

Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління і адміністрування

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

«Реформування системи надання медичних послуг в Україні»
(за матеріалами Міністерства охорони здоров'я України)

Студентка III курсу 6С групи
спеціальності 281 «Публічне
управління та
адміністрування» спеціалізації
«Публічне управління та
адміністрування»

(підпис студента)

Хоміч Ольга
Миколаївна

Науковий керівник
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

(підпис керівника)

Ільїна Анастасія
Олександрівна

Гарант освітньої програми
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

(підпис гаранта)

Головня Юлія Ігорівна

Київ 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. СТРАТЕГІЧНЕ БАЧЕННЯ І МЕТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ.....	11
2.1. Загальні результати проведення реформ в системі охорони здоров'я в Україні.....	11
2.2. Шляхи оптимізації реформування системи охорони здоров'я в Україні в контексті удосконалення надання медичних послуг населенню.....	20
ВИСНОВКИ.....	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	32
ДОДАТКИ.....	35

ВСТУП

Актуальність теми зумовлена тим, що національна система охорони здоров'я України має глибинні недоліки, які виникли через відсутність модернізації, тривале ігнорування потреб населення, невикористання сучасних світових тенденцій, неефективність роботи системи та високий рівень корупції.

Наразі Україна суттєво відстає від своїх європейських сусідів за таким показником, як середня тривалість життя, який станом на 2012 рік становив 71 рік, тобто 76 років – для жінок та 66,1 рік – для чоловіків. Через це Україна має високий рівень смертності, який за період з 1991 по 2012 рік збільшився на 12,7% і становив 14,5 на 1000 осіб. Поряд із невирішеними проблемами стосовно поширення інфекційних захворювань і високого рівня травматизму основними впливовими факторами на дану ситуацію можна назвати паління, надмірне вживання алкоголю, зайва вага та брак фізичного навантаження.

Довгий час система охорони здоров'я в Україні була громіздкою та застарілою, так як дісталась у спадщину від Радянського Союзу і базувалась на моделі Семашка з жорсткими процедурами управління та фінансування.

Зрозуміло, що трансформація системи охорони здоров'я України має надзвичайно велике значення та стосується кожного. Її мета – забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян України та перебудова системи охорони здоров'я на користь самого пацієнта.

Як відомо, з метою вдосконалення системи надання медичних послуг в Україні Міністерство охорони здоров'я України запропонувало схвалення Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, як складової Національного плану дій з реформування, проголошеного Указом Президента України від 12 січня 2015 року № 5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна-2020» та урядом України згідно програми діяльності Кабінету Міністрів України, схваленої постановою Верховної ради України від 11 грудня 2014 року № 26-VIII.

Найвищою соціальною цінністю громадян Конституція України визнає життя й здоров'я, де держава має виступати гарантом забезпечення прав і свобод людини. Проте проблеми, пов'язані з тенденцією погіршення стану медичної системи протягом тривалого часу, створюють суттєві вади реалізації задекларованого права людини на отримання медичної допомоги від держави, дослідження яких потребує подальшого вирішення.

Метою роботи є дослідження проблем функціонування системи охорони здоров'я в Україні та визначення шляхів реформування охорони здоров'я для підвищення якості надання медичних послуг населенню.

Досягнення поставленої мети потребує вирішення наступних **завдань**:

- узагальнення теоретичних основ реорганізації системи надання медичних послуг;
- проведення аналізу сучасного стану реформування системи надання медичних послуг в Україні;
- формулювання шляхів удосконалення державного регулювання системи надання медичних послуг в Україні.

Об'єктом дослідження виступає державне регулювання системи надання медичних послуг в Україні, робота Міністерства охорони здоров'я України та робота експертної групи реанімаційного пакету реформ «Реформа системи охорони здоров'я».

Методологія дослідження. Під час підготовки роботи були застосовані наступні методи дослідження: порівняння, узагальнення та аналіз.

Предметом дослідження є сучасний стан системи охорони здоров'я населення в Україні.

Практичне значення роботи полягає в тому, що запровадження запропонованих заходів має позитивно вплинути на рівень надання медичних послуг в Україні.

Обсяг і структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (21 найменування) та додатків. Основний обсяг роботи становить 31 сторінку. Робота містить 5 рисунків, 4 таблиці.

РОЗДІЛ 1

СТРАТЕГІЧНЕ БАЧЕННЯ І МЕТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Враховуючи те, що тривалий період державна система охорони здоров'я населення в Україні спиралась на командно-адміністративну модель управління, яка вже є застарілою, показала свою неефективність в умовах сьогодення, не передбачала механізмів об'єктивної оцінки реального обсягу та якості наданих медичних послуг, не була здатною задовольнити потреби населення, гостра потреба в її трансформації була лише питанням часу.

Міжнародний досвід, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також ряд досліджень специфіки використовуваної моделі системи охорони здоров'я України свідчать, що єдиним дієвим способом забезпечення якісного медичного захисту населення без фінансового стресу для громадян є перехід до системи фінансування охорони здоров'я на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком і замовником централізованої закупівлі медичних послуг – Національною службою здоров'я України. Цей спосіб дозволяє здійснити розподіл між ризиками виникнення захворювання та витратами на лікування серед великої кількості застрахованих осіб, заздалегідь акумулюючи ресурси із загального обсягу бюджетних призначень на державне солідарне медичне страхування, передбачених у Державному бюджеті України на відповідний рік. У разі виникнення певного захворювання чи іншого розладу здоров'я громадянина фінансові ресурси спрямовуються на надання необхідних медичних послуг та закупівлю лікарських препаратів у межах державного гарантованого пакету медичної допомоги.

Так, гарантований пакет медичної допомоги як предмет медичної закупівлі є прозоро визначеним обсягом первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), екстренної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16-ти років, жінкам у зв'язку з вагітністю та пологами, а також лікарських засобів. На отримання відповідних послуг мають

право всі без винятку громадяни України у разі настання на це потреби. Віртість цих послуг покриватиметься системою державного стархування повністю або частково.

При переході на нову систему надання медичних послуг має місце створення нової та постійне вдосконалення сучасної платформи, де здійснюється електронний збір та обмін медичною та фінансовою інформацією.

Однак зазначений тип реформування існуючої системи фінансування галузі охорони здоров'я є для України досить радикальним. Тому дуже важливо, щоб передбачені ним зміни здійснювалися поступово та максимально безболісно для пацієнтів, де величезну роль відіграє забезпечення належного соціального захисту та перепідготовка працівників закладів охорони здоров'я в умовах проведення необхідних реформ. Дотримання поступовості потребує і під час розбудови новітніх інформаційних систем, здійснення крупних інвестицій у будівництво та розвиток перспективних закладів охорони здоров'я в новоутворених госпітальних округах, закріплення нових функцій органів місцевого самоврядування та територіальних громад в системі медичного стархування, забезпечення постійного зв'язку із громадянами, а також роз'яснення сутності, механізмів здійснення та очікуваних результатів проведення реформ широким верствам населення.

Враховуючи те, що головною метою трансформації системи охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення України та забезпечення фінансового захисту громадян від катастрофічних витрат з власних кишень у разі хвороби, сьогодні політика Міністерства охорони здоров'я України ґрунтується на таких основних принципах [5]:

- забезпечення державних гарантій надання медичних послуг в залежності від виду медичної допомоги;
- розвитку ефективної та доступної мережі закладів;
- безперервного покращення якості медичної допомоги;
- впровадження електронної системи охорони здоров'я;
- забезпечення пацієнтів лікарськими засобами.

Проте слід зазначити, що в Україні система охорони здоров'я вже тривалий час перебуває у стані реформування (пілотні проекти по запровадженню сімейної

медицини, спроби розділити первинну та спеціалізовану допомогу були розпочаті подекуди ще з 2011 року), проте на сьогоднішній день медична реформа ще не реалізована до кінця. За таких умов не всі пацієнти відразу відчують покращення функціонування системи і в кінцевому результаті багато громадян вимушені вдаватися до самолікування, звертатися до нетрадиційної медицини або шукати порад у мережі Інтернет.

Послідовне втілення та проведення оцінки успішності впровадження та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я потребує вирішення важливого питання, пов'язаного із системним оцінюванням доступності та якості надання медичних послуг. Адже, як засвідчують дослідження, проведені у зарубіжних країнах світу, між задоволеністю пацієнта отриманою ним медичною послугою та результатом процесу лікування існує прямий зв'язок. Крім того, системний моніторинг доступності та якості надання медичних послуг сприятиме значному поліпшенню ситуації, пов'язаної із здоров'ям громадян країни.

З метою вивчення рівня задоволеності громадян та їх досвіду отримання медичної допомоги, міжнародним фондом «Відродження» за підтримки агентства США з міжнародного розвитку (USAID) було проведено дослідження «Індекс здоров'я. Україна 2016» [4]. В рамках дослідження було широко вивчено поведінку громадян України у разі виникнення проблем зі здоров'ям, доступність лікарських препаратів, спосіб життя людей та ін.

Задоволення різних верств населення від отримання медичних послуг, які можуть бути як споживачами, так і не споживачами (наприклад, отримувачами медичних консультацій) – безперечно суб'єктивна оцінка, яка, з іншого боку, є вкрай цінною для зворотного зв'язку із громадянами. Негативне ставлення громадян до сучасної системи охорони здоров'я через високий рівень незадоволеності від отримання медичних послуг стає психологічним бар'єром у зверненні до лікарів у разі настання захворювання або під час проходження профілактичного огляду. У пострадянських країнах оцінюванню задоволеності сучасною системою охорони здоров'я часто не надавали необхідної ваги через її суб'єктивність. Разом з цим, насправді задоволені пацієнти більш схильні користуватись медичною допомогою,

бути прихильними до призначеної лікарем схеми лікування, підтримувати стосунки з певним надавачем медичних послуг із рекомендацією цих послуг іншим пацієнтам. За репрезентативними для країн даними 2010 року [4] попередні порівняльні дослідження вказували на досить низький рівень задоволення якістю та доступністю медичної допомоги в Україні серед споживачів: 41% задоволених амбулаторною допомогою в Україні на противагу 70% в Угорщині, а в стаціонарній допомозі ці показники становили 44% та 68% відповідно. Зазвичай у періоди реформ, коли впроваджуються нові «правила гри», як правило спостерігається низький рівень задоволеності населення наданням медичних послуг. При цьому очікується, зростання рівня задоволеності людей сучасною системою охорони здоров'я згодом після періоду реформ. Однак, з огляду на дані 2016-2017 років (додатки А, Б), громадян України здебільшого не відчують процес проведення реформ та з нетерпінням на них очікують.

У середньому по Україні рівень задоволеності отриманням послуг від сімейного лікаря чи дільничного терапевта складає 70% та є вищим, порівняно із отриманням стаціонарної допомоги (62%). У різних областях України рівень задоволеності роботою дільничних терапевтів помітно відрізняється: найнижчий рівень задоволеності роботою терапевтів припадає на Кіровоградську область (47%); рівень нижче середнього – Сумську (56%), Полтавську (58%), Дніпропетровську (61%) і Донецьку (63%) області; найбільша кількість задоволених громадян від отримання відповідних медичних послуг проживає у Миколаївській (83%), Чернігівській (83%) та Тернопільській (84%) областях.

За результатами опитування, 62% хворих та травмованих пацієнтів протягом останнього року звітують про звернення за медичною допомогою до лікаря або фельдшера (додаток В). У разі виникнення захворювань до лікарів дещо частіше звертаються жінки (63%), аніж чоловіки (59%), а також люди, старші 60 років (65%), аніж молодь віком від 18 до 29 років (57%) незалежно від типу місцевості та рівня доходів. Відсоток громадян України, які зверталися за медичною допомогою у випадку захворювання протягом останнього року, коливається від 39%

(Хмельницька область) та 45% (Запорізька область) до 94% (Кіровоградська область).

Найбільш поширеною формою профілактичного огляду є флюорографія, яку протягом останнього року робили близько 60% опитаних: 57% серед жінок і 61% серед чоловіків. Протягом минулого року професійний медичний огляд проходили 34% опитаних в однаковій кількості серед жінок та чоловіків. Так, 51% жінок відвідували гінеколога, 19% – робили мамографію. Серед чоловіків 23% проходили медичне обстеження в уролога. Профілактичну кардіограму було зроблено 42% респондентами, зокрема серед людей віком до 40 років – 37% і старших 40 років – 45%. У додатку Г представлені відсотки громадян, які відповіли позитивно хоча б на одну із запропонованих опцій: проходження професійного медичного огляду, профілактичної кардіограми та обстеження у гінеколога/уролога. На національному рівні 59% опитаних звітують про проходження принаймні одного із згаданих обстежень. Найменші відсотки громадян, які проходили планову перевірку або медичний огляд, припадають на Одеську (36%), Кіровоградську (39%), Волинську (43%) та Тернопільську (47%) області України, а також на м. Київ (46%), коли відсоток відповідних громадян, які проживають у Чернігівській (70%), Херсонській (70%), Чернівецькій (72%) та Черкаській (73%) областях України є найбільшим.

Крім того, результати загальнонаціонального опитування «Індекс здоров'я» Україна-2016 [4] дали змогу кількісно оцінити масштаби тих чи інших стратегій поведінки людей у разі їх захворювання. Виявилось, що лише третина опитаних у випадку занедужання звертається до лікаря. Більш як половина пацієнтів обирають самолікування як найтипівішу стратегію поведінки. Один із найвищих відсотків відмови від звернення до медичного закладу пояснюється високою вартістю лікування, а частина опитаних не довіряють кваліфікації медперсоналу (додаток Д).

За результатами зазначеного дослідження фахівцями Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) було надано наступні рекомендації щодо покращення доступу пацієнтів України до лікування:

- продовжити проведення МОЗ України державних закупівель ліків, вакцин та виробів медичного призначення через міжнародні спеціалізовані організації;

- здійснення закупівель медикаментів та виробів медичного призначення з використанням електронної системи ProZorro;
- переведення медичної документації в електронну форму та запровадження глобальної системи e-Health, яка передбачає створення реєстрів пацієнтів, електронні рецепти, медичні карти та ін.;
- поширення політики прозорості та підзвітності лікарень щодо використання медикаментів, закуплених за бюджетні кошти, публікація на сайтах інформації про залишки препаратів, запровадження системи контролю за рухом ліків;
- впровадження прозорої системи реімбурсації (відшкодування вартості) ліків, внесених до Національного переліку;
- перехід на міжнародні протоколи лікування та діагностики;
- введення ефективних механізмів контролю якості ліків на етапі їх реєстрації;
- затвердження Національного переліку основних лікарських засобів на основі базового переліку Всесвітньої організації охорони здоров'я. При цьому до Національного переліку мають бути включені ліки, необхідні для лікування пацієнтів з тяжкими (включаючи рідкісні) захворюваннями;
- впровадження контролю відпуску аптеками рецептурних ліків лише за призначенням лікаря, що має обмежити самолікування та запобігатиме надлишковому вживанню ліків;
- посилення контролю за рекламою ліків;
- вдосконалення та спрощення дозвільної системи лікарських засобів;
- скасування 7% ПДВ на ліки.

Отже, з метою попередження розвитку тяжких форм захворювань та їх ускладнень необхідно регулярно проводити профілактичний огляд та своєчасно звертатися до лікарів за отриманням медичних послуг. Однак надання лікарями якісних медичних послуг потребує значних фінансових витрат з боку як пацієнтів на обстеження, так і держави на закупівлю якісного обладнання та перекваліфікацію медперсоналу. Однак, як показує досвід, населення України, на жаль, продовжує звертатися до лікарів лише у випадках, пов'язаних із виникненням захворювань або проблем зі станом здоров'я, а не з метою проходження профілактичного огляду.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

2.1. Загальні результати проведення реформ в системі охорони здоров'я в Україні

Як відомо, Україна успадкувала від радянського періоду систему охорони здоров'я, організовану за моделлю Семашка, в якій вся медична система є державною власністю. Ця система була розроблена в той час, коли ще не було створено сучасних методів комунікації, а медичні технології не були достатньо розвиненими. Вона була створена для ефективної боротьби з інфекційними захворюваннями та травмами населення, проте останнім часом виявилася нездатною оперативно реагувати на сучасні потреби населення і міжнародні тенденції модернізації та поліпшення системи охорони здоров'я.

При системі Семашка заклади охорони здоров'я фінансуються з бюджету, який розписаний відповідно до жорсткої економічної класифікації. Тобто, медичні установи не мають права самостійно переносити кошти з однієї статті видатків на іншу, а мають витрачати їх відповідно до затвердженого кошторису. Така система фінансування закладів охорони здоров'я робила їх діяльність негнучкою та малопродуктивною, призводила до неефективного використання коштів та виникнення корупційних ризиків. Теоретично Міністерство охорони здоров'я України мало координувати всю сукупність медичних закладів країни. Проте одночасно існує багато інших закладів охорони здоров'я, які належать різним міністерствам та відомствам (наприклад, Міністерству оборони України, Міністерству внутрішніх справ України та ін.). У цих закладах працівники та пенсіонери цих відомств також отримують медичну допомогу. При цьому відповідні громадяни користуються і закладами охорони здоров'я загальної мережі.

Як проілюстровано на рис. 2.1, відповідна ситуація призвела до завищеної кількості лікарень в країні (5,22 на 100000 населення) та лікарняних ліжок (746 на

100000 населення), що набагато більше у перерахунку на душу населення, ніж у сусідніх країнах та країнах ЄС.

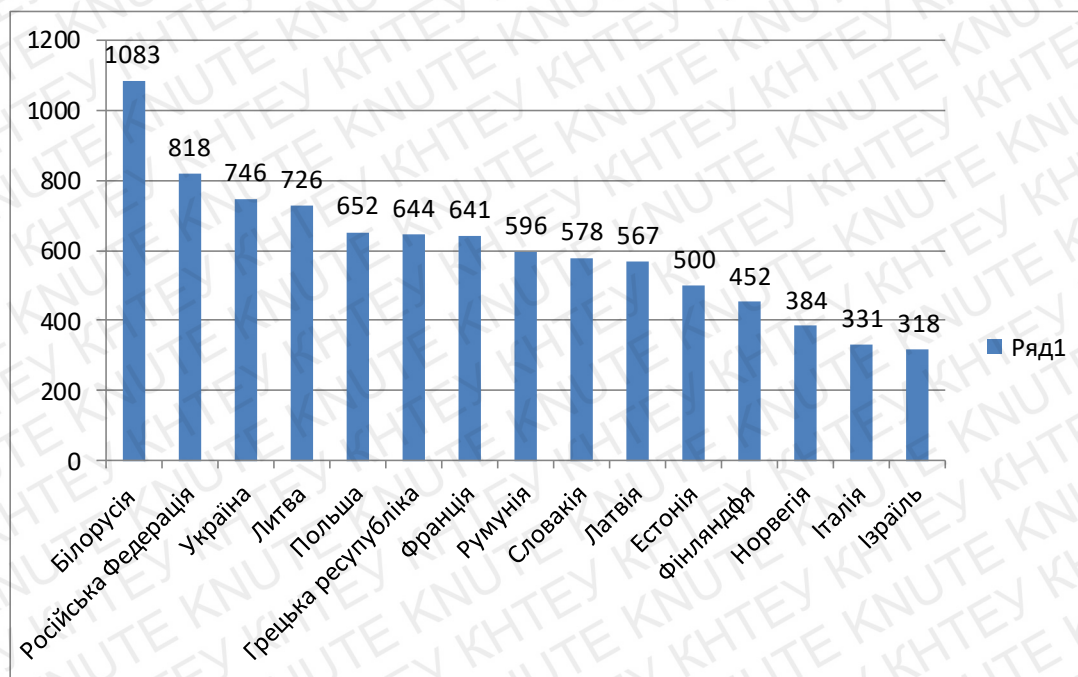


Рис. 2.1. Кількість ліжкомісць на 100 тис. населення України у порівнянні із зарубіжними країнами світу у 1991 році [5].

Однак більшість цих лікарняних ліжок мали надзвичайно низький потенціал щодо надання медичних послуг. Наприклад, у Німеччині в чотири рази менше лікарень, ніж в Україні, а витрати на кожного пацієнта є у 20 разів вищими. В українських лікарнях кількість ліжок вдвічі перевищувала європейські нормативи. Але через застарілі технології тривалість стаціонарного лікування в Україні була на 50% довшою, порівняно з країнами ЄС.

В Україні загальний обсяг витрат на охорону здоров'я як пацієнтів, так і держави відповідає середньому показнику більшості країн ЄС. Адже протягом довгого періоду надання медичних послуг населенню залишалось безоплатним тільки у паперовому вигляді. Більшість українських пацієнтів розуміють систему медичного обслуговування як послідовність обов'язкової сплати лікареві за надання медичної послуги чи здійснення так званого «благодійного внеску», який насправді має бути обов'язково сплаченим кожним пацієнтом.

Не дивлячись на те, що Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992р [7] передбачає забезпечення галузі охорони здоров'я бюджетними видатками в розмірі не менше 10% від обсягу національного доходу, за 11 років дії Закону не було навіть кроку для реалізації передбаченого положення.

Як видно з рис. 2.2, видатки державного бюджету на охорону здоров'я охоплювали в середньому 51% від загального обсягу (близько 4% ВВП).

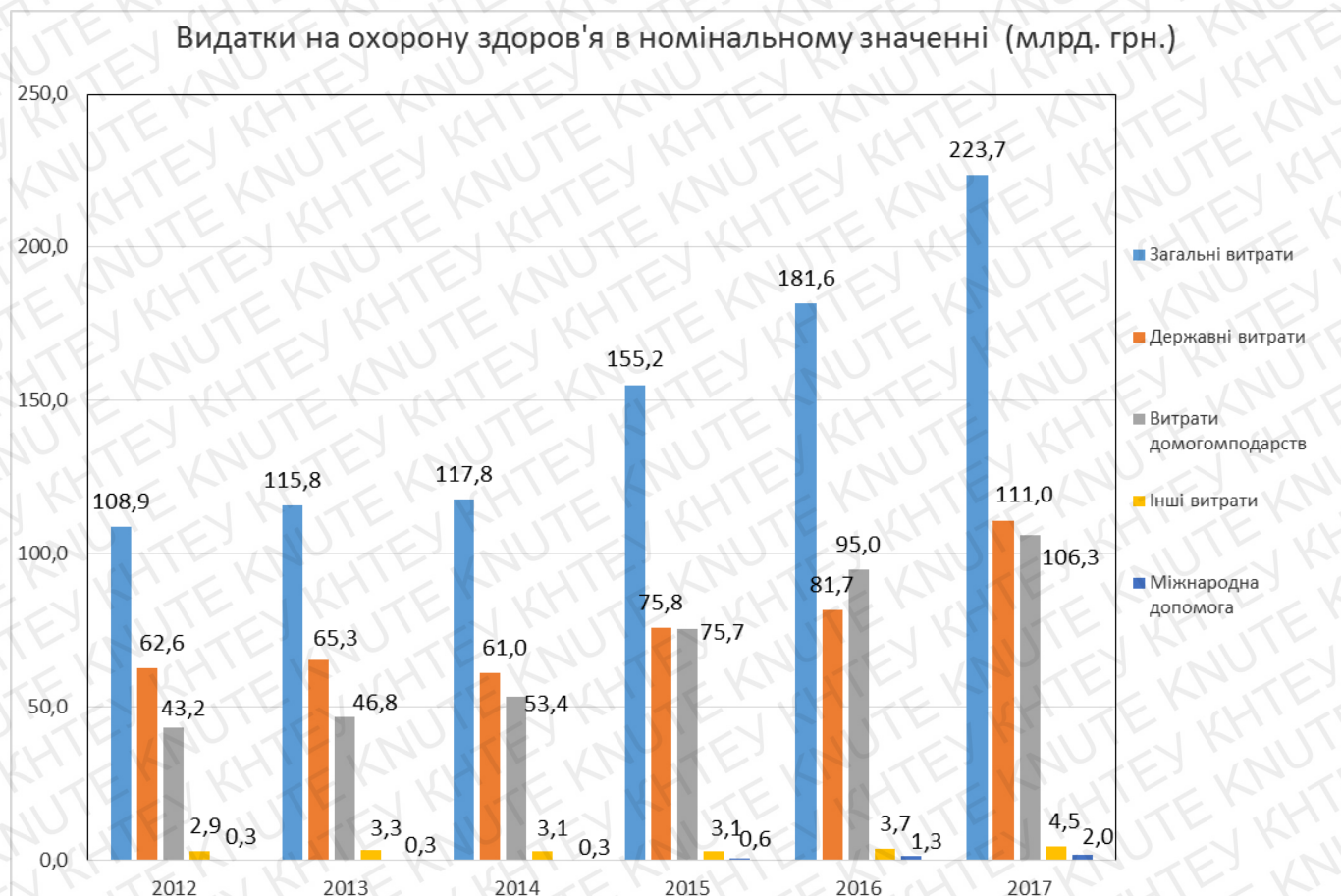


Рис. 2.2. Аналіз видатків на охорону здоров'я в номінальному значенні в Україні за період з 2012 по 2018 роки [5]

Приватні витрати на охорону здоров'я у співвідношенні із державними були одними з найвищих у країнах ЄС, в тому числі країнах Східної Європи. Переважна більшість цих витрат (близько 95%) були виплачені домогосподарствами, а лише 5% припадало на страхові виплати, донорську та міжнародну допомогу. При цьому, видатки державного бюджету переважно склалися із видатків закладів охорони здоров'я на виплату заробітної плати та оплату комунальних послуг (близько 75%).

За таких умов залишалось дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто лікування хворих, купівлі медикаментів, оновлення технологічного обладнання тощо. Більшість витрат домогосподарств на охорону здоров'я, що склали від 3% ВВП (біля 43 млрд грн.) у 2012 до майже 4% ВВП (біля 95 млрд грн.) у 2016 роках були виплачені безпосередньо надавачам послуг. Такий рівень витрат установ часто призводить до катастрофічних наслідків для бюджетів домогосподарств. Щороку 640 тисяч українських сімей зазнають фінансового краху через хворобу, оскільки змушені були самостійно оплачувати дороговартісне лікування.

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 близько 3,6% за рахунок приватного сектору), що насправді не дуже відрізняється від загальносвітового та європейського тренду (рис. 2.3).

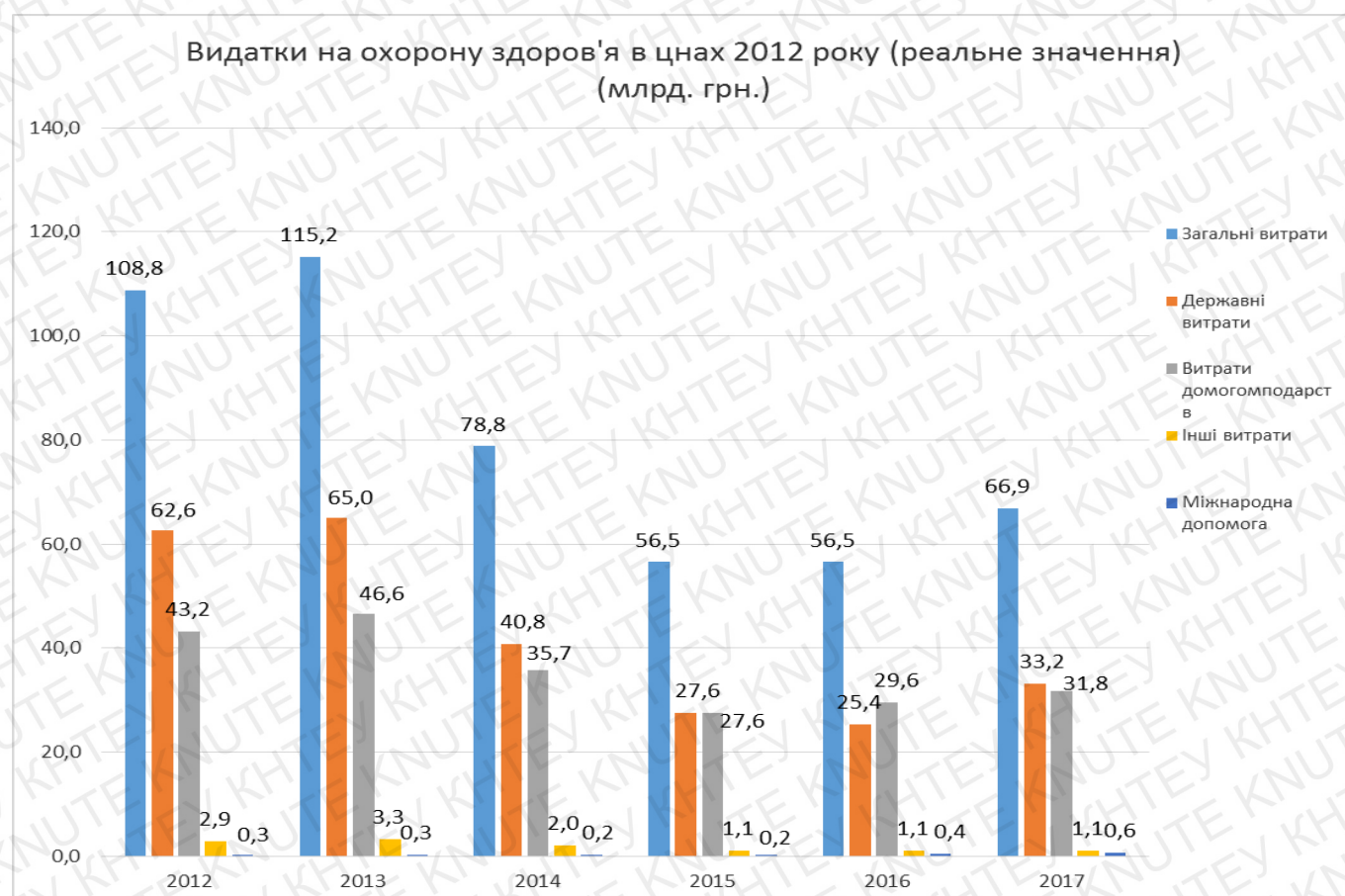


Рис. 2.3. Аналіз видатків на охорону здоров'я в цінах 2012 року в Україні за період з 2012 по 2017 роки [5]

Як ілюструє рис. 2.4, більша населення України, на жаль, не має можливості на сучасну дороговартісну медичну допомогу. Таким чином вони вимушені відкладати лікування або відмовляться від нього, що призводить до високої смертності, інвалідизації, набуття хронічних захворювань і, отже, зниження рівня життя населення.

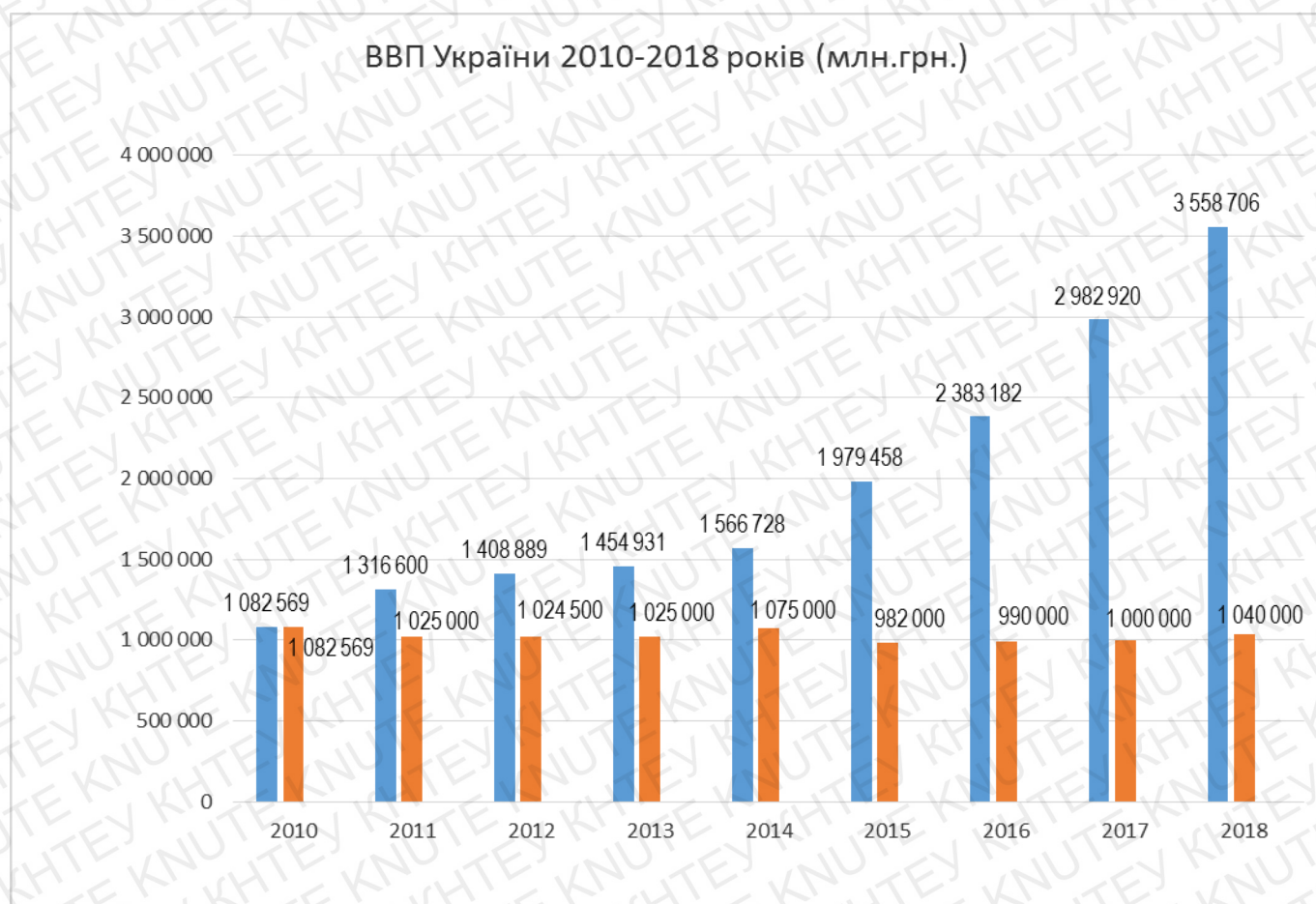


Рис. 2.4. Порівняльний аналіз номінального та реального ВВП України за період з 2010 по 2018 роки [5]

Так, у Європейському регіоні загальні видатки на охорону здоров'я складають 8,9%, а у світі в цілому – 8,6%. Проте через низький рівень ВВП в Україні цей показник у витратах на душу населення складає близько 200 дол. США, що є значно нижче, ніж у країнах ЄС: в середньому по ЄС – 3340 дол. США, у Польщі – 809 дол. США, у Болгарії – 612 дол. США, у Румунії – 476 дол. США. При цьому бюджет охорони здоров'я в Україні у порівнянні з іншими соціальними галузями є найнижчим (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Динаміка бюджету України в розрізі основних галузей людського капіталу,
млрд. грн. [4]**

Назва установи	2015	2016	2017	2018	2019
Міністерство охорони здоров'я України	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
Міністерство освіти і науки України	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Міністерства соціальної політики України	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
Пенсійний фонд України	94,81	143,01	133,69	149,97	166,51

Так, наприклад, видатки Міністерства соціальної політики України у 2,5 рази перевищують видатки Міністерства охорони здоров'я України. Дві третини цих видатків складає пенсійне забезпечення. Видатки Міністерства освіти і науки України також перевищують видатки Міністерства охорони здоров'я України. При цьому підготовка фахівців сфери охорони здоров'я фінансується з бюджету Міністерства охорони здоров'я України, а підготовка інших спеціальностей – з бюджету Міністерства освіти і науки України.

Зважаючи на те, що на зниження рівня здоров'я населення впливають такі фактори ризику як паління, надмірне вживання алкоголю, зайва вага та брак фізичного навантаження, можна вважати недостатньою профілактичну роботу щодо реклами здорового способу життя та розвитку фізичної культури та спорту.

Попри амбітні та благородні цілі медичної реформи, процес її запровадження охарактеризувався значними труднощами та проблемами. Протягом останніх років суспільство опинилося в такому стані, коли стара система охорони здоров'я вже зламана, а нова ще не дала відчутних результатів. Зокрема це підтверджується свіжими даними про стан здоров'я та тривалість життя українців (рис. 2.5).

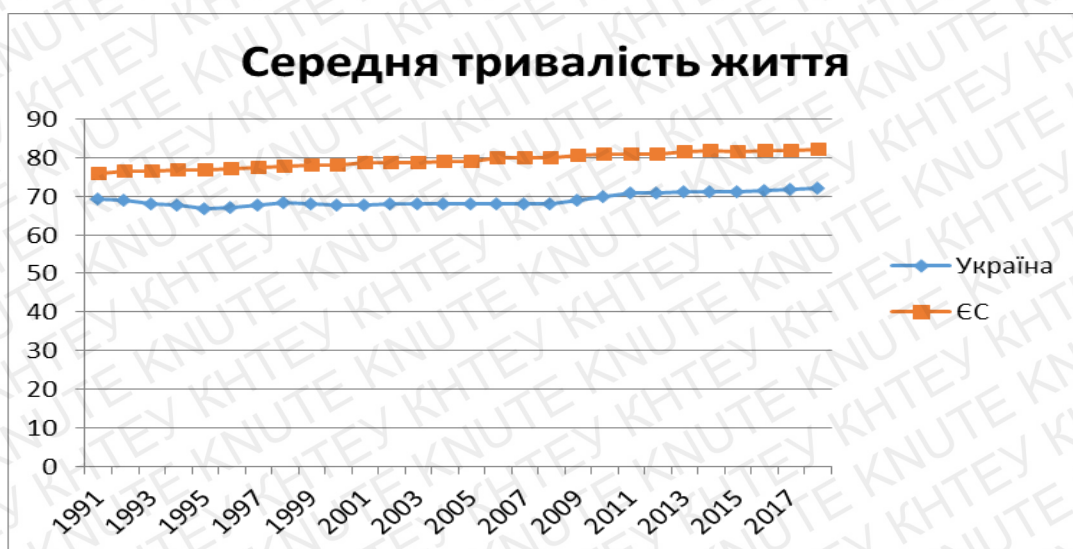


Рис. 2.5. Порівняльний аналіз тривалості життя України та країн ЄС [5]

Так, за підсумками 2018 року Евростат опублікував нове дослідження про тривалість життя європейців. За його результатами середня тривалість життя українців склала 72 роки, а саме – 77 років для жінок та 67 – для чоловіків. Отже, порівняно з 2012 роком громадяни України стали жити трохи довше, проте залишаємось на останньому місці серед мешканців країн ЄС [21].

У період реформування національної системи закупівель ліків (особливо на початку реформи) спостерігалися значні перебої з поставками медичних препаратів, зокрема вакцин та життєво необхідних засобів для тяжкохворих пацієнтів. Однак, не дивлячись на те, що станом на кінець 2019 року зазначена ситуація покращилася, введення в Україні програми сімейної медицини також породило певні проблеми. Згідно з «Орієнтовним переліком медичних послуг», розробленим Міністерством охорони здоров'я України, сімейний лікар має однаково добре розбиратися в хворобах як людей похилого віку, так і двомісячних дітей; знати на зубок офтальмологію, гінекологію, імунологію тощо, а також «проводити невеликі хірургічні втручання». Наразі у великих містах функції сімейного лікаря не розширені: їхні кабінети не мають гінекологічного, офтальмологічного та хірургічного обладнання, а візит до сімейного лікаря часто-густо закінчується лише перенаправленням пацієнта до профільного спеціаліста.

Особливо насторожено противники повсякденного впровадження лікарів загальної практики ставляться до можливості зникнення з медичної арени України

педіатрів, де дитина не є маленьким дорослим, а педіатрія – це окрема спеціалізація, до якої варто підходити дбайливо і відповідально. Наприклад, у Польщі одного разу спробували відмовитись від педіатрії, однак через три роки, коли рівень дитячої смертності поповз угору, від експериментів з дитячими лікарями відмовилися. Стосовно цього, голова Стратегічної дорадчої групи Міністерством охорони здоров'я України В. Курпіта запевнив, що в Україні педіатричну службу все ж буде збережено – поряд із сімейними лікарями в центрах первинної медико-санітарної допомоги продовжать працювати педіатри, акушери-гінекологи та стоматологи.

За даними Міністерства охорони здоров'я України [1], починаючи з 10 січня 2019 року, сімейні лікарі, які набрали максимальну кількість декларацій, мають технічну можливість підписати угоду з додатковими пацієнтами. Оптимальний обсяг практики для терапевта – 2000 декларацій, для сімейного лікаря – 1800 декларацій, для педіатра – 900 декларацій. Це мало, з одного боку, дозволити пацієнту отримати якісні медичні послуги, з іншого – забезпечити лікарю гідну оплату його роботи, що надаватиме можливості лікарям обслуговувати велику кількість пацієнтів, а це особливо є актуальним у сільській місцевості та в маленьких містечках. Однак, не дивлячись на відповідні кроки, обслуговування додаткових пацієнтів оплачуватиметься інакше (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Система перевищення лімітів кількості обслуговуючих пацієнтів [1]

% кількості пацієнтів, %	1 декларація, %	Коефіцієнт
110	120	0,8
120	130	0,6
130	140	0,4
140	150	0,2
150	Всі наступні	0

Так, якщо кількість пацієнтів перевищуватиме рекомендований ліміт до 10%, їх обслуговування буде оплачено за тарифом 370 грн/рік на людину без застосування вікових коефіцієнтів. Якщо ж кількість декларацій є більшою за оптимальну на 10%, то вони оплачуватимуться за тарифом 370 грн/рік на людину за знижувальними коефіцієнтами без застосування вікових коефіцієнтів.

Ще раніше заступником Міністра охорони здоров'я Павлом Ковтонюком було повідомлено про те, що за умов поточного мінімального фінансування первинної медичної допомоги медична практика, яка обслуговує 2000 пацієнтів (лікар, медсестра), отримуватиме середній дохід у розмірі 35000 грн у місяць.

Водночас, у період проведення реформи первинної ланки недостатню увагу було приділено оплаті праці вузьких спеціалістів, заробітна плата яких залишалась значно нижчою від сімейних лікарів, у яких заробітна плата зросла в середньому в 2-4 рази. Відповідно, така ситуація не створює мотивації для підвищення кваліфікації та якісної роботи спеціалістів.

Значною проблемою стало і те, що під час запровадження реформи первинної ланки недостатньої уваги було приділено хронічно хворим пацієнтам та їх диспансерному обліку. Адже тепер вузькі спеціалісти державних закладів охорони здоров'я приймають пацієнтів лише за направленням сімейного лікаря, надаючи їм фахові консультації. Теоретично саме сімейний лікар має опікуватись станом здоров'я пацієнта, слідкувати за результатом лікування та перебігом хронічного захворювання (у разі наявності). Однак, оскільки одна людина не може якісно і своєчасно охопити увагою всіх пацієнтів, які цього потребують, рівень життя та стан здоров'я населення України залишається катастрофічно низьким. Звичну для людей систему диспансерного обліку у вузьких спеціалістів (кардіологів, офтальмологів, гастроентерологів та ін.) уже скасовано. Тому хронічно хворі пацієнти вимушені самі дбати про себе, знаходити спеціаліста, якому довіряють, та самостійно оплачувати його періодичні консультації.

Отже, в Україні постала необхідність реформувати існуючу систему охорони здоров'я, що в першу чергу потребує удосконалення відповідної законодавчої бази. Так, коли у 2010 році Київський міжнародний інститут соціології провів соціологічне опитування, було чітко з'ясовано, що найбільш очікуваною реформою для громадян України є реформа системи охорони здоров'я, поставлена на перше місце 43,6% опитаними. Відповідно, удосконалення системи охорони здоров'я і, отже, покращення якості надання медичних послуг населенню потребує трансформації фінансування української медицини в умовах ринкової економіки.

2.2. Шляхи оптимізації реформування системи охорони здоров'я в Україні в контексті удосконалення надання медичних послуг населенню

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я України ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [6]. Так, проведення реформи системи охорони здоров'я в Україні, яка формально стартувала 1 січня 2017 року, потребує розробки нових стратегічних підходів до підвищення якості й доступності медичної допомоги та зменшення фінансових ризиків для населення під час отримання медичних послуг від лікарів. Ці підходи стосуються, по-перше, запровадження нової моделі фінансування для первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги; по-друге, створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я; по-третє, створення єдиного національного замовника медичних послуг – Департаменту Міністерства охорони здоров'я України «Національна служба здоров'я»; по-четверте, створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією; по-п'яте, формування госпітальних округів; по-шосте, створення автономних бюджетних закладів охорони здоров'я.

У квітні 2017 року була запущена програма «Доступні ліки», за допомогою якої пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть на сьогодні отримати 261 препарат, 59 з яких – на повністю безоплатній основі. Це потребує звернення до лікаря за рецептом і, отже, отримання ліків в долученій до програми аптеці. В Україні у цій програмі вже бере участь більше 6000 аптек, що послужило отриманню приблизно 6,6 млн громадян України ліків за понад 35 млн рецептами за близько 1,8 млрд грн, а за 2018 рік пацієнти отримали ліки за 18 млн рецептами на суму близько 1 млрд грн. Згідно оцінки програми Всесвітньою організацією охорони здоров'я, проведеної у жовтні 2018 року, було успішно реалізовано систему реімбурсації в Україні. Завдяки переходу програми реімбурсації «Доступні ліки» до Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) з 1 квітня 2019 року, пацієнти матимуть можливість отримувати ліки за рецептом у будь-якій аптеці в Україні, яка бере участь у програмі [5]. Це розширило можливості лікарів первинної допомоги, які працюють у

комунальних і приватних медзакладах-партнерах Національної служби здоров'я, а також ФОП виписувати ліки за програмою для усіх пацієнтів, які підписали з ними декларації.

Як бачимо, трансформація системи охорони здоров'я в Україні розпочалася з реформи первинної ланки у 2018 році. Вперше в історії громадяни України змогли обирати свого сімейного лікаря незалежно від місця реєстрації. Усі послуги для пацієнтів фінансуються на 10% з державного бюджету. НСЗУ здійснює оплату закладам первинної ланки за кожного підписаного пацієнта. З січня по липень 2019 року було виплачено 9,5 млрд. грн. Станом на липень 2019 року сімейного лікаря вже обрали понад 28 млн. громадян України, а 76% громадян задоволені своїм вибором. Заклади первинної ланки також відчули переваги від автономізації, оскільки мають можливість самостійно розпоряджатися коштами, що суттєво підвищує економічну ефективність використання активів. Керівник закладу може встановлювати будь-які форми оплати праці персоналу, дозволені законодавством, вкладати вільні кошти в дооснащення закладу. Відтепер лікарі ефективно працюють та отримують заробітну плату, яка зросла у 2-4 рази.

Відповідно до змін поточної системи, яка фінансує медичні заклади залежно від кількості мешканців, відбувається оптимізація мережі медичних установ. Утворюються госпітальні округи, які охоплюватимуть центральну лікарню, що надаватиме об'єм медичної допомоги на рівні багатoproфільної лікарні інтенсивного лікування (далі – БЛІЛ) першого рівня, де лікуватимуть найскладніші випадки, та інші лікарні на рівні БЛІЛ другого рівня, де виконуватимуть допоміжні функції. У межах госпітального округу пацієнт повинен мати змогу дістатися до центральної лікарні самостійно або «швидкою допомогою» протягом 60 хвилин.

Ще однією з важливих складових трансформації системи охорони здоров'я є оптимізація процесу державних закупівель лікарських засобів і медичних виробів, які з 2015 року здійснюються через спеціалізовані міжнародні організації: Програмою розвитку ООН, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) і британською закупівельною агенцією Crown Agents. Концепція реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів

медичного призначення була схвалена Урядом 26 вересня 2018 року [14]. За даною Концепцією для кожного препарату і медичного виробу, наявного у переліку централізованих закупівель, підбирається найоптимальніший шлях доставки до пацієнта: через програми реімбурсації, включення у вартість медичної послуги або закупівлі Центральною закупівельною агенцією.

За результатами проведення зазначених заходів станом на кінець 2018 року Україна вже була забезпечена всіма вакцинами відповідно до Національного календаря щеплень. Крім того, у 2018 році Україна забезпечується 100% запитами до лікарень за 12 напрямками, зокрема стосовно здачі тестів на ВІЛ-інфекцію; отримання медикаментів при гемофілії, нанізмі різного походження та інших орфанних захворювань; донорства крові; питання дитячого церебрального параліча; отримання ліків для трансплантації. Окремі ліки можна закупити у 67 разів дешевше, ніж до 2015 року. За деякими програмами кількість ліків, додатково закуплених на заощаджені кошти, становить 85%. Завдяки ефективним державним закупівлям через міжнародні організації за всю історію державних закупівель Міністерство охорони здоров'я України отримало найнижчу ціну на лікування вірусного гепатиту С, курс лікування новітніми препаратами прямої дії якого коштуватиме 89 дол. США. Це надає можливості безоплатно вилікуватися усім пацієнтам з вірусним гепатитом С, які стоять у черзі на лікування.

Таким чином, необхідність швидкого та якісного надання лікарями та отримання пацієнтами від них медичних послуг підштовхнула створення в Україні електронної системи охорони здоров'я e-Health. Ця система дозволяє контролювати, наскільки ефективно витрачаються виділені на охорону здоров'я державні кошти і запобігати зловживанням. Відтепер пацієнти отримуватимуть ліки лише за електронними рецептами виключно в системі e-Health. В тестовому режимі вже працює електронна медична картка, наразі доступна для лікарів первинної ланки. Триває робота над електронними лікарняними листами, що мають повністю замінити паперові. Станом на 30.07.2019 в системі зареєстровано 28174013 декларацій з лікарями первинної ланки, що становить понад 66% населення України, виписано понад 4,6 млн. електронних рецептів.

В рамках здійснення кроків до впровадження системи e-Health в Україні було прийнято ряд законодавчих та підзаконних нормативно-правових актів, зокрема: Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [8], який передбачає автономізацію медичних закладів та перетворення їх на свого роду некомерційні підприємства; Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі» [9]; Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10]; Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [11]; Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я» [12]; Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [2]; Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук» [3]; Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [13] та інші.

Однак, недосконалість процесу бюджетування системи охорони здоров'я Міністерством охорони здоров'я України, недосконала система взаємодії між пацієнтами, сімейними лікарями та лікарями загальної практики, недостатній обсяг заробітної плати лікарів і, отже, значне відставання України у рейтингу якості надання медичних послуг порівняно з країнами ЄС, що негативно позначається на рівні життя населення, надають поштовх до вирішення ряду питань, які потребують внесення змін до окремих діючих положень законодавчих актів, а також прийняття нових законів України, альтернативних діючим (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Пропозиції щодо удосконалення законодавчої бази України, яка регулює процес надання медичних послуг населенню [авторська розробка]

№ з/п	Діючий акт	Коротке описання	Пропозиції щодо внесення змін або прийняття альтернативного акту
1	Пункт 5 статті 4 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [10]	Обсяг коштів Державного бюджету, спрямованого на реалізацію медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України «Про Державний бюджет України на рік», як частка ВВП у відсотках у розмірі не менше 5% ВВП України	З метою збільшення капітальних інвестицій в розбудову мережі високоспеціалізованої медичної допомоги в Україні необхідно збільшити обсяг коштів Державного бюджету, які спрямовуються на охорону здоров'я, з 5% до 10% ВВП України. Це надасть змогу виконувати в Україні складні високотехнологічні операції.
2	Проект Закону України «Про лікарське самоврядування», який було розроблено та подано до Верховної Ради України, але у серпні 2019 року законопроект було відкликано [15]	Передбачено введення медичного арбітражу та страхування професійної відповідальності лікаря, що дасть змогу ефективно захистити права пацієнтів у випадку настання тяжких наслідків для здоров'я через лікарську помилку	Прийняти зазначений законопроект
3	Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я», розроблений Міністерством охорони здоров'я України [16]	Передбачено побудову системи громадського здоров'я за принципом децентралізації, яка створює можливості ефективно проводити епідеміологічний нагляд, оперативно реагувати на надзвичайні події, впроваджувати профілактику та промоцію здорового способу життя	Доопрацювати та прийняти зазначений законопроект

Так, запровадження зазначених пропозицій дозволить, по-перше, розвинути мережу високоспеціалізованої медичної допомоги в Україні, аби пацієнти з тяжкими захворюваннями мали змогу лікуватися в Україні; по-друге, підвищити рівень захисту прав пацієнтів у разі отримання шкоди здоров'ю, спричинену помилковими діями медичного персоналу; по-третє, сприяти збереженню та зміцненню здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження

захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя [20]. Однак все це потребує вирішення ряду проблем, які стосуються надання медичних послуг населенню в рамках реформування системи охорони здоров'я в Україні (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Проектні пропозиції щодо проведення реформ в системі надання медичних послуг в Україні [авторська розробка]

№ з/п	Існуюча проблема надання медичної послуги в Україні	Коротке описання проблеми	Пропозиції щодо здійснення реформи задля вирішення проблеми
1	Недостатнє фінансування охорони здоров'я державою	Повільні темпи зростання ВВП та дефіцит бюджету галузі охорони здоров'я	Збільшити обсяг коштів Державного бюджету, які спрямовуються на охорону здоров'я, з 5% до 10% ВВП України.
2	Незахищеність прав пацієнтів	Не притягнення відповідальності лікарів за медичні помилки	Прийняти Закон України «Про лікарське самоврядування»
3	Недостатня увага до проблем пацієнтів, які мають хронічні захворювання	Не можливість здійснення якісного і своєчасного надання медичних послуг пацієнтам, які мають хронічні захворювання.	Відновити звичну для людей систему диспансерного обліку у вузьких спеціалістів в районних амбулаторіях.

Так, першою існуючою проблемою надання медичних послуг в Україні є недостатнє фінансування охорони здоров'я державою, оскільки згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» обсяг коштів Державного бюджету, які спрямовуються на охорону здоров'я, визначається не менше 5% ВВП України [10]. Повільні темпи зростання ВВП та дефіцит бюджету галузі охорони здоров'я не дозволяють суттєво збільшити капітальні інвестиції в розбудову мережі високоспеціалізованої медичної допомоги. Через те, що складні високотехнологічні операції (наприклад, пересадка кісткового мозку, трансплантація життєво важливих органів та ін.) не фінансуються державою, важкохворі пацієнти мають лікуватися за кордоном за власні кошти, тоді як більшість сімей таких коштів не мають та розраховують на благодійну допомогу або вимушені відмовитись від лікування. Дана ситуація також пов'язана із нерівномірним розподілом пацієнтів та різним рівнем оплати праці лікарів.

Так, в.о. Міністра охорони здоров'я України (з 01.08.2016 по 29.08.2019) Уляна Супрун заявляла, що наразі Україна має близько 25000 сімейних лікарів. За її інформацією, медичні університети щорічно випускають 5 тисяч молодих фахівців. Теоретично це має повністю задовольнити потреби населення, адже якщо вони охоплять 42000000 населення, то на кожного лікаря припадає по 1680 пацієнтів (при нормі до 2000). Однак часто спостерігається ситуація, коли багато пацієнтів прагнуть укласти декларацію з «хорошим» лікарем, який має авторитет у мешканців, і вони мають значне перевищення кількості пацієнтів. А в густонаселених мікрорайонах взагалі бувають ситуації, коли всі лікарі уже набрали необхідну кількість пацієнтів і деякі люди не знають, куди звернутися за допомогою (наприклад, Десняський район м. Києва). Відповідно, вирішення такої проблеми потребує збільшення обсягу коштів Державного бюджету України, які спрямовуються на охорону здоров'я, з 5% до 10% ВВП України.

Друга проблема надання медичних послуг в Україні стосується незахищеності прав пацієнтів у випадку настання тяжких наслідків для здоров'я через лікарську помилку. У випадку смерті пацієнта або настання тяжких наслідків для здоров'я через лікарську помилку потепілій стороні доводиться самотійно відстоювати свої права у судових органах. Випадки притягнення до відповідальності лікарів трапляються досить рідко, тому що, не будучи спеціалістом, у медицині достатньо важко самотійно довести провину лікаря. У цьому разі слід прийняти Закон України «Про лікарське самоврядування», яким передбачено введення медичного арбітражу та страхування професійної відповідальності лікаря. Відповідний законопроект було розроблено та подано до Верховної Ради України, але у серпні 2019 року відкликано. Після призначення у вересні 2019 року нового керівника відомства Міністерства охорони здоров'я України Зоряни Скалецької, яка до цього працювала експертом групи «Реформа системи охорони здоров'я» реанімаційного пакету реформ, постійні взаємні претензії та звинувачення призвели до несвоєчасного оформлення документів, сбоїв у закупівлі медичних препаратів, через що колектив Міністерства не зміг працювати ефективно та злагоджено. Після звільнення усіх заступників Міністра, які працювали з попередньою очільницею

відомства, колектив звинуватив Зоряну Скалецьку в приниженнях та неадекватній поведінці. Звісно, така ситуація жодним чином не пішла на користь пацієнтам та покращенню стану роботи галузі охорони здоров'я, а доопрацювання законопроекту відклалося на задній план. Тому в даному разі говорити про здійснення подальших кроків щодо прийняття Верховною Радою України відповідного законопроекту можна тільки після перезавантаження організаційної структури Міністерства.

Ще одна проблема, пов'язана із наданням медичних послуг в Україні, полягає у недостатній увазі до проблем пацієнтів, які мають хронічні захворювання. Під час впровадження медичної реформи вторинна (спеціалізована) медична допомога надається амбулаторно в консультативно-діагностичних підрозділах лікарень, тоді як сімейний лікар теоретично має опікуватись станом здоров'я пацієнта, слідкувати за результатом лікування та перебігом хронічного захворювання (у разі наявності). Проте за фактом одна людина не може якісно і своєчасно охопити увагою всіх пацієнтів, які цього потребують. Вирішення даної проблеми потребує відновлення звичної для людей системи диспансерного обліку у вузьких спеціалістів (кардіологів, офтальмологів, гастроентерологів та ін.) в районних амбулаторіях. Тут величезну роль відіграє удосконалення системи громадського здоров'я як основи профілактичної медицини, спрямованої на збереження як здоров'я суспільства взагалі, так і індивідуального здоров'я населення зокрема. Центральним елементом системи громадського здоров'я в Україні тривалий час була Державна санітарно-епідеміологічна служба, побудована за принципом централізації та вертикального підпорядкування, що зосереджувала свою роботу на практиці інспектування та тотального контролю, та наразі ліквідована. Відповідно, в Україні відсутня єдина система громадського здоров'я, спроможна реагувати на виклики, пов'язані із проблемами здоров'я та благополуччя населення.

Зокрема, нагальним наразі постає питання щодо охоплення щепленнями, тоді як Україні триває найбільший з часів незалежності спалах кору, загрозливою є ситуація з поширенням дифтерії та правця. Така ситуація – наслідок багаторічної зневіри до вакцинації, до державних закупівель ліків та вакцин, а також недостатньої роз'яснювальної роботи серед населення. Разом з тим, Україна

сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб (244 тисяч осіб станом на початок 2018 року). Тут серйозною проблемою є те, що за оцікою експертів, менше половини хворих знають про свій ВІЛ-позитивний статус і не отримують лікування. Загрозливою в Україні залишається також ситуація з поширенням туберкульозу та гепатиту. У 2014 році Україна вперше увійшла до п'яти країн світу з найвищою кількістю хворих на мультирезистентну форму туберкульозу, збудник якого вже нечутливий до традиційних методів лікування. Таке становище є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному та регіональному рівнях. В Україні існують і проблеми в структурі служби крові. Наявна система служби крові наразі децентралізована за відомчими та територіальними ознаками і характеризується періодичною нестачею фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів. Як наслідок, пацієнти часто не мають рівноправного та своєчасного доступу до якісних та безпечних компонентів донорської крові у достатній кількості [5].

Таким чином, розроблений Міністерством охорони здоров'я України проект Закону України «Про систему громадського здоров'я» має містити нормативні положення, спрямовані на: розвиток системи громадського здоров'я, захист і збереження здоров'я громадян та профілактика неінфекційних захворювань, захист населення від інфекційних хвороб, протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним захворюванням, а також розвиток національної системи крові, біологічної безпеки та біологічного захисту, після чого цей законопроект має бути повторно винесений на обговорення. До того ж, в Україні необхідно прискорити процес створення умов для розвитку трансплантації у відповідності до внесених змін до Закону України, що регулює трансплантацію в Україні [5], і, отже, удосконалення розробленого функціоналу Єдиної державної інформаційної системи трансплантації.

Таким чином, вжиття заходів щодо вирішення вищезазначених проблем потребує закриття усіх пунктів плану з реформування системи охорони здоров'я, затверджених Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я в

Україні на період 2015-2020 років. Це, по-перше, запровадження гарантованого державного пакету медичних послуг, що потребує удосконалення запущеного у 2019 році пілотного проекту з реалізації державних гарантій медичного обслуговування в Полтавській області, який допоможе опрацювати нові механізми оплати вторинної та третинної медичної допомоги в системі автономізації усіх закладів охорони здоров'я в Україні. По-друге, трансформація системи екстренної медичної допомоги відповідно до сучасних норм та практик. Це потребує створення нової IT-інфраструктури, оновлення протоколів диспетчерів та командних дій бригад, закупівлю нових автомобілів та обладнання, а також здійснення перебудови приймальних відділень лікарень з урахуванням нових вимог доступу до медичного обладнання 24/7. По-третє, проходження підготовки для здобуття кваліфікації «Парамедик» та «Екстрений медичний технік» понад 33 тис. фахівців екстреної медичної допомоги впродовж 2020-2023 років.

ВИСНОВКИ

Результати проведеного нами дослідження дозволяють зробити наступні висновки:

1. З метою здійснення ефективної реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я було створено та оновлено ряд державних структур, які відповідають за впровадження політики, напрацьованої Міністерством охорони здоров'я України, а саме: Національна служба здоров'я України, ДП «Електронне здоров'я», Центр громадського здоров'я, ДП «Державний експертний центр МОЗ України», Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, ДП «Медичні закупівлі України».

Найбільшою та найважливішою з вищеперелічених структур є Національна служба здоров'я України, яка являється національним страховиком, що укладає договори із закладами охорони здоров'я та закуповує у них послуги з медичного обслуговування населення, контролює дотримання умов договорів та робить прямі виплати медичним закладам. Це дало змогу перейти до оплати медичної допомоги за програмою медичних гарантій, втілювати в життя автономізацію закладів охорони здоров'я та реімбурсацію вартості лікарських засобів.

2. На основі проведення ряду реформ, пов'язаних з удосконаленням системи охорони здоров'я, в рамках Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років, спочатку на нову модель фінансування перейшли заклади охорони здоров'я первинної ланки, а з 2020 року – заклади вторинної (спеціалізованої) та частково третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги.

Ознакою докорінних змін в системі охорони здоров'я стала реалізація програми «Доступні ліки», на основі якої пацієнти, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою.

Значним досягненням реформи у системі охорони здоров'я є створення системи e-Health, яка є єдиною електронною системою, що забезпечує обмін

медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення. Основним розробником технічного ядра системи e-Health виступає ДП «Електронне здоров'я».

3. Недоліками реформування системи охорони здоров'я на сьогоднішній день є, по-перше, недостатнє фінансування медичної галузі державою, що не дозволяє суттєво збільшити капітальні інвестиції в розбудову мережі високоспеціалізованої медичної допомоги; по-друге, незахищеність прав пацієнтів у випадку настання тяжких наслідків для здоров'я через лікарську помилку; по-третє, слабкий розвиток системи громадського здоров'я, насамперед, недостатня профілактика інфекційних захворювань та слабка пропаганда здорового способу життя (пропаганда відмови від паління та зловживання алкоголем, сприяння підвищенню фізичної активності та здорового харчування).

Враховуючи вищевикладене, в процесі вивчення та узагальнення теоретичних основ реорганізації системи надання медичних послуг в Україні, а також проведення аналізу сучасного стану медичної галузі України було виявлено ряд проблем, пов'язаних із функціонуванням системи охорони здоров'я в Україні, вирішення яких у більшості випадків потребує покращення якості надання медичної допомоги, забезпечення захищеності прав пацієнтів у разі лікарської помилки та розвитку системи громадського здоров'я.

СПИСОК ВИРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Відтепер сімейні лікарі в Україні можуть набирати пацієнтів понад норму. URL: http://tvoemisto.tv/news/vidteper_simeyni_likari_v_ukraini_mozhut_nabyraty_patsiientiv_ponad_normu_97981.html (дата звернення: 29.01.2020).
2. Деякі питання створення госпітальних округів. Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF> (дата звернення: 29.01.2020).
3. Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук. Постанова Кабінету Міністрів України від 14.06.2017р № 425 із змінами та доповненнями. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/425-2017-%D0%BF> (дата звернення: 30.01.2020).
4. Індекс здоров'я. Україна-2016. URL: <https://www.slideshare.net/UkraineCrisisMediaCenter/ss-69959971> (дата звернення: 29.01.2020).
5. МОЗ України: Що було, є і буде (Звіт про роботу за 2014-2019 роки). URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf (дата звернення: 29.01.2020).
6. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf> (дата звернення: 30.01.2020).
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 30.01.2020).
8. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06 квітня 2017 року № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 30.01.2020).

9. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення своєчасного доступу пацієнтів до необхідних лікарських засобів та медичних виробів шляхом здійснення державних закупівель із залученням спеціалізованих організацій, які здійснюють закупівлі. Закон України 19 березня 2015 року № 269-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/269-19> (дата звернення: 30.01.2020).
10. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 31.01.2020).
11. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19> (дата звернення: 31.01.2020).
12. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я. Закон України 20 грудня 2019 року № 421-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20> (дата звернення: 31.01.2020).
13. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 503 від 19.03.2018 URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1> (дата звернення: 31.01.2020).
14. Про схвалення Концепції реформування закупівель лікарських засобів та медичних виробів, допоміжних засобів, інших товарів медичного призначення. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2017 р. № 582-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80> (дата звернення: 30.01.2020).
15. Проект Закону про лікарське самоврядування. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=63819 (дата звернення: 30.01.2020).

16. Проект Закону України про систему громадського здоров'я. URL: <http://medstatdon.dn.ua/proekt-zakonu-ukrayini-pro-sistemu-gromadskogo-zdorov-ya/> (дата звернення: 30.01.2020).
17. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення: 29.01.2020).
18. Реформа системи охорони здоров'я-2019: нормативна база, фінансування, засади. URL: <https://uteka.ua/ua/publication/news-14-novosti-zakonodatelstva-1-reforma-sistemy-zdravooxraneniya-2019-normativnaya-baza-finansirovanie-principy> (дата звернення: 28.01.2020).
19. Стратегія розвитку України до 2030 року. Проект 2017. URL: https://www.undp.org/content/dam/ukraine/docs/SDGreports/UNDP_Strategy_v06-optimized.pdf (дата звернення: 28.01.2020).
20. Угода про Асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення: 28.01.2020).
21. У Eurostat розповіли, де в Європі живуть найдовше. URL: <https://nachasi.com/2018/10/30/de-v-yevropi-zhyvut-najdovshe/> (дата звернення: 28.01.2020).

ДОДАТКИ

Додаток А

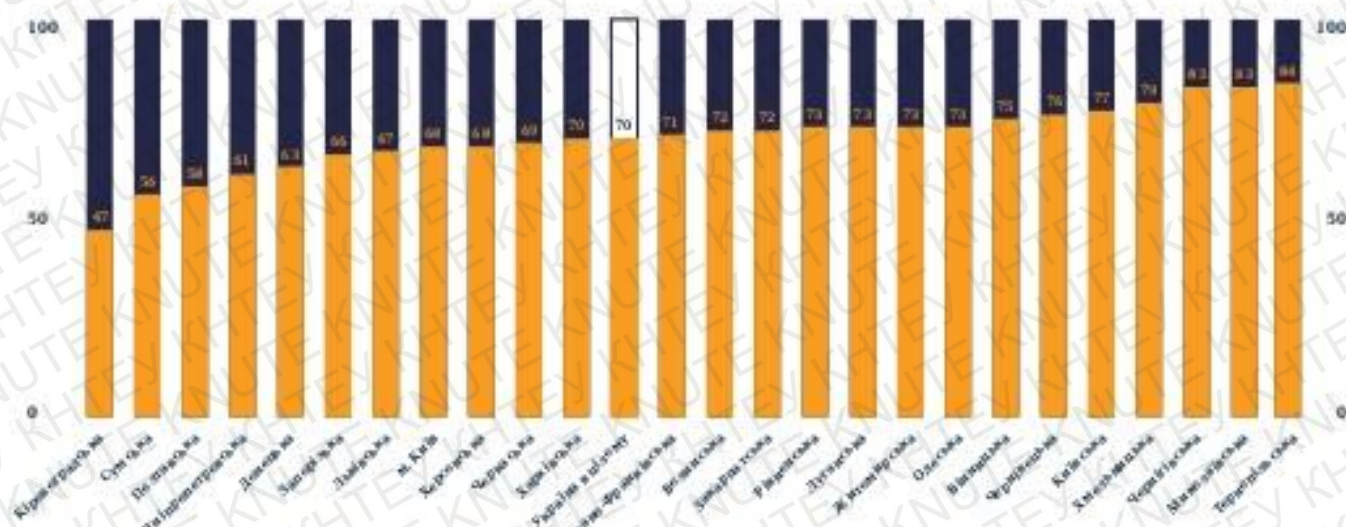
Аналіз рівня задоволеності дільничним терапевтом / родинним лікарем [4]

Індекс здоров'я. Україна

17

Графік 1.2. Задоволеність дільничним терапевтом/родинним лікарем

(серед усіх опитаних респондентів)



Додаток Б

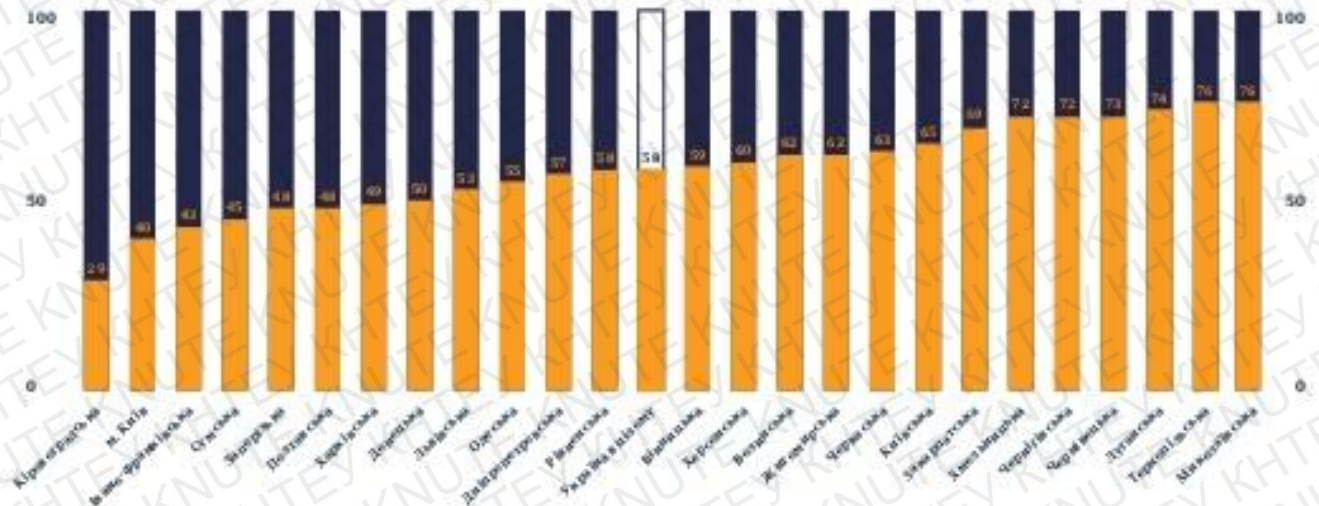
Аналіз рівня задоволеності медичною допомогою в стаціонарі [4]

Індекс здоров'я. Україна

19

Графік 1.3. Задоволеність медичною допомогою в стаціонарі

(серед усіх опитаних респондентів)



Додаток В

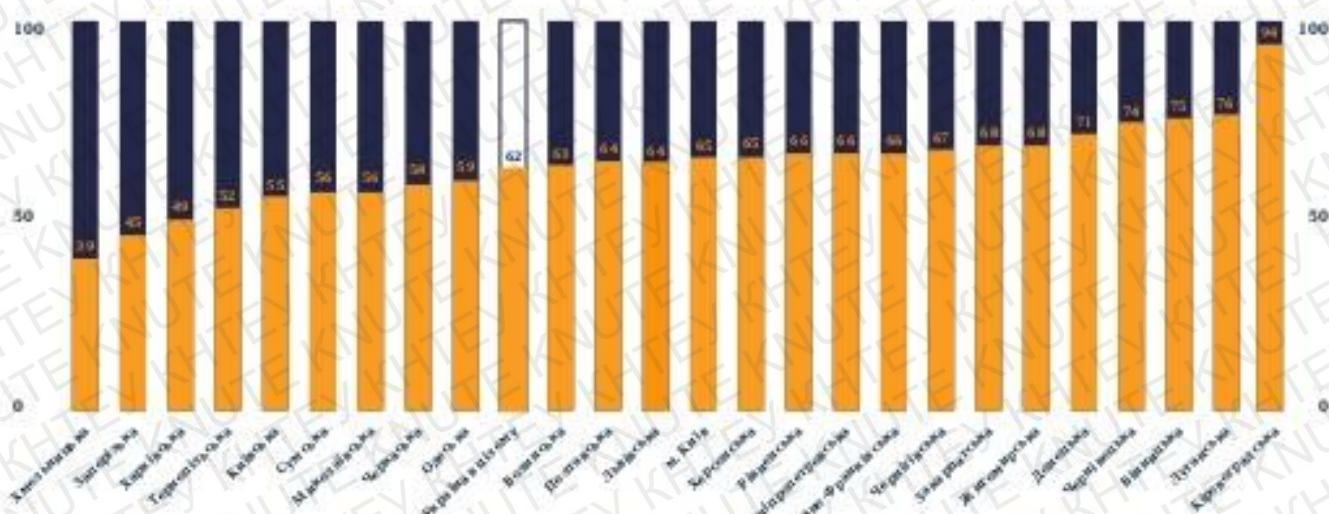
Аналіз часток громадян України, які звертались у випадку одержання захворювання чи травми за медичною допомогою до лікаря та / або фельдшера [4]

Індекс здоров'я. Україна

23

Графік 1.4. Чи зверталися ви у випадку вашої останньої хвороби чи травми по медичну допомогу до лікаря, фельдшера?

(серед тих, у кого останній випадок хвороби чи травми трапився протягом останніх 12 місяців)



Додаток Г

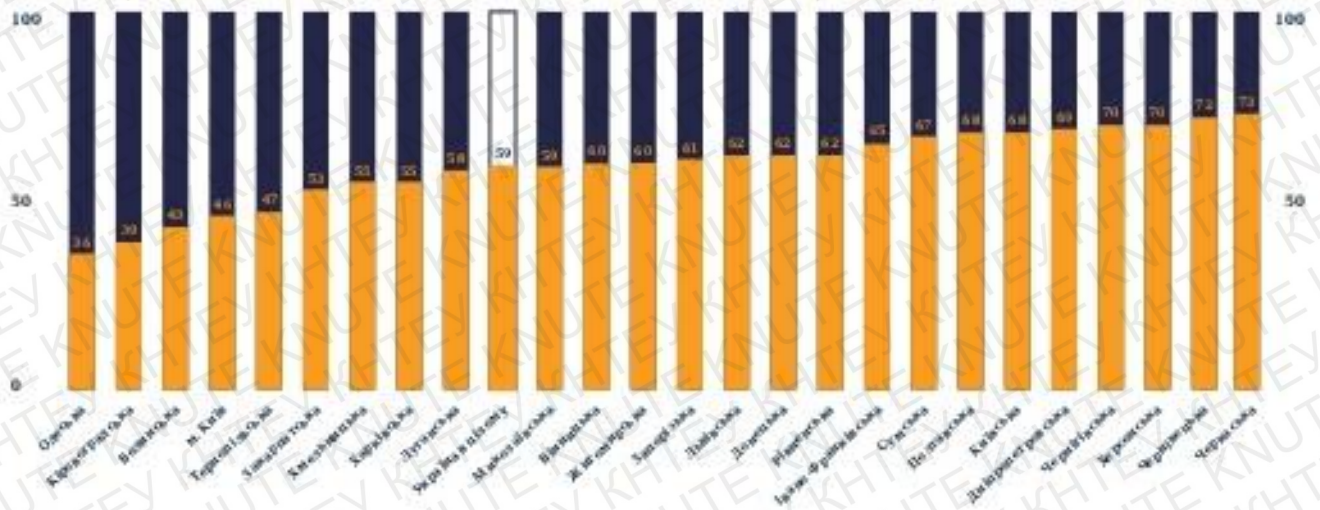
Аналіз часток громадян України, які проходили медичний огляд або планову перевірку за останній рік [4]

Індекс здоров'я. Україна

25

Графік 1.5. Чи за останні 12 місяців ви проходили медичний огляд або планову перевірку?

(хоча б одна ствердна відповідь: професійний огляд, кардіограма у профілактичних цілях, огляд гінеколога/уролога)



Додаток Д

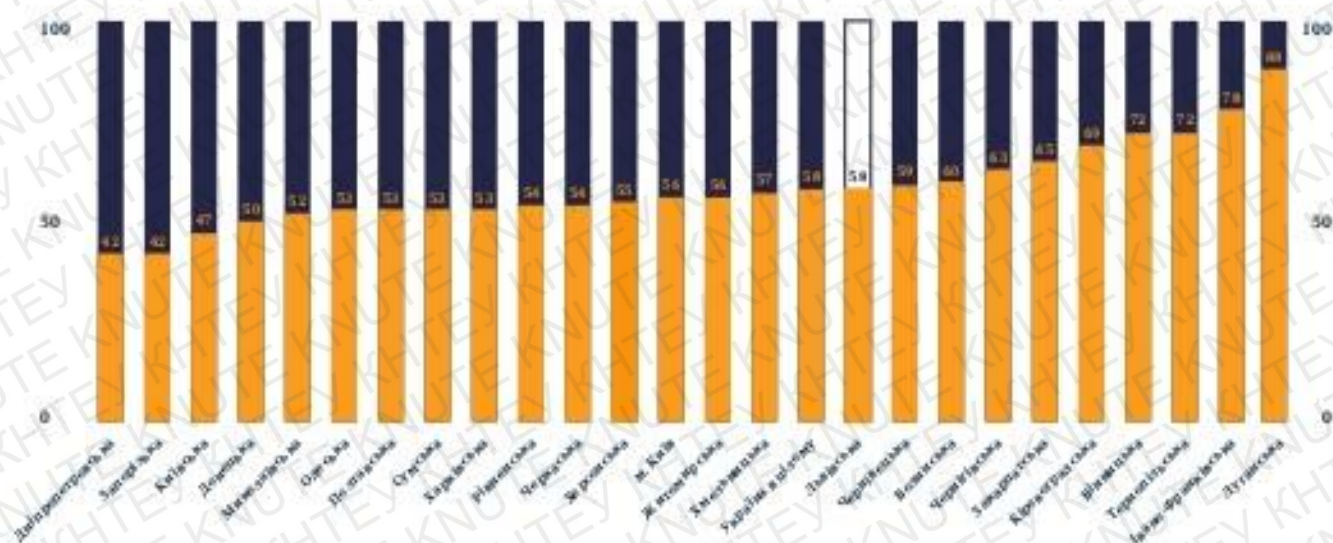
Аналіз часток громадян, які були хворі, але не відвідали лікаря та / або не були госпіталізовані взагалі через брак коштів [4]

Індекс здоров'я. Україна

31

Графік 1.7. За останні 12 місяців чи ви були хворі, але не відвідали лікаря та/або не були госпіталізовані взагалі через брак коштів?

(%, хто вказав на відсутність такого досвіду)



Київський національний торговельно-економічний університет
Кафедра публічного управління та адміністрування

РЕФЕРАТ
ВИПУСКНОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

на тему:

«Реформування системи надання медичних послуг в Україні»
(за матеріалами Міністерства охорони здоров'я України)

Студентка III курсу 6С групи
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
спеціалізації «Публічне
управління та адміністрування»

(підпис студента)

Хоміч Ольга
Миколаївна

Науковий керівник
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

(підпис керівника)

Ільїна Анастасія
Олександрівна

Гарант освітньої програми
кандидат економічних наук,
доцент кафедри публічного
управління та адміністрування

(підпис гаранта)

Головня Юлія Ігорівна

Київ 2020

Випускна кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (21 найменувань) та додатків. Основний зміст роботи викладено на 31 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 5 рисунків, 4 таблиці.

Постановка проблеми. Питання реформування системи охорони здоров'я має надзвичайно велике значення для всього суспільства. Тривалий час національна система охорони здоров'я України працювала неефективно через застарілі механізми роботи системи та відсутність модернізації. Тому метою медичної реформи стало забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг для всіх громадян України та перебудова системи охорони здоров'я на користь самого пацієнта.

Єдиним дієвим способом забезпечення якісного медичного захисту населення без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком і замовником централізованої закупівлі медпослуг. Проте в період реформування галузі зазвичай спостерігаються тимчасові складності і тому не всі пацієнти зразу відчують позитивні зміни.

З огляду на вищезазначене, дослідження перебігу медичної реформи в Україні та надання пропозицій щодо усунення недоліків і покращення медичної допомоги є одним з найважливіших завдань.

Метою роботи є дослідження проблем функціонування системи охорони здоров'я в Україні та визначення шляхів реформування охорони здоров'я для підвищення якості надання медичних послуг населенню.

Досягнення поставленої мети потребує вирішення наступних завдань:

- узагальнення теоретичних основ реорганізації системи надання медичних послуг;
- проведення аналізу сучасного стану реформування системи надання медичних послуг в Україні;
- формулювання шляхів удосконалення державного регулювання системи надання медичних послуг в Україні.

Об'єктом дослідження виступає державне регулювання системи надання медичних послуг в Україні, робота Міністерства охорони здоров'я України та робота експертної групи реанімаційного пакету реформ «Реформа системи охорони здоров'я».

Предметом дослідження є сучасний стан системи охорони здоров'я населення в Україні.

Методологія дослідження. Під час підготовки роботи були застосовані наступні методи дослідження: порівняння, узагальнення та аналіз.

У першому розділі викладено теоретичні засади реформування системи охорони здоров'я та показники задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги.

У другому розділі розглянуто історію функціонування системи надання медичних послуг в Україні та необхідність її реформування. Ґрунтовно проаналізовано законодавчу базу та проведені етапи медичної реформи. Також виявлено ряд недоліків, які мають місце на сьогоднішній день в системі охорони

здоров'я України та надано пропозиції щодо їх усунення в т.ч. удосконалення деяких законодавчих актів.

У висновках наведено узагальнення матеріалів дослідження, визначено ключові досягнення та основні недоліки медичної реформи.

Як результат проведеної роботи, слід зазначити, що перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування та автономізація закладів охорони здоров'я є доцільним. Одержані результати можуть бути використані при удосконаленні системи надання медичних послуг в Україні.

Анотація

У ході проведеного дослідження було визначено причини необхідності реформування медичного сектору в Україні та обґрунтовано теоретичні основи медичної реформи. Розглянуто перехід до фінансування медицини на основі державного солідарного медичного страхування з єдиним державним страховиком та замовником централізованої закупівлі медичних послуг та іншими нововведеннями в системі охорони здоров'я України.

Розглянуто нормативно-правове забезпечення реформи галузі. Оцінено ключові досягнення та основні недоліки медичної реформи. Надано пропозиції щодо усунення існуючих проблем та обґрунтовано варіанти вдосконалення законодавчих актів.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичні послуги, реформа, автономія, пацієнт.

Abstract

The study identified the reasons for the need to reform the medical sector in Ukraine and theoretical framework of medical reform. The transition to financing of medicine on the basis of state solidarity health insurance with the sole state insurer and the customer of the centralized purchase of medical services and other innovations in the health care system of Ukraine is considered.

The regulatory and legal support of industry reform is considered. The key achievements and major shortcomings of medical reform have been assessed. The suggestions for their elimination of existing problems are given and options for improvement of legislative acts are substantiated.

Key words: healthcare, medical services, reform, autonomy, patient.