постачальників послуг; розмежування замовника та надавання послуг (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Зміна підходу до втілення обов'язків держави в охороні здоров'я

Обов'язки держави в охороні здоров'я:	Існуюча парадигма Радянська модель	Нова парадигма Європейська модель
Фінансування	Іде за інфраструктурою. Механізм: трансфери (ресурси з центру за делегованою функцією) та кошториси.	Іде за результатом (послугою) Механізм: контрактування закладів в межах гарантованого державною обсягу послуг.
Утримання закладів	Всі рівні влади утримують заклади різних рівнів допомоги – як функцію, делеговану з центру.	Утримання не є функцією держави та місцевих органів влади. Заклад створює та утримує його власник: громада, приватний інвестор тощо.
Надання послуг	Бюджетні заклади на основі делегованих зобов'язань надають весь обсяг медичної допомоги.	Є функцією закладів, а не держави: автономні заклади на основі контрактів з замовником надають визначений обсяг медичних послуг.

Таким чином, говорячи про децентралізацію як про «створення належних матеріальних, фінансових та організаційних умов для забезпечення здійснення органами місцевого самоврядування власних і делегованих повноважень», слід чітко усвідомити, що «власні та делеговані повноваження» в охороні здоров'я в новій системі не передбачають утримання бюджетних закладів та їх фінансування. Роль органів місцевого самоврядування зміниться в бік розробки

регіональної політики, реалізації місцевих програм та здійснення функцій з надання послуг громадського здоров'я. Ці функції включають наступне:

- залучення населення громад до питань промоції здорового способу життя;
- створення умов для закріплення медичних кадрів в сільській місцевості;
- розвиток соціальної інфраструктури для забезпечення доступу до послуг охорони здоров'я (наприклад, ремонт доріг або надання транспорту для медичного обслуговування віддалених сіл, в яких немає медичних закладів);
- забезпечення транспортування пацієнтів до лікарняних закладів;
- залучення соціальних працівників до надання допомоги окремим вразливим групам населення; або під час реабілітації після перенесених захворювань (інсульт, інфаркт міокарду, травми);
- підтримка роботи медичних закладів, розташованих на території громад шляхом благоустрою прилеглих територій, підтримки роботи допоміжних служб (клінінгові послуги, організація харчування, електро- та водопостачання тощо);
- сприяння в організації контролю з боку населення громади за дотриманням прав громадян при отриманні медичних послуг.

Щодо закладів охорони здоров'я роль місцевої влади має бути зведена до того аби бути відповідальними власниками медичних закладів, створюючи умови для їх ефективного функціонування, але не беручи безпосередньої участі в щоденному управлінні ними.

Нова модель фінансування має бути заснована на таких принципах: фінансовий захист, справедливість доступу до медичної допомоги, чесність, відкритість, прозорість і підзвітність, ефективність, конкуренція постачальників, передбачуваність обсягу коштів на медичні послуги у державному бюджеті (рис. 3.1.).

Реформа фінансування системи охорони здоров'я відбуватиметься в три етапи: початковий, або підготовчий етап (2016-2017 роки), етап запровадження (2017-2018 роки), та етап інтеграції (2019-2020 роки).

Під час першого етапу значним кроком у напрямку перебудови старої системи охорони здоров'я стало прийняття Закону України «Про державні

фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій. Цей Закон визначає державну політику у сфері медичного обслуговування населення. Також цим Законом введено термін програма медичних гарантій, у межах якої держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- екстреної медичної допомоги;
- первинної медичної допомоги;
- вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги;
- медичної реабілітації;
- медичної допомоги дітям до 16 років;
- медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Під час другого етапу відбулося утворення Національної служби здоров'я України, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій. НСЗУ є національним страховиком, який закуповує медичні послуги у закладів охорони здоров'я відповідно до укладених договорів, контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати закладам за надані послуги.

Новий принцип фінансування в тому, що НСЗУ не утримує заклади відповідно до кошторису, а закуповує послуги на умовах договору з медичним закладом. Усі підстави для оплати наданих пацієнтам медичних послуг та підстави для припинення оплат передбачено в договорах. Єдиним критерієм для

збільшення суми, яку отримує заклад, буде кількість якісно наданих послуг при застосуванні тарифу для оплати медичних послуг. У новій системі гроші йдуть на конкретні послуги за конкретним пацієнтом. Вимоги до надання медичних послуг, їх кількість та умови і модель оплати зазначатимуться в договорі, який підпишуть медичний заклад і НСЗУ

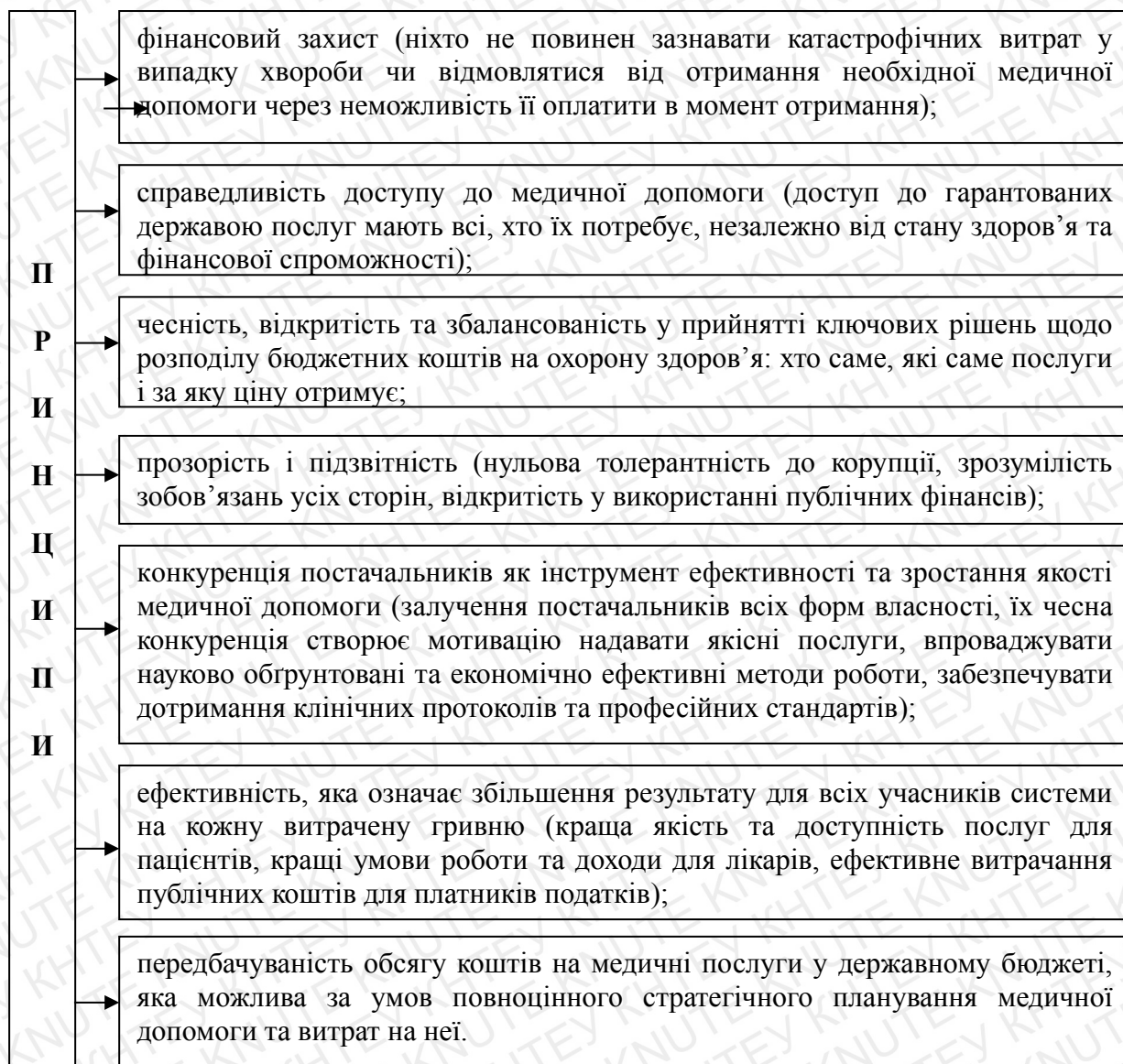


Рис. 3.1. Принципи побудови моделі фінансування системи охорони здоров'я

Інформація є важливою частиною вдосконалення управління. Зміцнення інформаційних технологій підвищує якість даних, обмін, використання та поширення знань й інформації. Це, у свою чергу, сприятиме підвищенню прозорості, підзвітності та економічної ефективності надання послуг. Нові ІТ-

послуги на рівні МОЗ значно б зміцнили потенціал у сфері планування, реалізації і моніторингу програм у галузі охорони здоров'я, враховуючи їх епідеміологічну значущість. Нові послуги електронної системи охорони здоров'я (наприклад ePrescription, eConsultation, профілактичний моніторинг, ведення хронічних хворих) можуть також підвищити доступність та якість медичних послуг для громадян, підтримати ефективніший процес обслуговування для постачальників послуг і поліпшити розподіл ресурсів. Створення безпечного обміну даними дозволить поєднати різні інформаційні системи, які можуть працювати через різні протоколи, у тому числі системи, що надаються приватними компаніями.

Таким чином, стратегія реформування системи охорони здоров'я ґрунтується не лише на необхідності досягнення кінцевої мети, але й на розумінні того, як можна подолати перешкоди на шляху до неї. Відповідно все зводиться до вирішення проблем дефіциту ресурсів, збереження доступності медичних служб для всіх прошарків населення та фінансову стійкість системи, досягнення ефективного перерозподілу фінансових ресурсів між споживачами послуг трьох сторін і закладів охорони здоров'я.

3.2 Напрямки вдосконалення вітчизняної державної інформаційної політики

При формуванні державної інформаційної політики важливої уваги потребують інформаційна культура суб'єктів інформаційних відносин та їх відповідальне ставлення до використання інформаційного простору.

Формування інформаційного суспільства в Україні потребує визначення єдиної моделі реалізації інформаційної політики для створення цілісної системи інформаційного законодавства, яке відповідало б нормам міжнародного права (рис.3.2).

Головним напрямком удосконалення сучасної інформаційної політики в умовах інтеграції до світової спільноти є перехід держави на онлайн-послуги, що дозволить наблизити послуги населенню, забезпечити демократичність

інформаційного суспільства, налагодити співпрацю з електронними і друкованими мас-медіа.

Для реалізації цієї мети необхідно забезпечити ефективне використання інформаційних ресурсів у всіх сферах діяльності, модернізувати національні інформаційні ресурси, сформувані необхідні умови для розвитку інформаційно-телекомунікаційної інфраструктури та технологій.

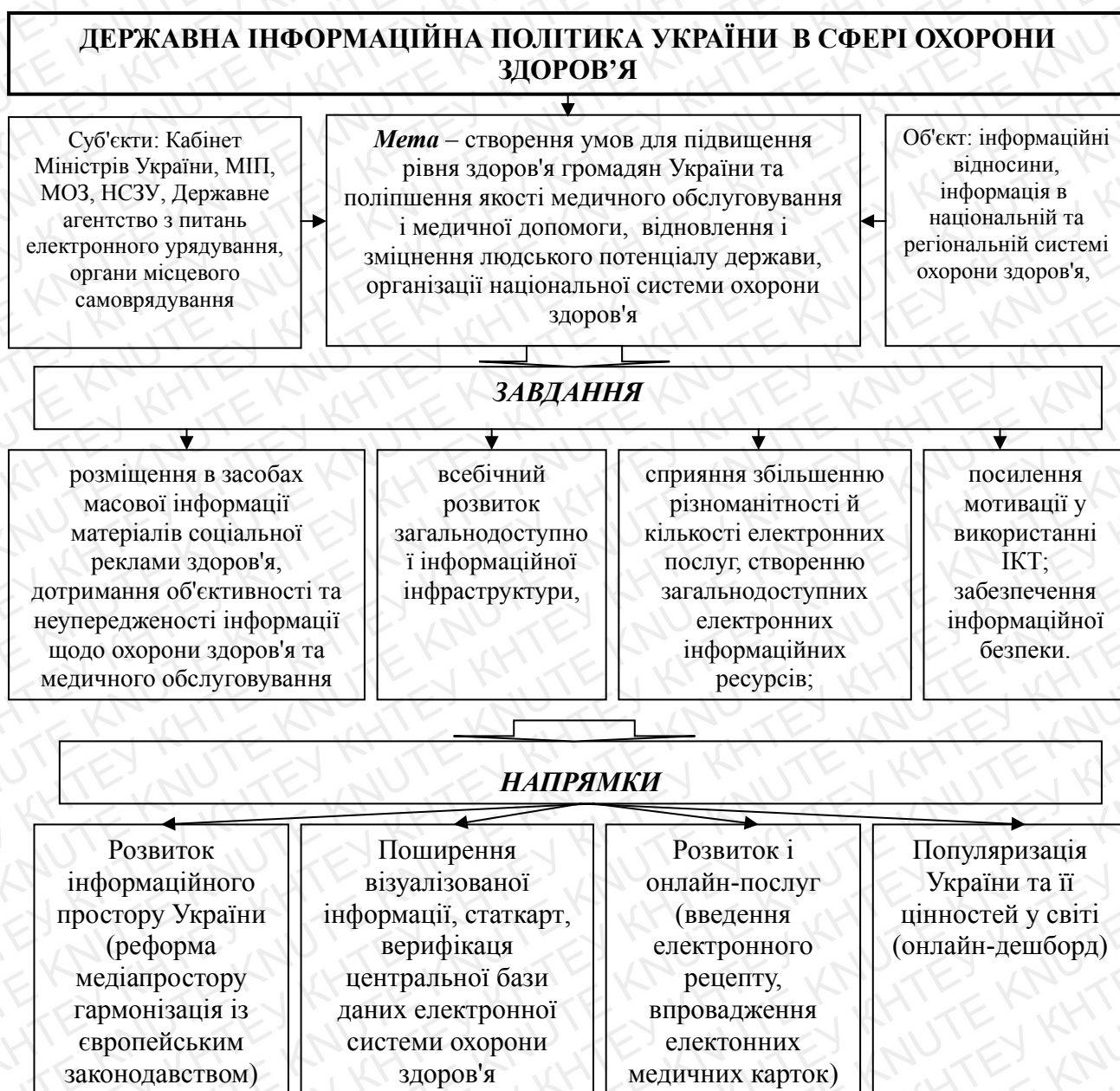


Рис.3.2. Модель реалізації державної інформаційної політики України в сфері охорони здоров'я

Інформаційна політика держави направлена на розвиток телекомунікаційних систем та технологій та розвиток та захист вітчизняного ринку інформаційних технологій. Для досягнення цих завдань необхідним вважається удосконалити існуючий механізм та визначити основні ресурси забезпечення державної підтримки створення власних інформаційних і телекомунікаційних систем та технологій.

Важливим акцентом удосконалення сучасної національної інформаційної політики є гарантування інформаційної безпеки та захисту суб'єктів інформаційних відносин. При вдосконаленні інформаційної політики держави необхідно на законодавчому рівні врегулювати питання щодо гарантування надання достовірної інформації через служби мас-медіа та унеможливити підпорядкування ЗМІ будь-яким кон'юнктурним інтересам, щоб нівелювати внутрішній та зовнішній вплив на ситуацію в країні.

Удосконалення правового забезпечення державної інформаційної політики передбачає формування такої законодавчої бази, яка була б направлена на забезпечення рівності всіх учасників інформаційної взаємодії. Однією з проблем залишається контроль за дотриманням цих вимог на практиці та визначення механізму несення відповідальності за порушення зазначених вимог. В умовах інформатизації суспільства важливим є удосконалення умов функціонування вітчизняних систем інформаційного захисту, визначення єдиного порядку захисту національних інтересів України в міжнародній інформаційній мережі, впровадження заходів для забезпечення безпеки національних інформаційних ресурсів.

Таким чином, першочерговими завданнями в державній інформаційній політиці України є: розгляд проекту Концепції роздержавлення засобів масової інформації в Україні; забезпечення законодавчої бази для запровадження в Україні системи Суспільного телебачення і радіомовлення з урахуванням пропозицій Президента України до Закону України «Про створення системи Суспільного телебачення і радіомовлення України»; законодавче розв'язання проблеми забезпечення конституційних прав громадян на інформацію та захисту

журналістів і засобів масової інформації від переслідування в суді за критику (відповідальність за поширення недостовірної інформації, її спростування та відшкодування, пов'язаної з її поширенням, моральної шкоди); розробка Концепції розвитку телерадіоінформаційного простору України; розробка Концепції розвитку в Україні глобальних інформаційних мереж; розробка Концепції інформаційної безпеки України; розробка Інформаційного кодексу України [29].

Пріоритетними завданнями державної політики у сфері інформаційної та телекомунікаційної інфраструктури є забезпечення випереджаючих темпів розвитку інфраструктури зв'язку, підвищення інвестиційної привабливості галузей інформатизації, вдосконалення національної мережі телекомунікацій на базі новітніх вітчизняних технологій, їх інтегрування в глобальні інформаційні структури, створення сприятливих умов для доступу широких верств населення до світових інформаційних ресурсів [29].

Запропонована модель дозволить уникнути ризиків (фінансові втрати від неповної і нескоординованою експлуатації інформації, втрачений час, невдачі інновацій і втрати репутації); забезпечити прозорість процесу, високу продуктивність використання інформаційних технологій [30].

Нині для вирішення питань, пов'язаних з впровадженням інформаційних технологій в медицину, існують напрацювання, що дозволяє забезпечити вирішення найбільш нагальних проблем практичної медицини в межах існуючої медичної інфраструктури та обмеженого фінансування. у теперішніх умовах є можливим використання локальних проектів з інформатизації медицини, а для більш глобального застосування необхідним є дотримання єдиних вимог які ґрунтуються на застосуванні світових стандартів збору, збереження, обробки та обміну електронного варіанту медичної інформації.

З 1 квітня 2019 року урядова програма «Доступні ліки» перейшла в адміністрування Національної служби здоров'я України. НСЗУ укладає договори з аптечними закладами і виступає єдиним платником програми. До проекту приєдналися як комунальні, так і приватні аптечні заклади країни.

Цікавість аптечних закладів до урядової програми «Доступні ліки» зростає. З 1 квітня 2019 року лікарські засоби за урядовою програмою «Доступні ліки» можна буде отримати безоплатно або з невеликою доплатою виключно за електронними рецептами, які виписують лікарі первинної ланки. Станом на 8 квітня 2019 року участь в урядовій програмі «Доступні ліки» беруть 5383 аптеки та аптечні пункти України, як комунальної, так і приватної форми власності. Виписано 1,06 млн. електронних рецептів, 620,7 тис. з них – вже відпущено. Найбільш активно виписують електронні рецепти на «Доступні ліки» на Дніпропетровщині (141,05 тис.), Харківщині (82,3 тис.) та місті Києві (77, 2 тис.) [31].

Для актуальності та точності всіх даних, що зберігаються у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, НСЗУ регулярно здійснює заходи з їхньої верифікації. Ці процеси постійно вдосконалюються, а також розробляються нові. Адже точність даних в системі є гарантією цільового використання державних коштів при оплаті закладам охорони здоров'я за договором з НСЗУ. Регулярна верифікація даних відбувається за допомогою кількох процесів:

1. Деактивація даних про померлих пацієнтів, медичних спеціалістів, інших користувачів в системі відбувається відповідно до даних Державного реєстру актів цивільного стану громадян в останній робочий тиждень кожного місяця. Офіційні дані Міністерства юстиції завантажуються в електронну систему охорони здоров'я, звіряються із даними реєстрів ЦБД та автоматично деактивуються за визначеним алгоритмом. Станом на 25.04.2019 в системі за таким алгоритмом деактивовано 191 595 таких записів. Деактивація даних про медичних спеціалістів проводиться після погодження з боку МОЗ як розпорядника цього реєстру.

2. Он-лайн та офлайн дедублікація запобігає появі дублів даних в системі, виявляє і деактивує вже наявні дублі записів про пацієнтів, декларації, медичних працівників та спеціалістів, а також медичні заклади. Он-лайн дедублікація відбувається в режимі реального часу (24/7) під час створення нового запису в системі. Офлайн дедублікація даних про пацієнта та декларацій відбувається за

допомогою модулю автоматичного пошуку та деактивації дублів даних. Станом на 25.04.2019 за заданим алгоритмом в електронній системі виявлено та деактивовано 450 537 таких записів. За результатами верифікації НСЗУ проводиться уточнення звітів надавачів медичних послуг та перерахунок оплат за договором.

3. Регулярно, відповідно до законодавства розглядаються запити/звернення щодо вчинення дій із даними в системі від заявників, яких можна ідентифікувати. За необхідності дані деактивуються, активуються чи дедублікуються. Періодично також приймаються рішення про вчинення дій з даними в системі за результатами моніторингу виконання договорів, які укладено із закладами-партнерами. Станом на 25.04.2019 за такою процедурою в електронній системі деактивовано 2090 записів. За результатами верифікації також здійснено перерахунок оплат [31].

З квітня 2019 року для створення декларації про вибір лікаря в електронній системі функціонує оновлене API версії 2.0 - системи взаємодії між центральною базою даних та медичними інформаційними системами. Переваги API версії 2.0:

при створенні та пошуку декларації обов'язковим є зазначення індивідуального податкового номеру пацієнта (у випадку якщо такий пацієнт має ідентифікаційний податковий номер (ПІН));

для створення декларацій для пацієнтів до 14 років ПІН не є обов'язковим, але є можливість його вказати для більшої точності даних. Якщо ПІН не вказується проставляється відповідна помітка (ПІН не зазначається) та обов'язковим є зазначення серії та номеру свідоцтва про народження;

для подання декларацій дорослих без ПІН проставляється відповідна відмітка (ПІН відсутній) та обов'язковим є підвантаження сканованих документів із відміткою, що особа може вчиняти дії без ПІН.

Перелік заходів з верифікації даних у системі не є вичерпним. На цей час триває процес з розроблення функціоналу для деактивації даних, створених у системі, під час його тестування, з помилками, з метою запобігання шахрайству (антифрод) тощо.

Зазначені заходи перебувають у процесі становлення та постійного удосконалення. Також покращуються моделі й інструменти, які використовуються для здійснення верифікації, тощо.

Також для здійснення заходів з верифікації триває робота щодо інтеграції системи з іншими державними реєстрами, що дасть можливість отримати дані з таких реєстрів.

Національна служба здоров'я України приділяє велику увагу точності та актуальності всіх даних в системі. З метою обізнаності громадян щодо сфери надання електронних послуг Національною службою охорони здоров'я запроваджено онлайн-дешборд, що допомагають аналізувати динаміку впровадження медичної реформи, а також розповіли про заходи, спрямовані на розвиток прозорості в діяльності Національної служби здоров'я України. Захід було присвячено доступності та прозорості даних, якими в рамках власної компетенції оперує НСЗУ в питаннях управління державними фінансовими гарантіями медичного обслуговування населення.

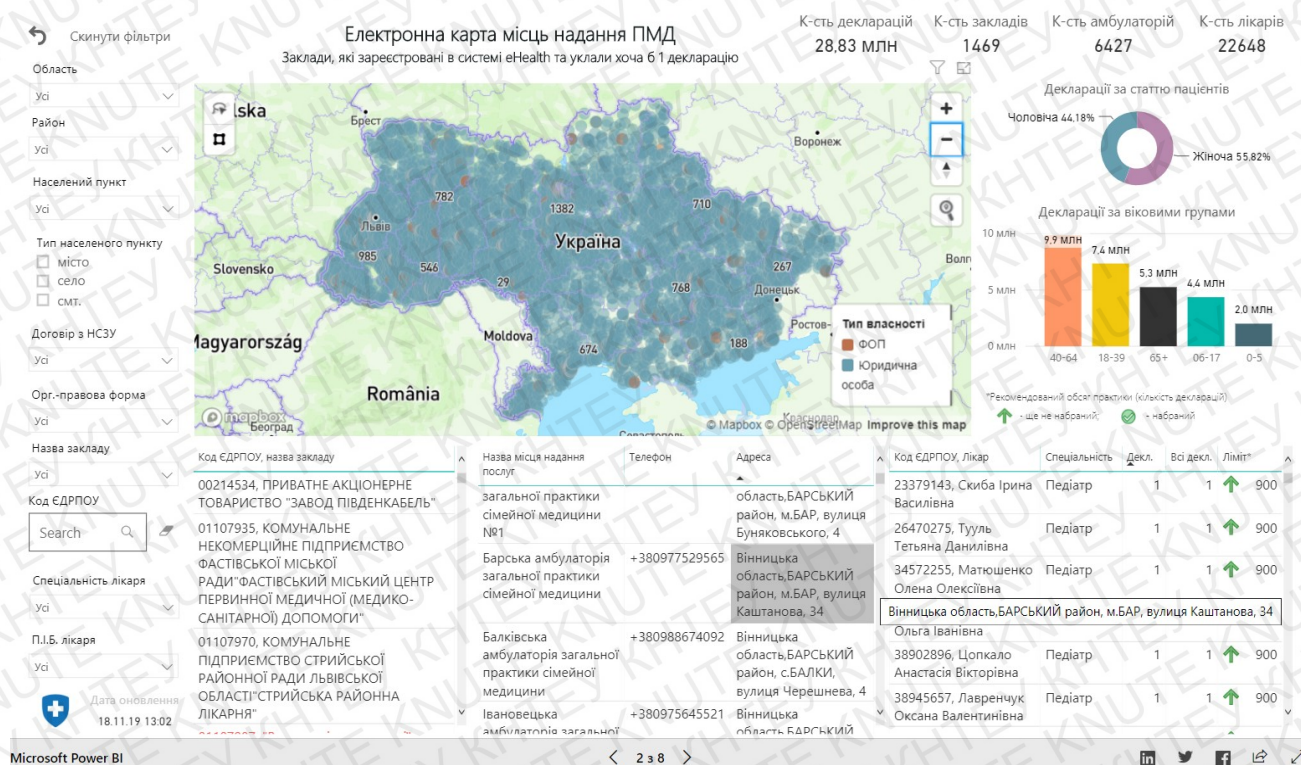


Рис.3.2. Титульна сторінка дешборду «Електронна карта місць надання первинної медико-санітарної допомоги»

Дешборд містить інформацію про місця надання первинної медико-санітарної допомоги: електронна карта розташування з адресами та контактними телефонами, розподіл закладів за областями, кількість декларацій у кожного лікаря закладу. А також, розподіл декларацій за віковими групами та за спеціальностями лікарів. На дешборд потрапляє кожен лікар і заклад, який має хоча б одну активну декларацію.

Дешборд «Виплати аптечним закладам за договорами з НСЗУ» містить вичерпну, динамічну та цікаву інформацію: скільки грошей пішли за е-рецептом і пацієнтом і до якого саме аптечного закладу; скільки всього сплачено коштів аптечним закладам України у відповідний звітний період; скільки виплат отримали аптечні заклади України відповідно до типу власності, місця реєстрації юридичної особи.

Протягом квітня аптекам-партнерам НСЗУ за договором було виплачено 45,3 млн. грн. Найбільші виплати у квітні 2018 року направлені: у розмірі 3,2 млн. грн. – до аптечного закладу, зареєстрованого у Київській області, у розмірі 1,7 млн. грн. – до аптечного закладу, зареєстрованого на Дніпропетровщині [31].

Національна служба здоров'я України створила новий дешборд «Деталізація виписаних рецептів за програмою «Доступні ліки». За допомогою дешборду «Доступні ліки» можна роздивитися в найменших деталях. Наприклад, майже 80% (або 1,3 млн.) всіх виписаних електронних рецептів відносяться до категорії серцево-судинних захворювань, 17% – цукровий діабет 2 типу, 3% – бронхіальна астма. Дешборд містить знеособлені дані щодо кожного виписаного електронного рецепта: на лікування якого захворювання спрямовано кожен виписаний е-рецепт, які саме лікарські засоби призначені, в якому медичному закладі та населеному пункті. А також знеособлені дані про вік, стать пацієнтів, котрим призначено той чи інший лікарський засіб за урядовою програмою «Доступні ліки». За допомогою цих даних можна не тільки роздивитися програму «Доступні ліки» в найменших деталях, а й зробити висновки про її ефективність та соціальну значущість.

Новий дашборд «Деталізація виписаних рецептів за програмою «Доступні ліки» знаходиться на сайті НСЗУ у розділі «Е-дані». На сьогодні на сайті НСЗУ є 7 дашбордів з реальними динамічними знеособленими даними, що регулярно оновлюються, що є запорукою прозорості діяльності НСЗУ [32-33].

Сучасні інформаційні системи дозволяють одночасно вести медичну документацію, інформаційний обмін, в процесі аналізувати дані пацієнта, включені до його електронних медичних записів, використовуючи формалізовані правила та алгоритми, засновані на доказах, і надавати медичному працівнику інтерактивні рекомендації щодо подальших дій, медичних втручань, а також попередження щодо критичних факторів (наприклад, індивідуальна непереносимість або несумісність лікарських засобів). Основні напрямки інформатизації системи охорони здоров'я систематизовано в ДОДАТКУ Б.

3 травня 2019 року запрацювала перша електронна взаємодія, реалізована в межах національної системи електронної взаємодії «Трембіта». «Трембіта» – це система електронної взаємодії державних реєстрів та баз даних, що дозволяє відомствам та органам влади безпечно та оперативно обмінюватися необхідною інформацією для більш якісної взаємодії як між собою, так і з громадянами та представниками бізнесу. Окрім того, «Трембіта» надає можливість надавати населенню більш якісні послуги, як офлайнові, так і електронні.

Система електронної взаємодії державних електронних інформаційних ресурсів чи просто система «Трембіта» - це сучасне організаційно-технічне рішення, яке дозволяє будувати безпечні інформаційні міжвідомчі взаємодії державним органам та органам місцевого самоврядування через Інтернет шляхом обміну електронними повідомленнями між їх інформаційними системами.

Основу системи «Трембіта» становить удосконалена естонська платформа обміну даними X-ROAD, яка є фундаментом естонського цифрового суспільства.

«Система Трембіта розроблена та впроваджується за підтримки проекту «EGOV4UKRAINE» програми «U-LEAD з Європою», яка фінансується Європейським Союзом та його державами-членами Данією, Естонією, Німеччиною, Польщею і Швецією. Співробітниками проекту «EGOV4UKRAINE»

надано консультативну допомогу із технічного підключення до системи «Трембіта» та відлагодження електронної взаємодії.» Перший автоматичний обмін даних завдяки «Трембіті» впроваджено між Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та Державною службою України з питань лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держлікслужба).

Будучи основою для електронного урядування, «Трембіта» здатна забезпечити глобальний реінжиніринг процесів державного управління з метою їх оптимізації та прозорості. Система здійснює обмін даними без участі людини, що значно покращує та пришвидшує процес надання послуг, зменшує можливість механічних помилок та корупційних ризиків.

Електронна взаємодія між відомствами дозволяє перевіряти правомірність аптечних закладів отримувати відшкодування з держбюджету за відпущені ліки громадянам в межах програми. Предметом перевірки слугує ліцензія на провадження діяльності з роздрібною реалізацією лікарських засобів. Наявність ліцензії автоматично перевіряється завдяки «Трембіті» тричі під час: реєстрації та укладення договору між аптеками та НСЗУ; погашення електронних рецептів в аптеках; подання аптеками звітів до НСЗУ про відпущені лікарські засоби, на підставі яких здійснюється відшкодування їхньої вартості.

Автоматичний обмін даними між НСЗУ та Держлікслужбою за допомогою «Трембіти» забезпечують впевненість у тому, що лікарські засоби за програмою «Доступні ліки» відпускають лише ті аптечні заклади, які мають чинну ліцензію.

Найближчим часом також заплановано запуск електронних послуг з ліцензування в медичній сфері (он-лайн можна буде отримати ліцензії на виробництво, продаж та імпорт ліків) та ведення електронних карток, що забезпечить ще більшу прозорість [34].

Для збору та систематизації інформації про стан здоров'я пацієнтів, спадкових хвороб Міністерства охорони здоров'я запроваджує електронні медичні картки. Електронна медична картка (ЕМК) є основним компонентом інформаційної системи охорони здоров'я, в якій зберігається вся інформація про

пацієнта – реєстраційні дані, результати оглядів лікаря, антропометричні виміри, лабораторні обстеження та різноманітні графічні дані (УЗД, рентген тощо).

В Україні з 1 березня в тестовому режимі запрацювала електронна медична картка: поки що інформацію про візити пацієнтів лікарі вносять у тестовому режимі. [35]. Сімейні лікарі, терапевти та педіатри закладів первинної медичної допомоги, які підключені до електронної системи охорони здоров'я та мають контракт з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), вже почали працювати з електронною медичною картою.

При введенні даних в електронну медичну картку не потрібно витрачати час на набір тексту на клавіатурі. В системі застосовується унікальна технологія деревовидних шаблонів, яка дозволяє формувати звіти оглядів, використовуючи стандартний набір професійних термінів та виразів. Для зручності роботи, в шаблоні налаштовані також відповіді по замовчуванню, інтерактивні підказки та виділення кольором. Правильність та повнота введення інформації контролюється автоматично під час формування медичного документу.

Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги (ICPC) – це нова система, яка дозволяє лікарям первинної ланки концентруватись на потребах пацієнтів, а не підлаштовуватись під зручність обробки кодів для формування статистики. Перше видання ICPC було здійснено WONCA у 1987 році і в її основу був покладений новий принцип - розуміння того, що в ПМД важливим є не тільки погляд лікаря на проблему пацієнта (діагноз), але і причина звернення пацієнта за медичною допомогою. Таким чином, в класифікації для ПМД стало доступним кодування як діагнозу, так і причини звернення пацієнта.

Міністерство охорони здоров'я у 2017 році підписало угоду з WONCA щодо ліцензійного використання ICPC-2 у загальній практиці.

Лікарі у електронній картці кодують діагнози та скарги пацієнта за міжнародною системою ICPC-2. Наприклад, якщо пацієнт має кашель, то у електронній картці цей симптом буде позначатись спеціальним кодом R05.

Система функціонування електронної медичної картки представлена на рис.3.3.



Рис. 3.3. Система функціонування електронної медичної картки

Поступово функції електронних карток будуть розширюватися, у лікарів з'явиться можливість вносити до системи всі необхідні дані про пацієнта та формувати повноцінну електронну медичну картку.

Зручність ІСРС-2 пояснюють тим, що за її допомогою можна кодувати скарги, симптоми та синдроми, коли неможливо встановити точний діагноз. Також вона робить простішим і точнішим ведення всієї медичної статистики, обробки медичних записів в електронному вигляді. Необхідність шифрувати хвороби медики також пояснюють необхідністю зберегти діагнози особи у таємниці, адже якщо буде витік даних з електронного кабінету пацієнта, крім набору незрозумілих цифр і літер люди без медичної освіти більше нічого там не побачать.

Введення інформації в карту пацієнта за допомогою шаблонів і збереження її в структурованому вигляді забезпечує широкі можливості аналізу даних та полегшує обмін інформацією з іншими медичними установами. Зручна система пошуку даних дозволяє легко знайти необхідну інформацію у великих об'ємах медичної документації. За допомогою підпрограми статистичної обробки даних можна швидко та легко підготувати всі необхідні звіти із дотриманням вимог Міністерства охорони здоров'я та інших контролюючих органів.

Система дає можливість легко формувати, редагувати та друкувати різноманітні виписки, довідки, епікризи, а також зберігати копії цих документів у медичній карті пацієнта. Будь-які з цих даних можна експортувати і надавати пацієнтам на мобільних носіях даних у зручному для них форматі, доступному для перегляду на будь-якому комп'ютері [37].

Для лікарів амбулаторна картка пацієнта – документ вкрай важливий, адже за кожним записом, аналізом, дослідженням можна прослідкувати динаміку захворювання, спрогнозувати можливі ускладнення [38].

Лікарі розуміють: якщо буде єдина система, якщо всі дані пацієнта будуть зберігатися у його електронному кабінеті, то пацієнту не потрібно буде до кожного лікаря, до якого він звертається, нести купу довідок, виписаних рецептів. Спеціаліст у будь-якому медичному закладі зможе зайти у електронну картку зі

свого комп'ютера і переглянути історію хвороб пацієнта, а також результати обстежень. Лікарям електронна система зекономить час, який раніше доводилося витрачати на заповнення картки вручну.

Система «Електронне здоров'я», в якій знаходяться дані електронної медичної картки, знаходиться на серверах дата-центру в Україні, який має комплексну систему захисту інформації та пройшов атестацію у Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації.

Поки що пацієнти не можуть особисто зайти в свою електронну медичну картку, але МОЗ планує запустити у майбутньому персональний кабінет пацієнта. За даними Міністерства охорони здоров'я України 92% закладів первинної медицини обладнані комп'ютерами та готові до впровадження електронної медичної карти. Для запровадження електронних медичних паспортів у чотирьох українських містах уряд виділив 2 мільйони гривень. Частково цей проект фінансуватиметься з міських бюджетів [40].

Дані до електронної медичної картки збираються через встановлені в закладах охорони здоров'я МІС та відправляються до Центральної бази даних. Завдяки централізованому зберіганню даних: МОЗ України та НСЗУ можуть обробляти знеособлені дані для ефективного управління системою охорони здоров'я; НСЗУ може аналізувати дані для управління якістю медичних послуг; дані гарантовано доступні для пацієнта й лікаря, який його обслуговує. Доступ до централізованих даних існує незалежно від того, чи працюють сервери в закладі, з якого вносились інформація, чи є в нього доступ до інтернет мережі тощо; заклади охорони здоров'я можуть переходити з однієї МІС на іншу без втрати ключових даних, адже ці дані зберігаються в централізованій системі [41].

Отже, при формуванні інформаційного простору охорони здоров'я України постає питання формування єдиного електронного медичного простору, що має бути вирішеним за допомогою інтенсивного використання інформаційних технологій. Поряд з цим виникає й проблема зростання обсягів інформаційних потоків. Тому необхідним є вдосконалення державних механізмів опанування й використання медичної інформації, її раціонального збирання та аналізу [26].

ВИСНОВКИ

Державна інформаційна політика є важливою складовою внутрішньої і зовнішньої політики країни та охоплює всі сфери життєдіяльності суспільства. Реалізація зазначеної політики забезпечує співробітництво в інформаційній сфері, належний захист права кожного на інформацію, свободу вираження поглядів, утвердження інформаційного суверенітету України. Виділено пріоритетні завдання державної політики: адаптація діючого законодавства про інформацію до європейських норм та стандартів, правове врегулювання відносин між журналістами та іншими працівниками засобів масової інформації; прозорість відносин власності щодо засобів масової інформації; введення дієвого громадського, парламентського та державного контролю за дотриманням законодавства про інформацію і встановлення відповідальності за його порушення та ін.

Охорона здоров'я, забезпечення умов для всебічного розвитку громадян визначені в Україні загальнонаціональним пріоритетом. Метою державної політики у сфері охорони здоров'я є створення умов для підвищення рівня здоров'я громадян України та поліпшення якості медичного обслуговування і медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я людини, організації національної системи охорони здоров'я. На сонові дослідження нормативно-правового забезпечення державної інформаційної політики у системі охорони здоров'я доведено, що державна політика щодо охорони здоров'я визначається законодавством України про охорону здоров'я, яке базується на Конституції України та інших нормативно-правових актах, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

Визначено принципи державної політики охорони здоров'я (законність, співробітництво, відкритість, публічність, сталий розвиток, ефективність та ін.) та суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (Кабінет Міністрів України, центральні та місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, інститути громадянського суспільства, наукові установи і

організації, навчальні заклади, ін.), які забезпечують формування системи управлінського обліку і звітності у сфері охорони здоров'я.

Проаналізовано особливості функціонування, фінансування, інформаційного забезпечення систем охорони здоров'я в іноземних країнах (США, Великобританія, країни ЄС). Доведено, що без використання сучасних ІКТ і без створення інтегрованих національних систем керування системою охорони здоров'я практично неможливий подальший розвиток медицини й охорони здоров'я.

Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні дозволив виділити характеристики вітчизняної системи охорони здоров'я: суттєве відставання від європейських країн за показниками тривалості життя та смертності; низький рівень ВВП на душу населення, що не дозволяє забезпечити необхідний рівень видатків на сферу охорони здоров'я; відсутність інвестицій; застарілість та неефективність системи охорони здоров'я із жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування.

Бюджет охорони здоров'я у порівнянні із іншими соціальними галузями, є найнижчим. Державне фінансування закладам охорони здоров'я надходить із коштів, розподілених для них безпосереднім керівництвом, які, у свою чергу, фінансуються на основі трансфертів центрального бюджету. Такий розподіл ресурсів кожного окремого закладу здійснюється за галузевими нормами, переважно на основі статистичних даних щодо штатного розпису, кількості лікарняних ліжок тощо, центральними органами влади.

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів. Виділено ключові напрямки реформування фінансування системи охорони здоров'я України: державний гарантований пакет медичних послуг, єдиний національний замовник медичних послуг, нові механізми оплати медичних послуг (принцип

«гроші йдуть за пацієнтом»), посилення ролі громад. нові ролі центрального уряду та місцевої влади.

З метою формування інформаційного суспільства в Україні запропоновано єдину модель реалізації інформаційної політики для створення цілісної системи інформаційного законодавства в сфері охорони здоров'я, яке відповідало б нормам міжнародного права. Серед напрямків удосконалення сучасної інформаційної політики виділено: розвиток інформаційного простору України (реформа медіа простору гармонізація із європейським законодавством), поширення візуалізованої інформації, статкарт, верифікація центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, популяризація України та її цінностей у світі (онлайн-дешборд), розвиток і онлайн-послуг (введення електронного рецепту, впровадження електронних медичних карток). Електронна медична картка є основним компонентом інформаційної системи охорони здоров'я, в якій зберігається вся інформація про пацієнта. Досліджено особливості розвитку та функціонування електронної медичної картки у вітчизняних закладах охорони здоров'я, представлено систему функціонування електронної медичної картки в Україні .

Враховуючи європейський досвід визначено оптимальні шляхи інформатизації галузі охорони здоров'я України, а саме: упровадження електронного реєстру пацієнтів; оснащення робочих місць лікарів електронними системами підтримки прийняття клінічних рішень, засобами формування та ведення електронної історії хвороби, засобами електронної виписки лікарських засобів; розвиток інфраструктури інформаційних технологій у медицині, та ін.

Комплексна інформатизація закладів охорони здоров'я дозволить: забезпечити швидкий доступ до поточної, найбільш повної і достовірної інформації; підвищити якість та доступність послуг, що надаються медичними установами пацієнтам; скоротити витрати робочого часу на обслуговування пацієнтів і управління медичним закладом за рахунок повної автоматизації операцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про Концепцію національної інформаційної політики: постанова Верховної Ради України від 3 квітня 2003 року №687-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/687-15> (дата звернення: 21.10.2019).
2. Про Концепцію державної інформаційної політики: проект Закону України. Центр демократії та верховенства права. URL: <https://cedem.org.ua/news/kontseptsiya-informatsijnoyi-polityky-2/> (дата звернення: 21.10.2019).
3. Брижко В. До питання сучасної інформаційної політики. *Вісник Академії управління МВС*. 2009. №2. С.27-47
4. Питання діяльності Міністерства інформаційної політики України: постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2015 р. № 2. Верховна Рада України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2015-%D0%BF> (дата звернення: 21.10.2019).
5. Правове забезпечення державної інформаційної політики. Міністерство юстиції. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_22116 (дата звернення: 21.10.2019).
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/2801-12> (дата звернення: 21.10.2019).
7. Жилка К. І., Кризина Н. П. Законодавче та нормативно-правове забезпечення охорони здоро'я дітей в Україні на сучасному етапі реформування галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. №5. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=413> (дата звернення: 21.10.2019).
8. Про засади зовнішньої та внутрішньої політики: Закон України від 1 липня 2010 року № 2411-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2411-17> (дата звернення: 21.10.2019).
9. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР. Верховна Рада України. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 21.10.2019).

10. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 9 квітня 1999 року № 586-XIV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14> (дата звернення: 21.10.2019).

11. Про державні цільові програми: Закон України від 18 березня 2004 року № 1621-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15> (дата звернення: 21.10.2019).

12. Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України: Закон України від 23 березня 2000 року №1602-III. Верховна Рада України. URL: <https://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1602-14> (дата звернення: 21.10.2019).

13. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 5 жовтня 2000 року № 2017-III». Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14> (дата звернення: 21.10.2019).

14. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 1 липня 2010 року № 2404-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17> (дата звернення: 21.10.2019).

15. Про засади державної регуляторної політики у сфері господарської діяльності: Закон України від 11 вересня 2003 року № 1160-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1160-15> (дата звернення: 21.10.2019).

16. Про засади державної політики охорони здоров'я: Проект Закону України від 17.07.2015 № 2409а. Ліга Закон. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH1UX68C.html (дата звернення: 21.10.2019).

17. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення: 21.10.2019).

18. Закон України «Про внесення змін до статей 3, 8 та 35-1 Основ законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 7 липня 2011

року №3611-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> (дата звернення: 21.10.2019).

19. Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 21.10.2019).

20. Про додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів особам, які захищають незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України в антитерористичній операції та забезпечують її проведення: Законопроект. Аптека. URL: <https://www.apteka.ua/article/407591> (дата звернення: 21.10.2019).

21. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо видатків на первинну медичну допомогу: Закон України від 7 грудня 2017 року № 2233-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19> (дата звернення: 21.10.2019).

22. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. *Український медичний часопис*. 2017. №2(118). URL: <https://www.umj.com.ua/article/107586/pravove-zabezpechennya-reformuvannya-sferi-ohoroni-zdorov-ya> (дата звернення: 21.10.2019).

23. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу): Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

24. Стеліга І.І. , Семчук Я.М. , Рошак Й.І. , Семків Г.І. , Лялюк-Вітер Г.Д. , Івануляк О.М. Сутність інформаційного забезпечення охорони праці в іфнтунг. *Нафтогазова енергетика*. 2011. № 2(15). С.106-109.

25. Чабан О., Бойко О. Огляд світової практики щодо впровадження медичних інформаційних систем та проблеми створення єдиного медико-

інформаційного простору. *Lviv Polytechnic National University Institutional Repository*. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/25505/1/50-365-370.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

26. Степанов В. Ю. Інформаційний простір охорони здоров'я України. *Теорія та практика державного управління*. 2016. №3(54). С.1-5.

27. МОЗ України: Що було, є і буде. Міністерство охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 21.10.2019).

28. Статистична інформація. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 21.10.2019).

29. Якою має бути інформаційна політика України в умовах війни? Радіо Свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/28338927.html> (дата звернення: 21.10.2019).

30. Вишневський В., Голунов А., Коньков А. Інформатизація системи охорони здоров'я. *Персонал*. 2005. №12. URL: <http://personal.in.ua/article.php?id=204> (дата звернення: 21.10.2019).

31. На новому дашборді НСЗУ можна побачити виплати аптекам. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/novini/na-novomu-deshbordi-nszu-mozhna-pobachiti-viplati-aptekam-42> (дата звернення: 21.10.2019).

32. IT в охороні здоров'я. URL: <https://www.facebook.com/groups/349924738511445/permalink/552218268282090/> (дата звернення: 21.10.2019).

33. Щодо електронної ідентифікації (спроба дауншіфтіngu). URL: <https://www.facebook.com/groups/349924738511445/permalink/421657711338147/> (дата звернення: 21.10.2019).

34. Трансформації медичної інформації. URL: <https://www.facebook.com/notes/%D1%96%D1%82-%D0%B2-%D0%BE%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%96-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8F/%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D1%84%D0%BE>

<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2654594-elektronna-medkartka-poki-pracue-u-testovomu-rezimi-moz.html> (дата звернення: 21.10.2019).

35. Електронна медкартка поки працює у тестовому режимі – МОЗ. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2654594-elektronna-medkartka-poki-pracue-u-testovomu-rezimi-moz.html> (дата звернення: 21.10.2019).

36. Електронна медична картка. Доктор Елекс. URL: <https://doctor.eleks.com/descriptions/system-2/> (дата звернення: 21.10.2019).

37. Електронний паспорт пацієнта. Запровадження електронних медичних карток. Радіо свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/1375411.html> (дата звернення: 21.10.2019).

38. В Україні у тестовому режимі запрацювала електронна медична картка. УНІАН. URL: <https://www.unian.ua/health/country/10471038-v-ukrajini-u-testovomu-rezhimi-zapracuyvala-elektronna-medichna-kartka.html> (дата звернення: 21.10.2019).

39. Електронна медична картка. Як це працюватиме? Главком. URL: <https://glavcom.ua/country/health/elektronna-medichna-kartka-yak-ce-pracyuvatime-576434.html> (дата звернення: 21.10.2019).

40. У 2019 році розпочнеться робота з електронними медкартками. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/u-2019-roci-rozpochnetsja-robota-z-elektronnimi-medkartkami> (дата звернення: 21.10.2019).

41. Нестеряк Ю.В. Нормативно-правові основи державної інформаційної політики України в умовах розвитку інформаційного суспільства. *Теорія і практика державного управління*. 2012. Вип.4(39). С.111-119.

42. Савич А.С. Європейські програми формування інформаційного простору ЄС. Проблеми міжнародних відносин. URL: <http://vmv.kymu.edu.ua/v/p09/12.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

43. Почепцов Г.Г., Чукут С.А. Інформаційна політика: Навч. посіб. для студентів ВНЗ, аспірантів, викладачів. Київ, 2008. 663 с

44. Лунь Ю.О., Крап А.П., Овсіюк М.О. Характеристика європейських медіа-ресурсів в структурі інформаційних послуг ЄС. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/19233/1/54-Lun-262-265.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

45. Реалізовані проекти за підтримки МІП. Міністерство інформаційної політики України. URL: <https://mip.gov.ua/content/proekti-yaki-realizovani-za-pidtrimki-mip.html> (дата звернення: 21.10.2019).

46. Рябоконь О. Державна інформаційна політика формування інформаційного суспільства: зарубіжний досвід. *Наук. пр. Нац. б-ки України ім. В. І. Вернадського* : зб. наук. пр. 2016. Вип. 43. С. 97–114.

47. Звіт щодо витрат Міністерства інформаційної політики України за 2018 рік. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-presshall/2578152-zvit-sodo-vitrat-ministerstva-informacijnoi-politiki-ukraini-za-2018-rik.html> (дата звернення: 21.10.2019).

48. Кінаш І.П. Зарубіжний досвід формування інформаційної інфраструктури. *Сталий розвиток економіки*. 2013. №2. С.48-50

49. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції популяризації України у світі та просування інтересів України у світовому інформаційному просторі: розпорядження Кабінету Міністрів України від 7 червня 2017 р. № 383-р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2017-%D1%80> (дата звернення: 21.10.2019).

50. Використання інформаційно-комунікаційних технологій на підприємствах за 2017 рік. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/> (дата звернення: 21.10.2019).

51. Питання діяльності Міністерства інформаційної політики України: постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2015 р. № 2. Верховна Рада України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2-2015-%D0%BF> (дата звернення: 21.10.2019).

52. Правове забезпечення державної інформаційної політики. Міністерство юстиції. URL: https://minjust.gov.ua/m/str_22116 (дата звернення: 21.10.2019).

53. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 грудня 2016 року «Про Доктрину інформаційної безпеки України»: Указ Президента України від 25 лютого 2017 року №47/2017. Офіційне інтернет-представництво Президент України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/472017-21374> (дата звернення: 21.10.2019).

54. Про утворення Міжвідомчої комісії з питань популяризації України у світі: постанова Кабінету Міністрів України від від 7 червня 2017 р. № 467. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/467-2017-%D0%BF> (дата звернення: 21.10.2019).

55. Звіт про роботу МІП за 2017 рік. Міністерство інформаційної політики. URL: <https://mip.gov.ua/files/documents/zvit-mip-2017.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

56. Дацків І. Становлення та розвиток інформаційного забезпечення управлінської діяльності в Україні: міжнародний досвід. *Всесвітня історія та міжнародні відносини*. URL: <http://oaji.net/articles/2017/294-1483715458.pdf> (дата звернення: 21.10.2019).

57. Інформаційне суспільство. Українська інтернет – енциклопедія. URL: <http://www.uapedia.com.ua/?p=2973> (дата звернення: 21.10.2019).

58. Шпиґа П. Визначення інформаційного суспільства. Електронне урядування. Інформаційне суспільство. 2011. URL: http://egov.at.ua/publ/informacijne_suspilstvo/informacijne_suspilstvo_v_ukrajini/pro_informacijne_suspilstvo/11-1-0-9 (дата звернення: 21.10.2019).

ДОДАТОК А
Таблиця А.1

Системи охорони здоров'я в розвинених країнах світу (на основі [23])

Країна	Характеристика
Великобританія	Великобританія є однією з небагатьох європейських країн, де переважна частина (95%) медичних установ належить державі. У цій країні домінує державна система охорони здоров'я. Як додаток до неї функціонує приватне страхування та платна медична допомога. Приватним медичним страхуванням користуються 12% населення, отримуючи доступ до обмежених видів лікування в приватних медичних установах. Національна служба охорони здоров'я (National Health Service) об'єднує всі державні медичні установи, контролює і оплачує діяльність багатьох медичних інститутів. Важливу роль відіграє структура системи охорони здоров'я, основою якої є Департамент охорони здоров'я. Цей урядовий орган створює і контролює впровадження законів, нормативних актів в медичній галузі. Рішення на локальному рівні приймають місцеві підрозділи NHS. В країні у 2002 р. стартував масштабний національний проект зі збору і обміну медичною інформацією. Проект обійшовся в 20 млрд. доларів (14 млрд. фунтів стерлінгів). У межах цього проекту реалізована Національна електронна кадрова система для працівників охорони здоров'я Англії, що забезпечує єдиний централізований кадровий облік і нарахування заробітної плати для більше ніж 1,3 млн. медиків. Вартість системи близько 100 млн. доларів. Це свідчить про те, що проблема полягає саме в особливостях медичної інформації, адже інформатизація адміністративно-фінансової галузі просунулася набагато далі, ніж медичної.
Німеччина	У країні діє одна з найбільш розвинених систем соціального медичного страхування, якою охоплено понад 90% населення. Система обов'язкового страхування здійснює свою діяльність через страхові організації — лікарняні каси. Охорона здоров'я Німеччини ґрунтується на добре структурованій системі медичного страхування, що складається з державного медичного страхування (ДМС) і страхування приватних фондів. Державне страхування має приблизно 89% населення; приватну страховку — 9% німців; 2% населення отримують медичне обслуговування із спеціальних державних програм (військовослужбовці, поліцейські).
Австрія	Система охорони здоров'я Австрії рухається в напрямку профілактичної медицини. У 2005 році Міністерство охорони здоров'я впровадило рекомендації 3 превентивної медицини, ключовим пунктом яких стало проведення обстежень груп ризику. Такі щорічні медичні огляди оплачуються державними страховими фондами. Метою проведеної у 2005 році реформи охорони здоров'я було створення єдиної мережі стаціонарних та амбулаторних установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності. Основним кроком стало створення Федерального медичного управління та Регіональних медичних комітетів. Фінансування соціального страхування здійснюється через внески, які платять самі застраховані або їхні роботодавці. Розмір внесків залежить від річних доходів. Близько 2/3 населення самостійно оплачують страхування, а решта отримують послуги безкоштовно як члени сімей (наприклад діти). 98% населення Австрії мають медичну соціальну страховку.
Естонія	До реформи 1990 року в Естонії майже не було приватного медичного сектору, населенню надавалася безкоштовна медицина. Також були поширені

Країна	Характеристика
	неофіційні платежі за надання медичних послуг. В Естонії була реалізована одна з найбільш вдалих медичних реформ серед пострадянських країн. У відносно короткі терміни було змінено принципи медичного фінансування та надано автономію клінікам. За десять років в країні було створено нову систему охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам. Система охорони здоров'я в Естонії фінансується в основному за рахунок податків. Естонії використовується система договірних відносин, при якій ФМС укладає договори тільки з обраними медичними організаціями. Відбираються найбільш ефективні постачальники послуг (в тому числі з приватних установ).
Польща	Охорона здоров'я Польщі фінансується за рахунок декількох видів надходжень до Національного фонду медичного страхування. У структурі бюджету фонду третину складають внески громадян і 2/3 — державні кошти. Також залучаються надходження з альтернативних джерел. Близько 98% населення мають обов'язкове медичне страхування, яке гарантує доступ до медичних послуг. Використовуються різні механізми для підвищення якості медичних послуг (стандартизація, сертифікація, новітні стандарти, навчання лікарів). Однак ці заходи підвищили вартість медичних послуг, що також відбилося на їхній доступності для населення.
Словенія	У Словенії введено обов'язкове медичне страхування, яке покриває всі верстви населення, в тому числі безробітних. На сьогоднішній день реформа зосереджена на підвищенні якості медичних послуг та їх доступності. Реформа системи охорони здоров'я ставила перед собою ряд цілей: проголошення загальної доступності медичних послуг - кожен громадянин Словенії має доступ до медичної допомоги; солідарність — всі громадяни вносять свій внесок у фінансування системи в залежності від їх доходів і використовують медичні послуги за потребами; рівність — доступ до медичної допомоги визначається виключно потребою пацієнта і не залежить від інших чинників (етнічної приналежності, статі, віку, соціального статусу або платоспроможності). У 1992 році було запроваджено медичне страхування і створено Інститут медичного страхування Словенії (Health Insurance Institute of Slovenia, HIIS). HIIS є єдиною організацією, відповідальною за надання обов'язкового медичного страхування. HIIS має 56 філій у країні, в тому числі 10 на регіональному рівні та 46 на місцевому рівні. До завдань Інституту медичного страхування входять: забезпечення обов'язкового медичного страхування; укладання договорів медико-санітарної допомоги; надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам; ведення бази даних і статистики по медичному страхуванню; встановлення ставок для внесків.

ДОДАТОК Б

Напрямки державної інформаційної політики в сфері охорони здоров'я

Інформаційна технологія	Характеристика
Електронний рецепт	Цифровий аналог рецептів на паперових бланках. Електронний рецепт покликаний усунути необхідність виписування рецептів лікарем від руки, зменшити кількість помилок, зекономити робочий час, надати можливість відстеження лікарських призначень, руху препаратів пацієнта для лікування.
Верифікація центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я	Для актуальності та точності всіх даних, що зберігаються у центральній базі даних електронної системи охорони здоров'я, НСЗУ регулярно здійснює заходи з їхньої верифікації. Регулярна верифікація даних відбувається за допомогою кількох процесів: деактивація даних про померлих пацієнтів, медичних спеціалістів, інших користувачів в системі відбувається відповідно до даних Державного реєстру актів цивільного стану громадян в останній робочий тиждень кожного місяця; он-лайн та офлайн дедублікація запобігає появі дублів даних в системі, виявляє і деактивує вже наявні дублі записів про пацієнтів, декларації, медичних працівників та спеціалістів, а також медичні заклади; розгляд запитів/звернень щодо вчинення дій із даними в системі від заявників, яких можна ідентифікувати.
Онлайн-дешборд	З метою обізнаності громадян щодо сфери надання електронних послуг Національною службою охорони здоров'я запроваджено онлайн-дешборд, що допомагають аналізувати динаміку впровадження медичної реформи, а також розповіли про заходи, спрямовані на розвиток прозорості в діяльності Національної служби здоров'я України. Дешборд містить інформацію про місця надання первинної медико-санітарної допомоги: електронна карта розташування з адресами та контактними телефонами, розподіл закладів за областями, кількість декларацій у кожного лікаря закладу.
Візуалізована інформація	Медичні зображення – один із напрямків, для якого, через великі обсяги даних та специфічні вимоги до якості, вже давно напрацьовані стандарти інтеоперабельності, як на апаратному рівні, так і при інтеграції в electronic health record або electronic medical record . Інші типи специфічних медичних даних знаходяться на різних стадіях аналогічних процесів.
	на основі наявної в базах даних інформації. Сутність заповнення таких форм – не стільки дублювання медичної інформації із первинних медичних форм, скільки її кодування, класифікація (наприклад, клінічний діагноз, який може займати в історії хвороби півтори сторінки медичних термінів довільного змісту та форми, при заповненні форми 66 має бути сформульований в термінах МКХ-10). При відмові від стат.форм таке кодування має бути виконане на іншому рівні (очевидно, прописаному у відповідних Minimum data sets).
Електронні медичні карти	Медичні карти амбулаторного (стаціонарного) пацієнта є найбільш об'ємними комплексними документами, які мають інформаційну (для лікаря) та навіть юридичну (для прокурора) цінність. Їхні сучасні аналоги – електронні медичні записи (electronic medical (або health) records - EMR, EHR). Зазвичай під EMR розуміють локальний запис в закладі охорони здоров'я, а під EHR – більш узагальнену, агреговану інформацію про пацієнта, яка об'єднує різні аспекти та епізоди медичної допомоги.