

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

НІКОЛЕНКО ВАЛЕРІЯ СЕРГІЇВНА
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 336.131:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ПРІОРИТЕТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ**
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

В. С. НІКОЛЕНКО
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
ЛИТВИНЧУК Ірина Леонідівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління за результатами попереднього захисту НИКОЛЕНКО Валерії Сергіївни допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» грудня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Валентина ЯКОБЧУК

(власне ім'я та прізвище)

«_____» грудня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти НИКОЛЕНКО Валерія Сергіївна захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА

(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

НИКОЛЕНКО В. С. Пріоритети державної політики розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні. – Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, 2023.

Досліджено історію, теоретичні засади державної політики розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні, визначено сутність, види, значення та принципи державної політики розвитку спеціалізованої медичної допомоги, проаналізовано актуальні проблеми державної політики її наступного розвитку, її правове регулювання, обумовлене необхідністю підвищення ефективності державної політики її реформування та запропоновано обґрунтовані шляхи її подальшого прогресу в Україні.

Ключові слова: спеціалізована меддопомога, організаційно-функціональна структура, нормативна база, проблеми, перспективи, пропозиції щодо реформування.

SUMMARY

NIKOLENKO V. Priorities of state policy for the development of specialized medical care in Ukraine – Manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 «Public Administration». – Polissia National University, 2023.

The article examines the history and theoretical foundations of the state policy of specialized medical care development in Ukraine, defines the essence, types, significance and principles of the state policy of specialized medical care development, analyzes the current problems of the state policy of its further development, its legal regulation due to the need to improve the efficiency of the state policy of its reform, and suggests reasonable ways of its further progress in Ukraine.

Tags: specialized medical care, organizational and functional structure, regulatory framework, problems, prospects, proposals for reform.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	7
ВИСНОВОК ДО 1 РОЗДІЛУ	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	16
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	23
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПРІОРИТЕТІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	24
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	31
ВИСНОВКИ	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	35
ДОДАТКИ	39

ВСТУП

Актуальність нашого дослідження обумовлена необхідністю підвищення ефективності державної політики розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні. Спеціалізована медична допомога є одним із ключових елементів системи охорони здоров'я, від її якості та доступності залежить здоров'я населення та рівень життя держави в цілому.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження потенційних можливостей та інструментів реалізації державної політики розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні та обґрунтування напрямів її зростання її потенціалу.

Об'єктом є дослідження процесу формування та реалізації державної політики щодо вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Предметом нашого дослідження є поєднання теоретико-методологічних, історичних та науково-прикладних аспектів як пріоритетів державної політики щодо розвитку спеціалізованої медичної допомоги в Україні для удосконалення її механізмів державного регулювання.

Завданнями дослідження є:

- визначення історичної еволюції концептуальної основи економічної політики держави;
- дослідження теоретико-методологічних та науково-прикладних аспектів державної політики щодо спеціалізованої медичної допомоги.
- вивчення механізмів, інструментів та факторів впливу на процеси державного регулювання забезпечення на спеціалізованому рівні охорони здоров'я;
- аналіз пріоритетних проблем створення та розвитку спеціалізованої меддопомоги у сучасних умовах медичної реформи;
- вивчення нової організаційно-функціональної структури закладів охорони здоров'я;
- визначення місця вторинної меддопомоги у цій структурі;

– обґрунтування та опрацювання пропозицій з напрямів модернізації політики держави щодо спеціалізованої медичної допомоги в Україні.

Елементами наукової новизни представленого дослідження є спроба визначити пріоритетні напрями побудови ефективної моделі спеціалізованої медичної допомоги в Україні.

Методи дослідження. В кваліфікаційній роботі були використані інструменти аналогії, діалектики, методи аналізу, синтезу, порівняння, експерименту, єдності логічного і історичного, а також бібліографічний, наукового абстрагування, монографічного підходу, структурно-логічні, індуктивні і дедуктивні інструменти аналізу тощо.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи доповідались на трьох науково-практичних конференціях в Поліському національному університеті, що нашло відображення в трьох наукових публікаціях.

Обсяг і структура. Кваліфікаційну роботу викладено на 36 сторінках. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

У середині XVIII сторіччя було створено нову систему управління медичною допомогою, спрямовану на максимальний контроль з боку держави. Правовою основою регулювання медичної допомоги в той час став царський указ від 24 грудня 1735 року «Генеральний регламент про госпіталі і про посади деяких лікарів та інших медичних службовців, а також комісарів, канцеляристів, майстрових, робітників та інших людей, що йому підлягають». Визначалося, що кожна лікарня повинна мати головного лікаря, на двісті пацієнтів одного лікаря, тобто прописувалася функціональна структура лікувального закладу. У Загальному положенні також встановлювалося правило, що кожна лікарня повинна мати аптеку. Лікування в лікарнях було безкоштовним, лише для службовців встановлювався порядок «утримання 50% і весь хліб на весь час перебування в лікарнях, і ці гроші вживати на утримання лікарень, а другу половину видавати їм при виписці з лікарні». Декрет також встановлював категорії хворих і лікарні, в яких вони мали отримувати допомогу [1, с. 49].

Були створені перші великі цивільні шпиталі. Їх функціонування вже у XVIII столітті ґрунтувалося на принципі загальнодоступності. Чиновники, купці та інші службовці платили помірну плату – сім рублів п'ятдесят копійок. Однак у деяких губерніях коло осіб, які могли отримувати медичну допомогу безкоштовно, було розширено, «відставні люди казенної установи», дружини і діти солдатів і груп, які не володіли власними шпиталями. Так, принципи загальноохоплюючої та безоплатної медицини почали формуватися наприкінці XVIII століття. На цьому етапі відбулося прийняття значної кількості нормативно-правових актів, які регулювали надання медичної та медико-санітарної допомоги, що свідчить про формування чинної законотворчості цієї

сфері. 20 вересня 1789 року було затверджено Аптечний статут, який детально впорядковував роботу аптекаря, його вигляд зовні, мораль та порядок продажу лікарських засобів. Оскільки аптеки були приватними, статут визначав аптекарські збори, тобто вартість конкретних ліків. Це свідчить про зародження у XVIII столітті принципів державного регулювання вартості окремих лікарських засобів, що знайшло своє відображення у відповідних законах. 1 січня 1864 р. приймається «Положення про губернські та повітові земські установи», для керування місцевими справами відповідно до адміністративно-територіального поділу імперії якого утворено повітові та губернські земські управи. Спочатку у Положенні містилися функції, що були обов'язковими для цих структур (утримання головних доріг, догляд житла державних службовців) і нові необов'язкові (утримання лікарень у містах), але реальні життєві вимоги поставили їх в один ряд із найголовнішими важливими функціями земств. Понад 90% сільських людей країни не могли мати доступу і отримувати медичну допомогу [2, с. 155].

На теренах земської охорони здоров'я опрацьовано єдину у світі форму надання медичної допомоги селянам, Основними її складовими стали: сільська лікарська дільниця (з безкоштовним у найбагатших губерніях) наданням медичної допомоги, наближені до людей закладів охорони здоров'я (земські лікарні, фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, санітарні установи тощо). Окрім надання медичної та санітарної допомоги населенню, земські лікарі проводили низку досліджень, надавали санітарний опис місцевості, вивчали захворюваність.

Про високий попит на цей вид допомоги свідчить така статистика: у 1870 році кількість земських лікарів становила 756, натомість у 1890 році – 1805. Прийомне відділення (у 1865 р. засноване Яковом Васильовичем Гольдом) з 6 ліжками у селі Северинівка Одеського повіту у 1895 році було перетворено на лікарню у 30 ліжок, яка діє і сьогодні як лікарська амбулаторія. Протягом року лікарня надавала допомогу до 540 осіб у стаціонарі та до 6000 в амбулаторії. Якщо у 1865 році в Одеському повіті, а це 1/3 території сучасних Одеської та

Миколаївської областей, було лише три медичні пункти, то у 1896 році їх було вже 12 із загальною кількістю 32 медичних спеціалістів (13 лікарів та 19 фельдшерів). Медична допомога здійснювалася в 6 лікарнях і чотирьох приймальних відділеннях зі стаціонарними ліжками [3, с. 80].

У 1880 році в Російській імперії почала розвиватися міська медицина, яка за своїми принципами наслідувала земську медицину. Обидві системи отримали назву громадської медицини.

Спочатку земська медицина існувала на частково платній основі. Звернення до лікаря та медикаменти були платними, а лікування у лікарнях – безоплатним. Однак дійсність довела, що навіть невелика плата зменшує кількість відвідувань лікаря, а отже, до збільшення кількості хворих і виникненню епідемій.

Кінець XIX століття свідчить про те, що земства відмовилися від стягнення плати з амбулаторних хворих. Таким чином, у земській медицині остаточно утвердився принцип безоплатності. Стаціонарне лікування, амбулаторне лікування та забезпечення необхідними медикаментами, а також заходи проти інфекційних хвороб надавалися безкоштовно. Тільки приїжджаючі з інших повітів повинні були вносити плату за надання допомоги. Це вказує на виникнення територіального принципу організації безоплатної медичної допомоги. Таку форму медичного обслуговування можна вважати прообразом сучасної системи державного соціального страхування.

У XIX – на початку XX століття в Російській імперії (Україна у її складі) лікарі лікували всі хвороби без обмежень. Однак поступово лікарі почали спеціалізуватися на певних галузях медицини, наприклад, на жіночій гінекології або дитячій медицині. Для цього вони створювали професійні організації, які слугували для соціальної та професійної підтримки лікарів. Згодом такі організації стали колегіями, які мали право видавати лікарям дозвіл на практику за певною лікарською спеціальністю. Все більше лікарів відмовлялися від лікаря загальної практики з метою отримання спеціальності конкретного фахівця. Основними змінами в медичній допомозі в Російській

імперії в ХІХ – на початку ХХ століття є розвиток громадської медицини, яка забезпечувала безоплатну медичну допомогу громадянам; поява спеціалізованої медичної допомоги, яка надавалася лікарями певної галузі медицини;

Значення цих змін:

покращення стану здоров'я людей;

зменшення розповсюженості інфекційних хвороб;

розвиток медичної науки та практики [4, с. 68].

Еволюція медичної допомоги в Україні в першій половині ХХ століття.

У 1903 році в Російській імперії було опрацьовано «Положення про управління земським господарством» у Волинській, Київській, Подільській губерніях, яке офіційно закріпило право на безкоштовне одержання медичної допомоги мешканцями цих губерній в установах лікування, що утримуються їхнім коштом. Це рішення мало важливе значення для розвитку медичної допомоги в Україні. Воно забезпечило доступ до медичної допомоги для широких верств населення, незалежно від їхнього матеріального становища. У інших лікувальних приватних установах мешканці отримували допомогу за платню згідно розцінок, встановлених міністерством внутрішніх справ.

Внаслідок революцій 1917 р. розпочато новий період розвою державних медичних установ з докорінною трансформацією і консолідацією всієї медико-санітарної справи. У 1918 р. утворено єдину державну охорону здоров'я, що поєднала усі напрацювання і форми медицини. Нею у країні тепер управляє Наркомздрав – перше у світі міністерство охорони здоров'я, на чолі з М.А. Семашко, видатним лікарем, науковцем і організатором. Народний комісаріат розвивав кращі традиції земської медицини, а також інших систем – міської, фабрично-заводської, залізничної, військової, страхової медицини та ін. До практики було взято такі основні принципи земської медицини, як:

безкоштовність і загальнодоступність медичної допомоги;

профілактичний напрям;

єдність науки і практики;

участь населення в заходах з охорони здоров'я.

У 1920-х роках в Україні були зроблені значні кроки для розвитку охорони здоров'я. Було створено нові лікувально-профілактичні установи, зокрема спеціалізовані диспансери, нічні й денні санаторії, профілакторії.

Особливе значення мало впровадження диспансеризації, яка передбачала систематичне спостереження за здоров'ям громадян для своєчасного виявлення та профілактики захворювань. Диспансеризація була запроваджена для різних категорій населення, зокрема для робітників великих промислових підприємств, матерів і дітей. Завдяки цим реформам стан здоров'я населення України значно покращився. Знизилася смертність від інфекційних захворювань, збільшилася тривалість життя. Основні зміни в медичній допомозі в Україні в першій половині ХХ століття:

- Запровадження безкоштовної та загальнодоступної медичної допомоги.
- Розвиток профілактичної медицини.
- Упровадження диспансеризації.
- Значення цих змін:
- Покращення стану здоров'я людей.
- Зменшення поширеності інфекційних захворювань.
- Збільшення тривалості життя.

У середині 1920-х років були розроблені основні теоретичні положення диспансерної допомоги, а згодом створені нові типи закладів охорони здоров'я – спеціалізовані диспансери (туберкульозні, психоневрологічні, наркологічні, венерологічні), денні та нічні санаторії, профілакторії, запроваджено диспансерне обслуговування робітників на великих промислових підприємствах. Охорону здоров'я матері та дитини забезпечували дитячі та жіночі консультації, консультативні пункти тощо.

Конституція СРСР 1936 року вперше закріпила право громадян на матеріальне забезпечення в старості, у разі хвороби та інвалідності. Його реалізації сприяло широке соціальне страхування робітників і службовців за рахунок держави, безкоштовне медичне обслуговування трудящих, надання

широкої мережі санаторіїв для користування трудящих. Згідно з постановою Ради Народних Комісарів СРСР від 23 травня 1937 року, бюджет державного соціального страхування був звільнений від витрат на медичне обслуговування. Медична та фармацевтична допомога почала надаватися лише за рахунок бюджетних коштів, а право на медичну допомогу мали всі громадяни, незалежно від того, були вони застраховані чи ні.

З 1939 року на промислових підприємствах почали створюватися медико-санітарні частини, оснащені всім необхідним для проведення лікувально-профілактичних і санітарно-епідеміологічних заходів. Водночас збільшилася кількість сільських медичних пунктів. До кінця 1930-х років кількість лікарень і лікарняних ліжок у країні різко зростає. Помітних успіхів було досягнуто в боротьбі з соціальними хворобами. Цілеспрямовані медичні огляди, система обліку та динамічного спостереження за хворими сприяли зниженню захворюваності на туберкульоз та венеричні хвороби [5, с. 83].

У 1941-1945 рр. завдання охорони здоров'я суттєво змінилися. Пріоритет надавався медичній допомозі пораненим, охороні здоров'я дітей, медичному обслуговуванню трудівників тилу, протиепідемічним заходам. У країні було створено систему лікування поранених і хворих воїнів, організовано широку мережу евакуаційних госпіталів. Збільшилася кількість медико-санітарних частин на промислових підприємствах, зростає кількість дитячих медичних закладів. У 1946 році наркомати охорони здоров'я СРСР та УРСР були реорганізовані в міністерства охорони здоров'я.

Важливим і доцільним організаційним заходом стало об'єднання амбулаторій і лікарень в єдині медичні заклади (1947-1949 рр.), що сприяло зміцненню матеріально-технічної бази, поліпшенню роботи лікарень і підвищенню доступності медичної допомоги. У 1950-х роках зростає роль Академії медичних наук як вищої наукової медичної установи країни та її науково-дослідних інститутів. Ці роки ознаменувалися низкою важливих відкриттів, які зробили значний внесок у вдосконалення охорони здоров'я. Велика увага приділялася створенню великих лікарень на 600 і більше ліжок, а

також організації спеціалізованої медичної допомоги. У 1960-х роках відбулася диференціація терапевтичної служби, виокремлення в самостійні спеціальності кардіології, ревматології, пульмонології, гастроентерології, нефрології тощо. У сільській місцевості в ці роки відбулася значна реорганізація медичної допомоги населенню – створення центральних районних лікарень, організація спеціалізованих відділень (терапевтичних, хірургічних, педіатричних тощо) [6,16].

У 1970-х роках розпочалося будівництво великих багатoproфільних лікарень на 1000 ліжок, лікарень швидкої допомоги на 800-900 ліжок з відділеннями інтенсивної терапії, великих онкологічних диспансерів тощо. Висококваліфіковану допомогу сільському населенню надавали переважно центральні районні лікарні, багато з яких надавали поліклінічну (консультативну) допомогу не тільки сільському, а й міському населенню.

У цей час розпочалося будівництво великих наукових лікувально-діагностичних центрів онкології, кардіології, акушерства та гінекології, алергології, гастроентерології, пульмонології, центрів хронічного гемодіалізу тощо. На початку 1980-х років перед Міністерством охорони здоров'я була поставлена грандіозна мета – охопити диспансерним наглядом все населення країни. Однак з часом стало зрозуміло, що для переходу до загальної диспансеризації немає сил і засобів, а ефективність її впровадження в таких масштабах недостатньо обґрунтована. Тому від цієї ідеї довелося повністю відмовитися. Водночас суспільство і медична спільнота дозріли до розуміння необхідності радикальних змін у системі охорони здоров'я. Наприкінці 1980-х – на початку 1990-х років криза політичної та соціально-економічної системи країни особливо сильно позначилася на секторі охорони здоров'я [7].

Реальне реформування первинної медико-санітарної допомоги розпочалося в Україні у 1987 році, коли Міністерство охорони здоров'я видало наказ про експериментальне впровадження сімейної медицини у Львівській області та розробило тимчасові положення, що регламентували кваліфікаційні характеристики, функціональні обов'язки сімейних лікарів та моделі закладів

сімейної медицини. У 1991 році розпочався цикл інтернатури для підготовки лікарів загальної практики/сімейних лікарів. А в 1995-1997 роках було офіційно затверджено спеціальність і посаду «лікар загальної практики/сімейний лікар» [8, с. 19].

Обговорення стану та перспектив впровадження сімейної медицини в Україні відбулося на Першому з'їзді сімейних лікарів України (7-8 листопада 2001 р., м. Львів) [9, с. 21].

У рамках роботи Першого з'їзду сімейних лікарів була прийнята Концепція розвитку сімейної медицини, яка дала значний поштовх для подальшого розвитку сімейної медицини в Україні. Таким чином, слід зазначити, що історичний розвиток сектору медичної допомоги є досить актуальним для розвитку медицини в Україні сьогодні. Встановлено, що медицина та система охорони здоров'я зародилися в Київській Русі. З'ясовано, що принципи загальної та безкоштовної медицини почали формуватися наприкінці XVIII століття і їх розвиток продовжився в період земської реформи у XIX столітті. Прийнято вважати, що після 1917 року розпочався новий етап розвитку державних медичних закладів, пов'язаний з докорінною реформою охорони здоров'я. Кожне десятиліття XX століття ознаменувалося низкою відкриттів та реформ, які вплинули на надання медичної допомоги. Після здобуття Україною незалежності розпочався новий етап реформування системи охорони здоров'я. У процесі вивчення генезису становлення та розвитку охорони здоров'я в Україні було виділено наступні історичні періоди: 1) доба Київської Русі (X – XII ст.); 2) період Російської імперії (XVIII – початок XIX ст.); 3) середина 20-х років XX ст. – до сьогодні (друга половина XX – XXI ст.) [10].

ВИСНОВОК ДО 1 РОЗДІЛУ

Дослідження нами наукової та іншої доступної літератури свідчить про великий досвід України щодо розвитку системи надання медичної допомоги і послуг, як у складі російської імперії так і на теренах її самостійного державного розвитку. Але до порівняння з кращими зразками зарубіжних країн Україна лише зараз починає долучатися. Але слід зазначити, що автентизм у перейманні закордонного досвіду є неможливим за різних причин. Потрібно врахувати як позитивний, так і негативний досвід інших країн. Тому сьогоднішня державного управління такою складною і відкритою народногосподарською системою, якою є індустрія збереження громадського здоров'я з її надскладними механізмами і недосконалими на цей час інструментами, намагається знайти відповіді та рішення у дослідженнях кращих учених соціальних гігієністів, менеджерів охорони здоров'я, лікарів-практиків та працях державних службовців. Це є вкрай складним завданням прогресивного розвитку спеціалізованої медичної допомоги в умовах війни та обмежених ресурсів.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СТАНУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНИ

Сектор охорони здоров'я в Україні починає змінюватися в останні роки. Сектор, заснований на системі охорони здоров'я (Семашко) що походить з Радянського Союзу, перебував у стагнації протягом багатьох років. З часу здобуття незалежності мало що змінилося, і система охорони здоров'я на сьогоднішній день все ще характеризується дуже ієрархічною та територіальною системою з великою кількістю ліжок у в стаціонарних закладах охорони здоров'я. У той же час Уряд України має лише обмежені ресурси України має лише обмежені ресурси, які розпоршені на існуючу інфраструктуру.

42-мільйонне населення скорочується і платить майже стільки ж, скільки й уряд державним і приватним надавачам послуг, як і уряд, і платить майже стільки ж як готівкові платежі за консультації, діагностику та лабораторні дослідження. Ці види послуг, як правило, надаються приватними постачальниками, які є відносно невеликими. Приватні лікарні все ще мало, але їхня кількість зростає. Фінансовий доступ до послуг є викривлений. Серцево-судинні захворювання, алкогольні розлади, ВІЛ/СНІД та туберкульоз, а також травми та нещасні випадки мають відносно великий вплив на здоров'я населення України. За останні роки важливі реформи у сфері охорони здоров'я були схвалені Парламентом. Ці реформи впроваджуються з великою швидкістю і обіцяють забезпечити вкрай необхідні зміни, зокрема, шляхом зміни фінансових стимулів у первинній ланці охорони здоров'я, запровадження Національної служби здоров'я (НСЗУ), електронної охорони здоров'я та надання лікарням автономії (2019). Значною мірою ці реформи вважаються незворотними навіть якщо майбутні вибори змінять уряд.

Реформи посилять первинну медичну допомогу і, як очікується, відкриють і розвантажать сектор вторинної медичної допомоги, який сам зможе

залучати фінансування та приймати рішення про укладання контрактів на надання послуг, у тому числі з приватним сектором. Міністерство охорони здоров'я розпочало просування моделей державно-приватного партнерства для покращення надання послуг для покращення надання послуг та стимулювання інвестицій у сектор. Прозорість та передбачуваність зростуть після того, як Національна служба здоров'я (2018 рік) повноцінно запрацює як замовник послуг. Впровадження електронної системи охорони здоров'я створення державної компанії «Електронне здоров'я» прискорить впровадження інформаційних технологій в українському секторі охорони здоров'я.

Розвиток сектору охорони здоров'я в Україні відкриває нові бізнес-можливості для закордонних медичних організацій та компаній.

Консультаційні послуги будуть (частково) фінансуватися міжнародними партнерами з розвитку та міжнародними фінансовими організаціями. Пріоритетні теми включають:

- фінансування охорони здоров'я; розвиток первинної медичної допомоги;
- реабілітація; стандартизація та якість у сфері громадського здоров'я;
- планування та проектування інфраструктури; державно-приватне партнерство.

Медичні товари та витратні матеріали: продукти з високою вартістю, наприклад, діагностична візуалізація; приватний сектор для діагностики та візуалізації. Небагато інвестиційних проектів у державному секторі проекти: стоматологічний ринок (стоматологія) перебуває на підйомі; партнери з розвитку інвестують у технології охорони здоров'я через поточних програм включають Світовий банк, USAID, JICA, DfID; ПРООН та дві інші організації, що відповідають за закупівлі ліків та медичних виробів, у тому числі в зонах конфлікту, для Електронної охорони здоров'я, яка швидко набирає обертів.

ІТ-послуги загалом є одним із сильних місцевих економічних активів України. Нова система використовує рішення з відкритим кодом. Це створює можливості для:

- системи та програмні рішення для реєстрації пацієнтів;
- рішення для бальної оцінки даних для розрахунку ймовірності захворювання та інших ризиків;
- фармацевтичні рішення для зберігання, дистрибуції та виписування рецептів;
- аналіз даних про здоров'я для використання в політиці, рецептурних службах;
- послуги з безпеки даних – GDPR ЄС є орієнтиром.

Медична освіта буде вирішальним елементом, що визначатиме швидкість та успіх реформи української системи охорони здоров'я. Співпраця та партнерство будуть необхідними, зокрема, у таких сферах як:

- розробка навчальних програм як для підготовки лікарів, так і медсестер;
- стандартизація та впровадження протоколів як для первинної медичної допомоги так і для госпітальної допомоги;
- пошук українськими медичними університетами партнерства з відомими міжнародними університетами в пошуках програм обміну студентами та співробітниками і, можливо, акредитації.

Для того, щоб чітко усвідомити що представляє спеціалізована медична допомога ми вважаємо за доцільне означити й інші види медичної допомоги. Тому розберемо коротко і їх.

Функціональна структура розподілу медичної допомоги та послуг.

Первинна та профілактична допомога надається переважно лікарями загальної практики лікарі загальної практики (з 2018 року – сімейні лікарі). Відповідно до статті 49 Конституції України «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичну допомогу; ... Державні та комунальні

заклади охорони здоров'я охорони здоров'я державними і комунальними закладами охорони здоров'я надається медичну допомогу безоплатно...» [15].

Управління закладами забезпечує:

- Міські лікарні – управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради;

- лікарні в малих містах/селищах, містечках/селищах – головний районний лікар.

Вторинна медична допомога

її можна отримати в окремих відділеннях міських лікарень, центральних районних лікарнях або частково в обласній лікарні. Управління закладами вторинного рівня закладами вторинного рівня здійснює:

- центральна районна лікарня – головний лікар/головний районний лікар;

- міськими лікарнями – управління охорони здоров'я, управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради;

- обласні лікарні – департамент охорони здоров'я, управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Третинна медична допомога

надається в спеціалізованих республіканських лікарнях, республіканських диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках науково-дослідних інститутів, підпорядкованих Національній Академії медичних наук України та Міністерству охорони здоров'я України, клінічні заклади охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), в яких працюють відповідні наукові кафедри медичних академій, інститутів та університетів, інститутів удосконалення підвищення кваліфікації лікарів.

Управління закладами третинного рівня здійснюється третинного рівня:

- Міська лікарня – управління охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради;

- обласними лікарнями – управління охорони здоров'я, Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації;

- Центральні спеціалізовані лікарні, клініки, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів підвищення кваліфікації лікарів – Міністерство охорони здоров'я України [14].

Лікарняний сектор України в багатьох аспектах є досить одноманітно організованим в результаті минулих практик. За даними Державної служби статистики України станом на кінець 2017 року в Україні окрім медичних закладів в Україні додатково налічується 10 400 поліклінік, ліжок, що становить 73,1 на 10 000 осіб.

Багато лікарень поєднують велику фізичну (ліжкову) потужність з обмеженим її використанням, хоча офіційні хоча офіційні цифри використання не показують цього.

Система охорони здоров'я все ще значною мірою покладається на стаціонарне лікування пацієнтів. Існуючі стандарти і практика планування та фінансування лікарень стримують якість та інновації в секторі. Після перших реформ в середині 1990-х років, коли було скорочено ліжковий фонд, в сільській місцевості зокрема, у сільській місцевості, забезпеченість ліжками майже не змінилася, хоча вона все ще залишається дуже високою порівняно з країнами Європейського Союзу. Кількість ліжок майже вдвічі перевищує кількість ліжок в деяких країнах ЄС.

Після перших реформ в середині 1990-х років, коли було скорочено ліжковий фонд, в сільській місцевості зокрема, у сільській місцевості, забезпеченість ліжками майже не змінилася, хоча вона все ще залишається дуже високою порівняно з країнами Європейського Союзу, кількість ліжок майже вдвічі перевищує кількість ліжок деяких країнах ЄС.

Відповідно до статті 49 Конституції України 1996 року, громадяни України мають право на повний гарантований пакет медичних послуг, що надається безоплатно за місцем безоплатно за місцем їх отримання, як на конституційне право. Однак це широке зобов'язання щодо універсального охоплення безкоштовних послуг для всіх громадян не було підкріплено достатнім фінансуванням.

Офіційно система фінансується за рахунок загального оподаткування (ПДВ, податки на прибуток підприємств, міжнародну податку на прибуток підприємств, податку на міжнародну торгівлю та акцизного збору). В той же час, через хронічне недофінансування системи охорони здоров'я значну частку витрат в Україні становлять платежі з власної кишені, сягаючи приблизно до 3% ВВП. Близько 55% усіх витрат на охорону здоров'я в Україні складаються з приватних кишенькових платежів.

Пацієнти звикли платити за все – обстеження, діагностичні тести, перебування в лікарні, ліки, навіть постільну білизну, перев'язувальні матеріали та мийні засоби. Нещодавнє дослідження «Доступні ліки», проведене БФ «Пацієнти України» у партнерстві з Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), показало, що кожен другий пацієнт в Україні відмовляється від лікування або відкладає його через нестачу коштів. Високу вартість ліків 94% пацієнтів, які взяли участь у фокус-групових дискусіях, вважають головною проблемою високу вартість ліків.

На 2018 рік на охорону здоров'я з бюджету було виділено 86 мільярдів гривень. Це означає – 9,1 % від усього бюджету – 2,6 % від ВВП. За офіційними підрахунками у 2020 році розрахунки на душу населення становлять 75 доларів США на людину [11].

Вторинна медична допомога – спеціалізована: лікарі-спеціалісти.

Вторинна медична допомога – це коли ваш лікар первинної ланки направляє пацієнта до спеціаліста. Вторинна медична допомога означає, що ваш лікар передав ваше лікування комусь, хто має більш конкретний досвід та технологічні можливості у будь-якій проблемі зі здоров'ям, з якою ви зіткнулися.

Спеціалісти зосереджуються або на конкретній системі організму, або на конкретній хворобі чи стані. Кардіологи займаються серцем і кровоносними судинами.

Ендокринологи займаються гормональними системами, в тому числі такими захворюваннями, як діабет і захворювання щитовидної залози.

Онкологи спеціалізуються на лікуванні раку, і багато хто з них зосереджується на конкретному типі раку.

Ваша страхова компанія може вимагати, щоб ви отримали направлення від свого лікаря загальної практики, а не йшли безпосередньо до спеціаліста.

Іноді проблеми виникають на вторинній ланці медичної допомоги. Вони можуть включати в себе:

Неправильний спеціаліст – іноді лікарі направляють людей не до того спеціаліста. Це може статися через те, що симптоми часто перетинаються при різних захворюваннях. Отже, ваші симптоми можуть вказувати на одну проблему, тоді як насправді це інший стан, який потребує іншого спеціаліста.

Відсутність координації медичної допомоги – пацієнт також може зіткнутися з проблемами, якщо ви відвідуєте кількох спеціалістів, кожен з яких лікує різні захворювання. Іноді в таких випадках лікарі можуть не повністю координувати вашу допомогу. В ідеалі, спеціалісти повинні співпрацювати з вашою командою первинної медичної допомоги, щоб кожен знав, що рекомендують інші.

Рівні медичної допомоги залежать від складності медичних випадків, типів захворювань, які лікує лікар, та його спеціалізації.

Первинна медична допомога включає в себе лікаря первинної ланки. Ви звертаєтесь до нього з приводу гострих захворювань, травм, скринінгів або для координації допомоги між спеціалістами [20].

Вторинна допомога – це допомога спеціаліста. Ці спеціалісти можуть включати онкологів, кардіологів, ендокринологів та інших «вузьких» спеціалістів.

Третинна допомога – це вищий рівень спеціалізованої допомоги в лікарні. Аналогічно, четвертинна допомога є продовженням третинної допомоги, але вона є більш спеціалізованою та незвичною [12].

Вторинна (спеціалізована) медична допомога просто означає, що про пацієнта піклується хтось, хто має особливий досвід у вирішенні будь-якої проблеми, з якою він стикається. Це місце, куди звертаються більшість людей,

коли у них виникають проблеми зі здоров'ям, які не можуть бути вирішені на первинній ланці, тому що вони потребують більш спеціалізованих знань, навичок або обладнання, ніж у лікаря загальної практики. Часто вона надається в лікарні. Лікар загальної практики вирішує, до якого спеціаліста потрібно звернутися пацієнту, і зв'язується з ним від імені пацієнта, щоб домовитися про прийом – це називається «направлення».

Фахівці вторинної ланки спеціалізуються на певній частині тіла або системі організму, захворюванні чи стані. Лікарі вторинної медичної допомоги працюють у лікарнях, чи спеціалізованих лікарняних закладах (наприклад, у диспансерах чи центрах). Послуги вторинної медичної допомоги, як правило, надаються в лікарні або клініці, а не в громаді. Іноді термін «вторинна допомога» вживається у значенні «лікарняна допомога», але не всі фахівці вторинної допомоги працюють у лікарнях, наприклад, психіатри, деякі клінічні психологи та ерготерапевти [18].

ВИСНОВОК ДО 2 РОЗДІЛУ

Вторинна (спеціалізована) медична допомога включає лікування хвороби, травми або інші проблеми зі здоров'ям у лікарні або в амбулаторії. Вона також включає в себе аналізи та догляд за серйозними станами. Нікому не потрібне направлення від лікаря загальної практики, якщо потрібно звернутися до відділення невідкладної допомоги (Accident and Emergency, A&E) з серйозною, невідкладною проблемою – але з багатьма проблемами можуть впоратися лікарі загальної практики навіть тоді, коли лікарня закрита.

Невелика кількість лікарень надає так звану «третинну допомогу», тобто третій рівень медичної допомоги. Саме такі лікарні доглядають за пацієнтами, яких направляють до них інші лікарні для надання високоспеціалізованої властивої їм допомоги.

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ ПРІОРИТЕТІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

У зв'язку з проведенням медичної реформи в Україні відбулися зміни відбулися зміни, які почасти мають неоднозначну оцінку як щодо поточних ефектів, так і ймовірних у найближчому майбутньому.

Зупинимося докладніше на найважливіших із них:

- організація медичної реформи – переміни у національній системі охорони здоров'я є вельми актуальними (насамперед, через її низьку здатність виконувати свої прями функції), але вони здійснювалися «зверху – вниз», через що фактично позбавило їх підтримки ключових гравців, які досить чітко розуміють свої «втрати», але не мають гарантій їхньої компенсації (медичний персонал не має гідної офіційної зарплати, населення не має постійної доступності до якісної медичної допомоги); роздуми щодо доцільності); роздуми про доцільність створення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка взяла на себе частину функцій Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), а регіональні відділення НСЗУ взяли на себе частину функцій управління та департаменти охорони здоров'я обласних державних адміністрацій також викликає суперечки;

- реорганізація медичних закладів у неприбуткові комунальні підприємства (НКУП) – пошук власників (місцеві органи влади) на бізнес-модель, що не тільки дозволить дасть змогу не тільки зберегти наявні можливості (зокрема, бюджетне фінансування та пільги з оплати за використання земельної ділянки), а й створити нові (грантове та залучення інвестицій), водночас, в умовах децентралізації держава фактично «передає» органам місцевого самоврядування відповідальність за подальшу долю НПУКів (компенсація комунальних послуг, капітальні компенсації за комунальні послуги, капітальні вкладення, фінансування регіональних програм), тим самим ставлячи під питання їхнє подальше існування;

- автономізація та комерціалізація НПУКів, які отримали змогу надавати платні медичні та супутніх послуг і самостійно розпоряджатися цими коштами (зокрема, на придбання обладнання); автономізація та комерціалізація НПУКів, які отримали можливість надавати платні медичні та супутні послуги і (зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень, стимулювання персоналу тощо) зокрема, на придбання обладнання, ремонт приміщень, стимулювання персоналу тощо). Однак відсутність нормативних актів, що легалізують отримання таких доходів, є перешкодою для повноцінного використання такого стимулу нині, керівництво має підтримувати функціональність НПУК за рахунок оптимізації витрат;

- стимулювання НПУК до укладення угод з НСЗУ – ефективний інструмент для оптимізації бюджетного фінансування НПУК, а також приведення їх кадрового та матеріально-технічного забезпечення у відповідність до сучасних вимог, але не у відповідність із сучасними вимогами; проте не всі НПУК (особливо в сільській місцевості) мають потенціал для радикального поліпшення ситуації, за таких умов вони відчувають проблеми з покриттям операційних витрат і згодом постає питання про їхнє подальше існування;

- реформування первинної ланки – це абсолютно виправданий крок на початку медичної реформи, оскільки дає змогу охопити найбільшу кількість пацієнтів з відносно нескладними патологіям,; це дає позитивний соціальний ефект за низьких витрат; один із його елементів – надання людям можливості підписати декларацію з лікарем первинної медичної допомоги, і при цьому вони залишають за собою право припинити дію декларації та укласти договір з іншим лікарем у будь-який час [21].

У результаті, сімейні лікарі, терапевти і педіатри (особливо ті, у кого 1,5-2,0 тисячі декларантів) у середньому втричі збільшили свої офіційні зарплати, до речі, певна частина з них – це надбавки до зарплати, які дозволять керівництву НПУКів керівництву стимулювати лікарів, а от зарплати лікарів «вузьких спеціальностей», які працюють у первинних НПУКах, залишилися

мізерними, ба більше, багато з цих посад можуть бути «згорнуті». Одним із прогресивних явищ – поява приватної практики у сімейного лікаря – індивідуального підприємця (ІП), яка згодом може поширитися на вторинну та третинну медичну ланки охорони здоров'я; станом на ланки охорони здоров'я; станом «на кінець 2019 року лише понад 28 млн. осіб (на власний розсуд, а не з територіальним принципом) обрали свого лікаря», тож решта населення матиме суттєві обмеження на отримання безоплатної первинної та вторинної медичної допомоги безоплатної первинної та вторинної медичної допомоги;

- реформування вторинної та третинної ланок – з 2020 р. НПУК отримуватимуть кошти за договорами з НСЗУ за принципом «60% – глобальний бюджет, 40% – за вилікуваний випадок (щороку ця пропорція змінюватиметься в бік збільшення частки оплати вилікуваного випадку)» [16];

НПУК повинні заповнювати медичні дані в e-Health та надавати електронні звіти до NHSU про фактичні медичні послуги, що надаються з метою отримання грошових коштів за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», відповідно до заздалегідь визначеними пакетами медичних послуг (до речі, їхній перелік поки що обмежений і не дозволяє взяти на себе До речі, їхній перелік поки що обмежений і не дозволяє врахувати врахувати все різноманіття форм прояву патології) медичні послуги, спрямовані на ті стани, які спричиняють найбільшу смертність або значно погіршують якість життя (лікування гострого церебрального інсульту, гострого інфаркту міокарда, допомога під час пологів і неонатальний догляд, рання діагностика онкологічних захворювань) оплачуватимуться за підвищеним тарифом, що також виправдано з точки зору підвищення медико-соціального ефекту в умовах в умовах обмеженості ресурсів НПУК. Водночас інші галузі медицини продовжуватимуть стагнувати у зв'язку з обмеженим фінансуванням. Тому особливу увагу слід звернути на тарифну ставку НСЗУ на надання медичних послуг, яка здебільшого в кілька разів нижча за надання медичних послуг. У зв'язку з цим пацієнти або «недоліковуватимуться», або будуть змушені «покривати різницю» власним коштом (останнє певною мірою суперечить

Декларації про «надання безоплатної базової медичної допомоги»). Крім того, якщо пацієнт подасть скаргу на цей факт до NHSU, вони можуть взагалі відмовитися компенсувати НПУК за такий клінічний випадок; останнє, до речі, також стосується і медичних даних, неправильно заповнених в e-Health. НСЗУ намагається стимулювати НПУК підвищити кваліфікацію персоналу і поліпшити логістику за рахунок більш високих тарифів, хоча без залучення інвестицій це видається проблематичним і наразі тільки певні сегменти сектору охорони здоров'я привабливі для інвестицій;

- організація лікарняних округів – функціональних асоціацій НПУКів (насамперед, підтримка багатопрофільних лікарень), до яких пацієнти можуть дістатися автотранспортом протягом 60 хвилин, дасть змогу певною мірою регулювати надання медичних послуг. Однак для жителів сільської місцевості (особливо у віддалених районах і особливо з огляду на переважно жахливий стан доріг, відсутність регулярних автобусних маршрутів та власних транспортних засобів), означає, що доступ до медичних послуг знижується (з фатальними наслідками в екстрених випадках);

- зміна підходу до призначення лідера НПУК – це ситуація, за якої НПУК може очолити людина без медичної освіти, але яка має менеджерську освіту, з одного боку, є класичним прикладом кризового управління, а з іншого – це «бомба уповільненої дії», тому що така людина, найімовірніше, просто не знає

нюанси медицини (а, як відомо, саме вони є «причиною гучних успіхів і невдач»). Крім того, у цій сфері, на відміну від «класичного бізнесу», домінує соціальна, а не економічна функція; втім, це й так зрозуміло втім, це поки що не є серйозною проблемою, оскільки більшість чинних керівників НПУК уже мають або перебувають у процесі здобуття менеджерської освіти;

- формування стратегії розвитку НПУК – керівник НПУК, який обирається на керівника НПУК на конкурсній основі, повинен запропонувати не тільки бізнес-план свого розвитку, а й знайти інвесторів для його реалізації; однак у поточній ситуації обмежений перелік сегментів ринку медичних послуг є інвестиційно привабливим, в той час як інші виглядають приреченими

Зрозуміло, наведений вище перелік позитивних і негативних наслідків медичної реформи в Україні не є вичерпним, а отже, він може бути продовжений [19].

Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю. Представництво Європейської Комісії в Україні Київ, 2009. Однак він потрібен не для критики (адже відомо, що «не помиляється тільки той, хто нічого не робить»), а для того, щоб знайти шляхи вирішення проблеми, вже існуючих і можливих проблем у цій галузі, зокрема шляхом поліпшення співпраці між науковцями і практикуючими лікарями, представниками органів державної влади, місцевого самоврядування, бізнесу, громадських організацій і широкою громадськістю. З огляду на вищевикладені реалії, необхідно запропонувати концептуальні підходи до вдосконалення державного управління сектором охорони здоров'я розвиток:

1. Медична реформа – не самоціль, а спосіб державного управління розвитком охорони здоров'я; необхідно враховувати й інші супутні необхідно враховувати й інші пов'язані з нею процеси:

- глобалізація – «стирання кордонів» при переміщенні не тільки капіталу, кваліфікованих кадрів, технологій, матеріально-технічних та інших ресурсів, а й патологій, до яких ні вітчизняна медицина, н імунітет наших співвітчизників поки що не готові. Окремо варто відзначити потенціал розвитку медичного туризму.

- науково-технічний прогрес – поява нових технологій, обладнання, інструментів, матеріалів, ліків тощо, правильне використання яких може допомогти в боротьбі з наявними та новими патологіями; значне підвищення значущості послуг і капіталомісткості послуг і капіталомісткості, особливо вузькоспеціалізованих медичних послуг;

- урбанізація – перераховані вище процеси в поєднанні з наявними диспропорціями в розвитку територій, найімовірніше, тільки прискорять концентрацію населення в мегаполісах з одночасним скороченням/ліквідацією

тих населених пунктів, де існують проблеми з отриманням доходів та наявна стагнація об'єктів соціальної інфраструктури;

- демографічна криза – зниження частки працездатного населення на тлі масштабної трудової міграції ще більше ускладнює виконання державою виконання державою своїх конституційно закріплених соціальних функцій;

- старіння нації загострює проблему збільшення частки захворювань, притаманних літньому віку, і необхідності поєднання медичних і соціальних послуг;

- макроекономічна ситуація – масова бідність, великий розрив у доходах для деяких верств населення, погано регульована інфляція і курс національної валюти, промисловий спад, масштабна тіньова економіка та інші чинники роблять практично неможливим розвиток медичного страхування, а також закріпили за Україною статус «країни третього світу», в яку куди «заходить» тільки спекулятивний капітал (як відомо, для реалізації економічних, а не соціальних цілей), тому варто очікувати реалізації переважно «нішевих» проєктів (зокрема, відкриття вузьких або малопомітних представництв відомих закордонних клінік);

- неповний розподіл прав власності в бізнесі – існує як і раніше, велика ймовірність (як це було в промисловості, сільському господарстві тощо), що більшість НПУК (у т.ч. через неможливість компенсувати втрату бюджетного фінансування власними доходами) можуть опинитися на межі банкрутства; за таких умов, як банкрутства; за таких умов можлива ліквідація (до речі, цей варіант. До речі, цей варіант найімовірніший для депресивних територій) або реорганізація (на основі державно-приватного партнерства і відповідно до вищезгаданого бізнес-плану НЧУК), найімовірніше, відбудеться; інвестор «увійде» в НПУК і «візьме під контроль» його найприбутковіші сегменти;

- спеціалізація – її поглиблення (на основі наявних переваг) є одним із реальних варіантів спочатку виживання, а потім і розвитку НПУК.

2. Міністерству охорони здоров'я та НСЗУ необхідно розробити, затвердити, а потім послідовно реалізувати «Стратегію реформування охорони

здоров'я в Україні», яка має містити чіткі цілі, строки та засоби їх досягнення, розподіл повноважень, стимулів і відповідальності виконавців; органічно поєднувати адміністративні, економічні, організаційно-правові та соціально-психологічні методи суспільного впливу на учасників цього процесу.

3. Ключем до подальшого розвитку сфери охорони здоров'я України має стати комплексне використання інструментів державного управління, спрямованих на такі фактори як:

- забезпечення макроекономічної стабільності, підвищення реальних доходів населення та захист суб'єктів господарювання підвищення інвестиційної привабливості НПУК;

- розвиток державно-приватного партнерства, важливим елементом якого є складовою якого є співфінансування державою, місцевими органами влади та представниками бізнесу інвестиційних проєктів, спрямованих на розвиток НПУК та підвищення доступності та якості медичних послуг;

- регулювання діяльності НПУК для захисту інтересів як їхнього персоналу (запобігання штучному банкрутству, порушень трудового законодавства) і пацієнтів (контроль якості медичних послуг і моніторинг цін);

- сегментація медичних послуг залежно від віку, патології та платоспроможності пацієнтів;

- сприяння об'єднанню НПУК та/або поглибленню їх спеціалізації, що супроводжуватиметься концентрацією медичного персоналу та обладнання на конкретних місцях;

- просвіта керівників і медичного персоналу НПУК, а також громадськості про особливості та наслідки медичної реформи; особливу увагу має бути приділено тим територіям, де можливе закриття або ліквідація НПУКів або ліквідація (зокрема, слід передбачити «компенсаційні» заходи у межах свого лікарняного округу: забезпечення населення маршрутами та засобами пересування до багатопрофільної лікарні, сприяння працевлаштування медичного персоналу, підтримка лікарів ФОПів);

- завершення процедури укладення декларацій між лікарями первинної ланки та пацієнтами як гарантії їхнього доступу до безоплатної первинної медико-санітарної допомоги;

- суттєве (відповідно до фактичної кількості наданих медичних послуг) підвищення заробітної плати наданих медичних послуг) підвищення заробітної плати лікарів «вузької спеціалізації» всіх рівнів, що дасть змогу забезпечити відтік кваліфікованих кадрів з НПУК і зберегти високу мотивацію фахівців до професійного зростання;

- розширення переліку пакетів медичних послуг та приведення розміру тарифу НСЗУ на їх надання у відповідність до реальних витрат;

- інформування всіх учасників цього процесу про те, що частка приватної медицини зростатиме з кожним роком (у тому числі за рахунок «приходу» іноземних клінік), а чітко регламентований обмежений перелік безоплатних медичних послуг буде доступний [17].

ВИСНОВОК ДО 3 РОЗДІЛУ

На сьогоднішній день нікого не потрібно переконувати в необхідності медичної реформи в Україні. Реформа передбачає формування «вектора» змін, утворення Національної служби здоров'я України (НСЗУ), реорганізацію медичних закладів у неприбуткові комунальні підприємства (НПУК), а також автономізацію та комерціалізація їх, а також спонукання до укладення угоди з НСЗУ, реформуючи спочатку первинну ланку, а потім вторинної та третинної, організації госпітальних округів тощо. Тим не менш, залишається велика кількість проте, залишається велика кількість запитань, що стосуються поточних і ймовірних медичних, соціальних та економічних наслідків, спричинених неправильним використанням методів державного управління розвитком охорони здоров'я. Медична реформа не є самоціллю, але при проведенні реформи необхідно враховувати й інші супутні процеси, такі як

глобалізація, технологічний прогрес, урбанізація, демографічна криза, макроекономічна ситуація, незавершеність розподілу прав власності у бізнесі, спеціалізація. Нині існує «Стратегія реформування охорони здоров'я України». А правильне використання комплексу методів державного управління, спрямованих як на збалансоване зростання національної сфери охорони здоров'я, так і на запобігання негативному впливу суміжних галузей і сфер національної економіки, гарантує її успішну реалізацію. Продовження наукових досліджень з цієї проблеми сприятиме подальшому розвитку національної охорони здоров'я, у тому числі за рахунок удосконалення державного управління цією складовою національної економіки.

ВИСНОВКИ

На нашу думку основними і найбільш вагомими напрямками розвитку спеціалізованої медичної допомоги мають бути наступні.

Фінансування:

Ми вважаємо, що асигнування на систему охорони здоров'я в недалекому майбутньому значно залежатиме від коштів з-за кордону. Вони пропонують спрямувати міжнародну допомогу на поновлення системи охорони здоров'я через єдину незалежну агенцію, яка б відповідала цілям країни. Закупівля медичних послуг і надалі здійснюватиметься через НСЗУ, що потребує відповідного механізму прямої бюджетної підтримки.

Досліджені наукові джерела авторів також зазначають, що навіть за умови підтримки з-за кордону обсяг доступного фінансування буде обмеженим. Вони пропонують визначити пакет послуг більш чітко, щоб уникнути неявного нормування. Вони також виступають проти використання розподілу витрат на рівні надання послуг, оскільки це може призвести до зменшення використання коштів і посилення нерівності в доступі та результатах.

Реалізація:

Пропонується зосередитися на наступних принципах реалізації реформи:

- більший акцент на мультидисциплінарній допомозі;
- більша пріоритетність громадського та суспільного здоров'я, включаючи психічне здоров'я;
- акцент на пацієнтоорієнтованій допомозі;
- більший голос пацієнтів;
- більша відповідальність людей за власне здоров'я.

Що стосується фізичного капіталу, то відновлення зруйнованої інфраструктури не повинно зводитися до простого відтворення того, що було раніше. Натомість плани відбудови повинні враховувати потреби в спеціалістах та послугах на рівні громади.

З точки зору людського капіталу, існує потреба в «утриманні та перепідготовці» людських ресурсів для вирішення проблеми нестачі та якості. Це передбачає як програм підвищення кваліфікації медперсоналу, так і інвестицій у якість менеджменту та більшу автономність для керівників.

Керівництво:

Належне врядування є ключовим компонентом реформи системи охорони здоров'я. Вони пропонують створити незалежну агенцію, яка б спрямовувала кошти від іноземних донорів. Вони також пропонують створити стратегічне агентство з питань охорони здоров'я, яке б відповідало за збереження централізованого об'єднання та розподілу коштів, відновлення та прискорення розвитку оплати за медичну допомогу та розробку та публікацію показників ефективності для центрального агентства та всіх постачальників медичних послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>. (дата звернення: 24.10.2019).
2. Ситенко О.Р., Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2014. № 2 (60). С. 15–18.
3. Стрельченко О.Г. Надання адміністративних послуг у сфері охорони здоров'я. Наука і правоохорона. 2012. № 3. С. 5–15.
4. Вялков А.И. Современные проблемы эффективности управления здравоохранением. Материалы научн.-практ. конф. с междунар. уч. Москва : РЦ «Фармединфо», 2012. С. 329.
5. Стрельченко О.Г. Регулювання сфери обігу лікарських засобів в Україні : адміністративно-правове дослідження : монографія. Київ : Видавничий центр «Кафедра», 2019. 400 с. С. 59–60.
6. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за заг. ред. В. М. Князевича. Київ : Наукова думка, 2010. С. 250.
7. Кузьменко О.В. Курс адміністративного права України : підручник. 3-тє вид., допов. Київ : Юрінком Інтер, 2018. 904 с.
8. Лавриненко О.О., Рогова О.Г., Панасюк С.А. Коментар медичного законодавства України, станом на 01.03.2011 р. Київ : «Вид. дім «Персонал», 2011. 360 с.
9. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за заг. ред. В.М. Князевича. Київ : Наукова думка, 2010. С. 250.
10. Історичний розвиток сфери надання медичної допомоги в Україні. URL: http://lsej.org.ua/1_2020/36.pdf (дата звернення: 12.12.2023). DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34>
11. Differences Between Primary, Secondary, Tertiary, and Quaternary Care <https://www.verywellhealth.com/primary-secondary-tertiary-and-quaternary-care->

261535412. Seeing the GP: Advice and tips for young people. What is secondary care? URL: <https://healthtalk.org/seeing-gp-advice-and-tips-young-people/what-is-secondary-care-> (дата звернення: 12.12.2023).

12. Secondary care. URL: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/secondary%20care> (дата звернення: 12.12.2023).

13. Health Care in Ukraine. URL: <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf> (дата звернення: 12.12.2023).

14. Конституція України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution> (дата звернення: 12.12.2023).

15. Офіційний сайт МОЗУ. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>. (дата звернення: 13.12.2023).

16. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. URL: <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105130.pdf> (дата звернення: 12.12.2023).

17. The Good Indicators Guide: understanding how to use and choose indicators. NHS, Institute for Innovation and Improvement, 2008.

18. How can hospital performance be measured and monitored? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003. URL: <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf> (дата звернення: 10.12.2023).

19. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю. Представництво Європейської Комісії в Україні Київ, 2009.

20. МОЗ розділить надання первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Що зміниться. URL: <https://suspilne.media/190313-moz-planue-rozdiliti-nadanna-pervinnoi-ta-specializovanoi-medicnoi-dopomogi/> (дата звернення: 10.12.2023).

21. Ключниченко Є.Є. Управління містом. Навчальний посібник. – К.: КНУБА, 2003. – 260 с.

22. Кравченко В.І. Місцеві фінанси України. Навчальний посібник. – К.: Знання, 1999. – 487 с.

23. Куйбіда В.С. Муніципальне управління. Аспект інформатизації. – 260 с.
24. Иванов В.В., Коробова А.Н. Муниципальный менеджмент. Справочное пособие. – М., 2002. – 465 с.
25. Малиновський В. Муніципальне управління. Сфера діяльності і науки // Віче. – 2004. – №7. – С.57-60.
26. Мельник А.Ф., Оболенський О.Ю., Васіна А.Ю., Гордієнко Л.Ю. Державне управління. – К.: Знання, 2004. – 342С.
27. Мельник А.Ф., Монастирський Г.Л., Дудкіна О.П. Муніципальний менеджмент. Навчальний посібник. За редакцією доктора економічних наук професора А.Ф. Мельник. – К.: «Знання», 2006. – 420 с.
28. Право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та відповідальність закладів охорони здоров'я і медичного персоналу за його порушення: Зб. нормат.-правових актів України. – Л., 2004. — 152с.
29. Приходський О.О., Морарь Л.М., Голяченко А.О. Управління охороною здоров'я (вступ до теорій, концептів, технологій). Т. : Лілея, 2001. 65с.
30. Салій І. Українські міста: питання власності і муніципального управління. ., 2001. 415 с.
31. Галацан О. В. Організаційно-економічний механізм управління охороною здоров'я: Автореф.дис...канд. наук з держ. управління. Х., 004. 17с.
32. Корнійчук В.П., Хом'як К.Д. Стратегічний муніципальний менеджмент(інноваційний підхід до розвитку сучасного міста).К.: Денеб,2005.40 с.
33. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореферат дис... д-ра наук з держ. упр. – К., 2003. — 455 с.
34. Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963. № 53. p. 941–973.
35. Dolgich M. Regularities of reforming public administration mechanisms of the health care system in ukraine in the context of the european dimension. *Public Administration and Law Review*. 2020. № 1. P. 67-78.

36. Fayol Henri. Administration industrielle et générale; prévoyance, organisation, commandement, coordination, controle, Paris, H. Dunod et E. Pinat, 1916. URL: <https://www.worldcat.org/title/administration-industrielle-et-generalprevoyance-organisation-commandement-coordinationcontrole/oclc/927892525?referer=br&ht=edition/>

37. Health as International Politics: Combating Communicable Diseases in the Baltic Sea Region / G. Hønneland and L. Rowe. Aldershot : Ashgate Publishing Limited; Burlington : Ashgate Publishing Company, 2004. 119 p.