

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ  
ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ  
КАФЕДРА ПАРЛАМЕНТАРИЗМУ

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА  
на тему

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО  
ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

До захисту

Студента 2 курсу магістратури заочної форми навчання спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Парламентаризм і парламентська діяльність»

**Ващишина Владислава Васильовича**

Науковий керівник  
доктор педагогічних наук, професор  
**Даниленко Лідія Іванівна**

Засвідчую, що в цій кваліфікаційній роботі немає запозичень із праць інших авторів без відповідних посилань

Студента

(підпис)

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри парламентаризму від « 04 » 12 2023 р., протокол № 14

Завідувач кафедри парламентаризму,  
доктор політичних наук, професор  
Гошовська Валентина Андріївна

(підпис)

Київ – 2023

## АНОТАЦІЯ

*Вацшин В. В.* Державне регулювання у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в Україні. – Кваліфікаційна магістерська робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна магістерська робота на здобуття ступеня вищої освіти другого (магістерського) рівня галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування», спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування». – Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, 2023.

У магістерській роботі розкрито теоретичні аспекти державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг; охарактеризовано міжнародний досвід регулювання процесів забезпечення потреб населення в якісних медичних послугах; визначено пріоритетні потреби населення України у медичних послугах; здійснено аналіз сучасних аспектів реформування охорони здоров'я України та чинного законодавства у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг; визначено й охарактеризовано пріоритетні напрями вдосконалення сфери забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в Україні в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення держави.

**Ключові слова:** державне управління, медична послуга, медична допомога, якість медичної послуги, державне регулювання, система охорони здоров'я, потреба, медичний протокол, рівний доступ.

## ANNOTATION

*Vashchyshyn V. V.* State regulation in the sphere of ensuring equal access to quality medical services in Ukraine. – Qualifying scientific work as a manuscript.

Qualifying scientific work for obtaining an educational degree at the second level of higher education (Master's degree), field of study: 28 «Public Management and Administration», specialty: 281 «Public Management and Administration». – Educational and Scientific Institute of Public Administration and Civil Service of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine, 2023.

The master's thesis reveals the theoretical aspects of state regulation in the sphere of ensuring the population's access to quality medical services; the international experience of regulating the processes of ensuring the needs of the population in quality medical services is characterized; the priority needs of the population of Ukraine in medical services are determined; an analysis of modern aspects of health care reform in Ukraine and current legislation in the field of ensuring equal access to quality medical services was carried out; identified and characterized the priority directions for improving the sphere of ensuring equal access to quality medical services in Ukraine in the conditions of martial law and post-war state recovery.

**Key words:** governance, medical service, medical assistance, quality of medical service, state regulation, health care system, need, medical protocol, equal access.

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>	<b>5</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>6</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ НАСЕЛЕННЯ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ .....</b>	<b>9</b>
1.1. Базові поняття дослідження в теорії державного управління.....	9
1.2. Міжнародний досвід забезпечення населення якісними медичними послугами.....	18
<b>РОЗДІЛ 2 СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>27</b>
2.1. Нормативно-правова база, що врегульовує медичні послуги .....	27
2.2. Сучасні аспекти реформування сфери охорони здоров'я .....	36
Висновки до розділу 2 .....	46
<b>РОЗДІЛ 3 ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СФЕРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ .....</b>	<b>48</b>
3.1. Пілотування обрахунків як ефективний механізм моделювання потреби населення у медичних послугах.....	48
3.2. Запровадження eHealth як інструменту ефективного державного регулювання та аналізу даних .....	52
Висновки до розділу 3 .....	58
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>60</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>63</b>
<b>ДОДАТКИ .....</b>	<b>74</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ДФП – Державний фонд пацієнтів
- ЄС – Європейський Союз
- КМУ – Кабінет Міністрів України
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- НФМС – Національний фонд медичного страхування
- ОМС – обов'язкове медичне страхування
- ООН – Організація Об'єднаних Націй
- ПМГ – програма медичних гарантій
- ПМД – первинна медична допомога
- ФОМС – Фонд обов'язкового медичного страхування

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу (далі – ЄС) прагнення нашої країни до демократичних стандартів та цивілізованого, соціально орієнтованого суспільства стає реальним. За таких умов напрямок української системи охорони здоров'я на рівень сучасного світу набуває чітких орієнтирів в організаційно-правовому і політико-соціальному регулюванні у сфері забезпечення населення якісними медичними послугами.

Про це свідчить сучасне українське законодавство у сфері охорони здоров'я [40] та відповідні національні програми і стратегії, що визначають її політику. Зокрема, це стосується проектів Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року [59] та Плану відновлення України до 2030 року [41]. Цій проблематиці присвячено достатньо уваги у наукових працях вітчизняних і зарубіжних дослідників, а саме: в роботах з медичної проблематики - Антонов С.В. [1], Гапонова Е.О. [10], Князевич В.М. [24], Прасов О.О. [42] та ін.; з проблематики державного управління - Білинська М.М [4], Венедиктова І.В. [8], Дейкун Н.П. [16], Мостовенко О.В. [37] та ін., зокрема у сфері парламентської діяльності, яка сприяє формуванню якісного чинного законодавства - Гошовська В.А. [ 7; 12 - 14], Даниленко Л.І. [15; 29-31; 75], Максименцева Н.О. [32 - 33] та ін.

Вчені зазначили, що сфера охорони здоров'я, в якій надаються медичні послуги, належить до загальної системи економічних зв'язків. Її роль постійно зростає, адже в умовах науково-технічного прогресу, розвитку інноваційних технологій та цифровізації медичних процесів і систем охорона здоров'я посідає одне з головних місць у забезпеченні ефективності суспільного відтворення. Саме тому покращення стану медичної галузі, забезпечення рівного і справедливого доступу громадян до якісних медичних послуг, збереження соціально необхідного обсягу державних гарантій мають стати першочерговими завданнями державної влади і

зокрема, Верховної Ради України як єдиного законодавчого державного органу влади, від діяльності якого залежить формування публічної політики, зокрема й у сфері охорони здоров'я.

Державна політика забезпечення населення якісними медичними послугами посідає нині значне місце серед інших пріоритетних завдань держави, особливо нині – в умовах війни з РФ, про що наголошено у проекті Національної програми «Модернізація системи охорони здоров'я для людського капіталу» [38], в якій значна увага приділена не лише медичній мережі та фінансуванню, а й створенню і розвитку таргетованих компаній у медичній сфері задля розробки програм громадського та психічного здоров'я людей, які постраждали від війни або мають високий тагяр захворювань для суспільства.

Тому заслуговують на увагу питання наукового обґрунтування визначення потреб населення в медичних послугах, перелік яких визначається чинними законодавством та нормативно-правовими актами [20]. Згідно з Конституцією України [25] медична допомога в закладах охорони здоров'я (державних і комунальних) надається безоплатно.

**Метою дослідження** є науково-теоретичне обґрунтування пріоритетних напрямків удосконалення державного регулювання надання якісних медичних послуг населенню України та розробка практичних рекомендацій для органів державної влади в питома територія в умовах військового стану та повоєнної відбудови держави.

*Основні завдання дослідження:*

- розкрити теоретичні аспекти державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг;
- охарактеризувати міжнародний досвід регулювання процесів забезпечення потреб населення в якісних медичних послугах;
- визначити пріоритетні потреби населення України у медичних послугах;

- здійснити аналіз сучасних аспектів реформування охорони здоров'я України та чинного законодавства у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг;

- визначити й охарактеризувати пріоритетні напрями вдосконалення сфери забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в Україні в умовах воєнного стану та повоєнного відновлення держави.

*Об'єкт дослідження* - забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг.

*Предмет дослідження* - державне регулювання у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуги.

### **Практичне значення магістерської роботи:**

- сформульовані висновки щодо реалізації конкретних завдань можуть бути реалізовані в практичній діяльності в процесі реформування галузі охорони здоров'я.

Основні теоретичні положеннями магістерської роботи можуть бути використані:

– у практичній діяльності ЗВО, органів державної влади та місцевого самоврядування;

- у науково-дослідній роботі установ МОЗ України та НАН України, МОН України, Мінмолодьспорту України, а також КНУ імені Тараса Шевченка;

– у навчальному процесі КНУ імені Тараса Шевченка, інших закладів та закладів, що займаються професійною освітою управлінських кадрів у сфері охорони здоров'я.

**Структура магістерської роботи:** Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, трьох розділів, що містять сім підрозділів, висновків і списку використаних джерел (78 найменувань на 11 сторінках). Повний обсяг магістерської роботи становить 74 сторінки, із них обсяг основного тексту – 74 сторінки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ НАСЕЛЕННЯ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

### 1.1. Базові поняття дослідження в теорії державного управління

Охорона здоров'я сьогодні є однією з провідних галузей виробництва послуг. Стаття 49 Конституції України гарантує кожному право на охорону здоров'я та медичну допомогу, що включає, зокрема, право на медичну допомогу. Нині, особливо важливим є надання медичних послуг та розуміння їх сутності, адже від їх ефективності залежить якість життя кожного окремо і суспільства в цілому.

Зазначимо, що це поняття (метична послуга) було введено в законодавство України на початку 1990-х років, але вживалося значно рідше, ніж поняття «медична допомога» [1]. оскільки «медична допомога» в основному включає лікування, профілактичні заходи під час хвороби, травми, пологів, а також медичні огляди та деякі інші види лікувальної роботи. Зміст поняття «медична послуга», близького до «медичної допомоги», тривалий час залишався невизначеним у нормативно-правових актах і визначено лише в Законі України, прийнятому у 2017 р. [43].

Цей закон визначає, що:

- «медична допомога характеризується відповідною діяльністю професійно підготовлених фахівців у медичній сфері, яка спрямована, як на профілактику, так і на діагностику, лікування, реабілітацію;
- медична послуга надається державним, комунальним чи приватним закладом охорони здоров'я або приватним підприємцем (замовником державної

медичної служби може бути держава, уповноважені органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт).

Тобто, що термін «медична допомога» характеризує медичний процес, а термін «медична послуга» - адміністративний процес. Мпин остання і є ключовою задачею у сфері управління системою охорони здоров'я. Адже питання управління, зокрема державного управління, загострюються напочатку ХХІ століття. Було взято правову та економічну науку, а не науку державного управління. Тому в медичному науковому середовищі тривалий час точиться дискусія щодо цих двох понять – медична послуга та медична допомога.

У цьому контексті слушною є позиція Антонова С.В. у сфері надання медичних послуг, яка трактується «як особливий вид професійної чи господарської діяльності закладів охорони здоров'я не лише у сфері надання лікувальних послуг, а й естетичних, реабілітаційних тощо» [1].

Інші дослідники розглядають її «як надання медичної допомоги відповідно до бажання людини» [42; 69], «або в разі гострого розладу її фізичного чи психічного здоров'я» [68].

Тобто, «медична допомога є складовою медичних послуг і включає профілактичну, лікувальну, діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну, стоматологічну допомогу, а також догляд для дітей, хворих та інвалідів» [34].

Дайкун Н.П. визначає медичну допомогу «як комплекс професійних, діагностичних і лікувальних заходів, спрямованих на раннє виявлення захворювань і відновлення втраченого здоров'я людини» [16]; Бобок П.В. – «як комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що проводяться за певною технологією з метою досягнення конкретних результатів»[9]; Михайлов С.В. – «як комплекс заходів, спрямованих на надання допомоги хворим або постраждалим у подоланні негативних наслідків хвороби» [36].

Дещо інше визначення медичної допомоги, наведене іншими авторами, включає «державу як суб'єкта, зобов'язаного захищати життя і здоров'я людини та забезпечувати епідеміологічне благополуччя населення» [67].

Натомість деякі вчені, доповнюючи визначення медичної допомоги «як комплексу заходів, наголошують на регламентації умов її здійснення та дещо розширюють її зміст на реабілітацію хворих, а також виділяють інвалідів серед суб'єктів її отримання» [64].

Заслуговує на увагу визначення О.В. Крилова, яка розглядає медичну допомогу з точки зору критерію догляду «як будь-яку медичну послугу, що вимагає втручання іншої особи, тобто це застосування медичних знань і навичок однією особою, керованим іншою особою для реалізації своїх власні права та інтереси, які потребують втручання в їх орган» [28].

Тобто, медична допомога в цілому розглядається «як процес, що складається із комплексу заходів, які здійснюють медичні працівники» [37].

Щож до поняття «медична послуга», то його розглядають в аспекті фінансування оплати за їх надання чи безоплатної послуги. Так, відповідно до ч. 3 ст. 49 Конституції України медичні послуги в державних і комунальних закладах охорони здоров'я надаються безоплатно. Тобто, медичні послуги, як правило, є платними та надаються приватними суб'єктами медичної діяльності.

Це також розглядається з точки зору стану пацієнта та того, хто повинен отримати медичну допомогу чи послуги [9].

Думка С.В. Антонової щодо критеріїв розмежування цих понять з точки зору мети як кінцевого результату є цікавою. При цьому метою всієї діяльності медичного закладу при направленні людини на лікування є покращення її здоров'я, а результатом – відсутність симптомів захворювання (одужання).

Надаючи медичну послугу, як правило досягають не лише лікувальний (регенеруючий) результат, а й додатковий - естетичний.

Це означає, що визначення «медичні послуги» є значно ширшим поняттям, ніж поняття медичної допомоги, з точки зору Антонової С.В. Проте існує й протилежна точка зору, яка доводить, що «медичні послуги є різновидом та однією зі складових медичної допомоги» [6].

Ми ж вважаємо, що саме *медична послуга є ширшим поняттям*, тому що з точки зору інших споріднених наукових галузей, зокрема права й економіки, саме вона підлягає обліку і контролю і виступає нормою права. Саме вона стає провідною в сучасній теорії управління якістю і розглядається як якісні чи не якісна медична послуга.

У юридичному розумінні «медична допомога» і «медична послуга» відрізняються залежно від режиму правового регулювання.

«Медичні послуги розглядаються як предмет цивільно-правового регулювання. У разі надання платних послуг між пацієнтом і лікарем (медичним закладом) укладається договір на здійснення конкретної діяльності. Укладаючи цей договір, пацієнт задовольняє свій власний (немайновий) інтерес, а лікар (чи медичний заклад) — майновий інтерес» [8].

Узагальнюючи зазначимо, що проведені дослідження дозволяють уточнити сутність поняття «медична послуга» як професійна діяльність закладів охорони здоров'я чи приватних підприємців у сфері охорони здоров'я, які діють згідно чинного законодавства відповідно до встановлених мелічних стандартів.

Її характерні особливості включають:

- «задоволення потреб людей у медичній допомозі для збереження та зміцнення їх здоров'я;
- невизначеність щодо необхідності користування медичною послугою, оскільки при погіршенні стану здоров'я виникає необхідність у тій чи іншій медичній допомозі;
- медичний стаж.

При цьому, для кожного конкретного випадку немає чіткого уявлення про час появи результату, необхідність проведення додаткових тестів та проміжок часу між закінчення послуги і очікуваним результатом може бути досить тривалим.

Метою завжди є вплив на здоров'я пацієнта, що невловиме, але обов'язково передбачає зміни в організмі людини» [3].

«Для системи охорони здоров'я України важливим є забезпечення якісної та доступної медичної допомоги і послуги.

Досягнення цілей можливе за допомогою механізму державного регулювання діяльності суб'єктів її інституційної структури» [27].

Одним із найбільш дискусійних питань є відмінність державного регулювання від державного управління.

Розуміння сутності «регулювання» стало предметом зіткнення протилежних поглядів вчених.

На думку О.В. Бобришевої, «державне управління СОЗ є більш широким поняттям, до якого, зокрема, входять: нормативні акти. Загалом державне регулювання передбачає зміну (коригування) параметрів процесу управління в рамках заданих соціально-економічних орієнтирів розвитку національної охорони здоров'я. Це державне управління як більш глобальне поняття, що безпосередньо оперує принципами (нормами, стандартами), у тому числі нормативними положеннями. Державне регулювання розглядається як окремий випадок державного управління СОЗ метою якого є підтримання ефективності інституційних одиниць на заданому рівні. Тому державним регулюванням слід вважати комплекс заходів і дій, які держава використовує для коригування процесу управління СОЗ в умовах модернізації» [5].

Саніахметова Н.О. розглядає державне регулювання «як діяльність держави, спрямовану на забезпечення суспільних інтересів шляхом

використання засобів впливу на ділові відносини та поведінку суб'єктів господарювання. При цьому прямі адміністративні методи - це сукупність обов'язкових вимог і розпоряджень держави, а непрямі - дозволяють державі впливати на економічні інтереси. Адміністративні методи обмежують економічну свободу, але є сфери діяльності, наприклад охорона здоров'я, де адміністративні методи досить ефективні» [63].

Сучасні дослідники під «державним регулюванням» розуміють «цілеспрямований вплив суб'єкту управління на об'єкт управління з метою досягнення змін у бажаному напрямі. У нашому випадку – це вплив суб'єкту управління на систему охорони здоров'я в державі чи процеси, які забезпечуються цією системою.

Наприклад, під регулюванням економіки з боку держави розуміють вплив держави як суб'єкту управління на формування чи розвиток економічної політики (об'єкт управління) шляхом застосування комплексу засобів і методів управління» [17].

В Енциклопедії державного управління державне регулювання розуміється «як ефективний набір інструментів, які через закони та підзаконні акти допомагають державі у встановленні вимог до суб'єктів господарювання та домогосподарств в умовах ринкових відносин вплив держави на економічна система, спрямована на досягнення цілей своєї політики.екон. Це заходи державних суб'єктів, спрямовані на контроль за діяльністю цих суб'єктів» [21].

Оболенський О.Ю. визначає державне регулювання «як сукупність організаційно-економічних заходів у сфері суспільних відносин, метою яких є вдосконалення правил поведінки суб'єктів господарювання та запобігання виникненню негативних явищ у державі» [18].

Мезенцева Н.Б. поділяє державне регулювання охорони здоров'я на:

- «державне регулювання медичної діяльності, що полягає у створенні нормативно-правової бази, формуванні, дієвому використанні ресурсів;
- державне регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я, що полягає у забезпеченні медичної діяльності з метою реалізації державної політики у цій сфері» [35].

Бережна Ю.В. [2] та Р.В. Горблук [11] застосовують кластерний підхід до охорони здоров'я, який сприяє розвитку ринкових відносин у зазначеній сфері, більш активному залученню інвесторів, бізнесу тощо. Вони вважають, що у кластерній системі організації медичних послуг швидше запроваджуються інновації та різні нові ідеї і технології.

У контексті формування конкурентної позиції національної економіки в системі світогосподарських зв'язків в умовах глобалізації та захисту національних інтересів і протидії загрозам у сфері ОЗ виправданим є розгляд проблем та перспективи національної економіки, створення та розвиток загальнонаціонального кластеру охорони здоров'я.

Внутрішнє середовище національного кластера охорони здоров'я складається з ядра, а також учасників, які надають послуги та підтримку. Ядро кластера складають медичні суб'єкти господарювання, які формують сервісну пропозицію на вітчизняному та світовому ринку у сфері ОЗ, до яких належать лікарні та спеціалізовані лікувальні заклади, поліклініки, дитячі лікарні, санаторії та лікувально-профілактичні заклади, будинки дитини тощо.

Учасниками послуги є: суб'єкти господарювання, які займаються розробкою та виробництвом медичної техніки та лікарських засобів, а також науково-дослідні установи, організації та підприємства, що займаються розробкою новітніх технологій у сфері ОЗ навчальні заклади, які займаються підготовкою кадрів для цієї сфери.

Іншими учасниками кластеру є фінансові установи, які займаються медичним страхуванням.

Аналізуючи наведені визначення, зазначимо, що переважна більшість науковців погоджуються з тим, що державне регулювання досліджуваної сфери (охорони здоров'я) – це система державних заходів економічного, організаційного, законодавчого, виконавчого та контрольного характеру, які забезпечують встановлення принципів функціонування сектор охорони здоров'я, здійснення медичної діяльності та спрямовані на контроль за діяльністю суб'єктів господарювання. Ці заходи передусім використовуються для забезпечення безперервних дій держави щодо підвищення ефективності економіки.

«Розглянуті базові поняття досліджуваної проблематики не включили ще розгляд поняття «якісні медичні послуги», які нині набувають особливого значення. Адже Україна у 2022 році отримала статус кандидата на членство в ЄС. А це означає, що особливе значення набули європейські стандарти якості надання будь яких послуг, у т.ч. й медичних, які визначені міжнародними стандартами якості ISO -9000» [65].

У медичній сфері особливо важливим є стандарт якості серії ISO 9001, який є базовий. Він ґрунтується на двох методологічних підходах, орієнтованих на споживача (пацієнта) чи на забезпечення його очікувань від отриманої послуги. Тому важливою є така внутрішня документація, яка розкриває ці два процеси і встановлює за їх дотриманням жорсткий контроль. Все це спрямовано на постійне покращення якості у сфері охорони здоров'я і врахування потреб пацієнтів (клієнтів).

Для розроблення внутрішніх стандартів якості всі медичні установи мають чітко дотримуватися чинного законодавства України і мають розробляти стандарти. Особливе місце серед стандартів якості медичної послуги на сучасному етапі розвитку медичної системи України займає медичний протокол,

який, як правило, розробляється групою експертів, широко обговорюється у медичному середовищі й узгоджується з медичним працівниками.

У медичному протоколі важливо сформулювати всі цілі і задачі, задокументувати всі процедури. Всі медичні працівники мають розуміти важливість цього документу і чітко слідувати його виконанню.

Медичні стандарти або протоколи визначають медичні процеси, які необхідно виконувати. Таким чином, протоколи – це систематично розроблені записи, які мають допомогти лікарю та пацієнту прийняти правильне рішення щодо надання пацієнту (клієнту) медичної допомоги чи медичних послуг у конкретних медичних ситуаціях.

Детально описують усі можливі процедури в медичних протоколах. Вони можуть бути описовими, алгоритмічними (робочі інструкції) або їх поєднанням.

Це допомагає медичному працівнику надавати кваліфіковані, високоякісні медичні послуги, які можна легко перевіряти, лікувати, розглядати та аналізувати.

Такий спосіб взаємодії медичного закладу з пацієнтом (замовником) сприяє зменшенню непотрібних і неефективних процедур.

Стандартизація дозволяє суттєво спростити реалізацію нових медичних послуг, оскільки процес планування конкретної діяльності детально пояснюється у внутрішніх вимогах. Також впровадження стандартів медичних послуг сприяє виявленню недоліків у діяльності медичної організації та підвищенню ефективності використання наявних ресурсів.

«Наразі сфера медицини в Україні наближається до європейських стандартів, і Національна служба здоров'я України (НСЗУ) оприлюднила 36 проектів вимог до медичних послуг за Програмою медичних гарантій – 2023» [58], в яких специфікації та умови закупівель для 42 площ узгоджено.

Як висновок зазначимо, що в теорії державного управління базові поняття проблеми державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг доволі довго знаходились у площині наукових дискусій і розмірковувань, тоді як в економічній і правовій науках такі поняття як «медична послуга», поряд із іншими видами послуг розглядались досить чітко і характеризувались відповідною дією, результат якої споживається в процесі її виконання. Такий результат підлягає вимірюванню й оцінюванню, аналізу й вдосконаленню.

Із розвитком ринкових відносин в Україні напочатку ХХІ століття й отриманням нашою державою у 2022 році статусу кандидата на членство в ЄС, медична послуга набула нового значення в теорії державного управління. Зокрема це стосується її якості, яка характеризується управлінською дією медичної установи (медичного працівника), результат якої відповідає встановленим стандартам якості у медичній сфері.

## **1.2. Міжнародний досвід забезпечення населення якісними медичними послугами**

Під час реформи охорони здоров'я всі країни стикаються з неминучою проблемою відповідності потреб охорони здоров'я та попиту на медичні послуги наявними ресурсами. Жодна країна світу не може надати всі можливі послуги всім громадянам без обмеження їх кількості.

В умовах обмежених ресурсів важливо визначити методи та процедури встановлення пріоритетів. Серед них виокремлюють ті, що явно раціоналізують процеси чи приховано.

Прикладом прихованої раціоналізації можна вважати гарантію держави на безоплатне лікування та реально високу неофіційну оплату за цю послугу і не

можливість її отримати більшістю пацієнтів. Прихована раціоналізація зазвичай виникає, коли людині потрібна медична допомога.

Явна раціоналізація передбачає отримання чіткого соціального (медичного) пакету, яким володіє клієнт (пацієнт). Як правило, гарантований пакет є інструментом чіткої раціоналізації і пріоритизації медичної політики. Саме такий управлінський інструмент активно застосовується у міжнародній практиці. І тому більшість пост радянських країн і країн молодих демократій (Болгарія, Хорватія, естонія, Грузія, Угорщина, Литва, Киргизстан, Молдова, Польща, словенія, румунія тощо ) обрали саме цю модель, починаючи з 1990х років ХХ століття.

Це сприяло досягненню таких цілей:

- гарантовані медичні послуги стають обов'язком держави;
- встановлюється чіткий порядок захисту права на здоров'я з боку держави;
- підвищується відповідальність держави за обізнаність пацієнтів щодо своїх прав у сфері здоров'я;
- встановлюється чіткий баланс між потребами і ресурсами у медичній сфері;
- набір послуг, який потрапляє до гарантованого пакету, є прозорим і доступним;
- покращується планування в управлінні системою;
- підвищується якість надання медичних послуг;
- посилюється відповідальність органів державної влади та місцевого самоврядування за медичне забезпечення системи.

На жаль на ранніх етапах медичної реформи такий перехід до гарантованого пакету медичних послуг не є можливим. Тому, таким країнам найкраще починати зі змішаного підходу, який включає поступовий рух до

чіткого визначення державних гарантій, що створює можливість для поетапного впровадження.

Цей підхід має кілька переваг, зокрема:

1) поетапне впровадження реформи без радикальних змін у системі та ризику зриву системи;

2) інформування пацієнтів та медперсоналу про нові правила та гарантії отримання медичної допомоги викликають збентеження у пацієнтів;

3) реалізація державних гарантій можлива при обмеженні даних щодо пов'язаних витрат з наданням медичних послуг;

4) дозволяє розвивати спроможність під час впровадження реформи – жодна країна не розпочала реформу з усіма необхідними навичками та знаннями. Нарощування потенціалу вимагає поступового процесу запровадження державних гарантій.

Аналіз реформи в сфері закупівель медичних послуг у деяких країнах демонструє ту важливу роль, яку впровадження нових систем оплати виробників послуг зіграло в досягненні таких цілей охорони здоров'я як підвищення ефективності та раціоналізація системи з наданням медичних послуг.

Крім того, дані приклади показують важливу роль реформ у сфері закупівель послуг у трансформації політики фінансування охорони здоров'я в кроки щодо її реалізації.

Розглянемо деякі приклади досвіду деяких країн щодо з'ясування гарантій забезпечення якісними медичними послугами.

Наприклад, досвід *Киргизстану* показує, що для досягнення поставлених перед системою фінансування охорони здоров'я цілей важливо ретельно планувати і визначати послідовність впровадження реформ у сфері закупівель послуг. Впровадження реформ тут проходило поетапно, а необхідні операційні можливості з'являлися відповідно з програмою реформ.

На першому етапі Фонд обов'язкового медичного страхування (далі - ФОМС) ввів нові системи оплати постачальників послуг: «оплата по закінченому нагоді для стаціонарної допомоги (для всіх 66 лікарень загального профілю) і подушна оплата для первинної допомоги (для всіх 740 новостворених практик сімейних лікарів). Оплата за закінченим випадком для стаціонарів була обрана ФОМС в якості початкового механізму, що сприяє реструктуризації і раціоналізації надлишкових потужностей і прив'язці методів оплати до реальному наданню населенню послуг. Цей підхід привніс в систему елемент конкуренції, дав постачальникам послуг більше автономії і сприяв розвитку інформаційних систем охорони здоров'я» [73].

Другий етап з'явився відповіддю на протиріччя, що виникли між новими системами оплати виробників медичних послуг, заохотив зростання продуктивності, і старим бюджетним процесом, сприяв швидше розширенню потужностей, ніж раціональному використанню.

Третій етап мав на меті розширення набору гарантованих послуг у сфері ОЗ з введення офіційних співплатежів, що пов'язувало платежі за послуги з послугами, які надаються, та сприяло більшому залученню населення в питання власного здоров'я.

Можна зробити висновок, що поетапний підхід з урахуванням опрацювання кожного кроку привів до зростання стійкості системи шляхом вибудовування інституційних структур, ролей і відносин, зміцнюючи потенціал і відповідальність кожного учасника.

«В *Узбекистані* медичне страхування не впроваджувалося, проте на регіональному (обласному) рівні були проведені реформи фінансування охорони здоров'я. Метою цих реформ було об'єднання фінансування на обласному рівні, причому обласні департаменти охорони здоров'я виступали в ролі єдиних покупців медичних послуг, впроваджуючи нову систему оплати первинної допомоги. Однак поки що складно оцінювати результати цих реформ, оскільки реформи проводяться

в кілька етапів, починаючи з сільських амбулаторних установ і рухаючись в напрямку міських амбулаторних установ і стаціонарів» [70].

«У 1996 році *Казахстан* запровадив систему медичного страхування з фрагментованою структурою об'єднання коштів і декількома пересічними покупцями послуг (МОЗ і ФОМС). Обидва покупця послуг фінансували окремі, але пересічні набори послуг і використовували різні системи оплати виробників медичних послуг. Як і очікувалося, фрагментовані структури об'єднання коштів і закупівель послуг були не ефективні і не сприяли раціоналізації системи з наданням медичних послуг. У 1999 році медичне страхування в Казахстані було скасовано.

Як і в Узбекистані, казахські реформи призвели до об'єднання бюджетних коштів на обласному рівні. При цьому обласні департаменти охорони здоров'я виступили в ролі покупців медичних послуг, використовуючи нові системи фінансування медичних установ» [71].

«З початку 1990-х рр. в *Угорщині* пройшов ряд серйозних реформ системи оплати медичної допомоги. Це була перша країна серед країн Центральної Європи, де була введена оплата короткострокової стаціонарної допомоги по закінченому епізоду. Серед основних цілей цих реформ було підвищення ефективності стаціонарного сектора і рівності при перерозподілі ресурсів за допомогою відходу від фінансування за статтями бюджетної кошторису, яка визначається на основі наявних ресурсів, і переходу до системи оплати за результатами діяльності. В системі оплати за закінченим епізодом пацієнт, а не існуюча інфраструктура, виступав джерелом доходу. В результаті значно зросла ефективність діяльності стаціонарів, а також скоротилися регіональні диспропорції в розподілі ресурсів» [74].

Урок для Угорщини полягає в тому, що запровадження оплати на основі епізодів не зменшило надлишок потужностей і не призвело до будь-якої значної реструктуризації стаціонарного сектору, але це, безперечно, допомогло уряду розробити та реалізувати власний план реструктуризації стаціонарного лікування.

Реструктуризація лікарняного сектору в Угорщині стала можливою лише завдяки політичній волі зменшити надлишкові потужності. При цьому система оплати стаціонарної допомоги сприяла збору і накопичення інформації (і, в деякій мірі, стимули) для руху лікарняної інфраструктури в потрібному напрямку.

Як показує досвід *Болгарії*, якщо покупець послуг несе відповідальність за виконання зобов'язань з надання набору гарантованих послуг, але не отримує достатньої свободи за розподілом ресурсів і можливостей впливу на постачальників за допомогою системи їх оплати, то домогтися успішної реалізації реформи закупівель медичних послуг досить важко.

«Бюджет Національного фонду медичного страхування (НФМС) Болгарії формується в ході урядового бюджетного процесу. Парламент приймає закон про бюджет, в якому визначається верхня планка витрат НФМС на укладання договорів з виробниками на надання послуг первинної, вторинної та третинної медичної допомоги (Лікарні фінансуються НФМС з 2006 р.), а також на оплату ліків на базі прийнятого Національного рамкової угоди. НФМС готує проекти бюджету та Національного рамкової угоди для перерозподілу ресурсів між статтями витрат в рамках бюджетних лімітів і починає процес «переговорів» з болгарськими асоціаціями лікарів і дантистів» [72].

Даній системі притаманний ряд внутрішніх проблем:

1) НФМС одержує не якусь сукупність ресурсів для розподілу і управління, а ресурси, чітко розподілені за статтями бюджетної кошторису, що залишає НФМС мало можливостей для маневру і перерозподілу (крім того, не НФМС, а МОЗ визначає набір послуг, які повинні фінансуватися НФМС і які не завжди відповідають доступним ресурсам);

2) за законом НФМС повинен укладати договір з будь-яким ліцензованим постачальником з наданням медичних послуг будь-яких ліцензованих послуг (а процес отримання ліцензій не відповідає суворим критеріям);

3) ціни і обсяг послуг, а також адміністративні вимоги (інформація, контроль і санкції) можуть бути предметом переговорів.

До 2006 року Болгарська медична асоціація погоджувалася брати участь у переговорах про ціни та обсяг послуг, того ж року було укладено останню Національну рамкову угоду. З додаванням фінансування стаціонарів обсяг доступних ресурсів значно зріс, і Болгарська медична асоціація запросила збільшення частки коштів, що виділяються на фінансування, що входить до неї, що залишало б менше коштів для фінансування лікарень, представники яких не брали участі в переговорах. У результаті Національні рамкові угоди не уклалися в 2007 і 2008 рр. У законах про бюджет НФМС на 2007 і 2008 рр. урядом було вирішено, що НФМС міг встановлювати ціни і обсяги у разі, якщо домовленість по Національному рамковому угода не досягнуто до кінця календарного року. В результаті склалася неприйнятна ситуація. Відсутність чітких правил переговорів (як і в Республіці Молдова), неучасть у них представників лікарень, а також роль Болгарської медичної асоціації в прийнятті законів про медичне страхування - створило перешкоди для вдосконалення системи закупівель.

«Досвід *Литви* показує, що необхідною умовою підвищення ефективності системи з наданням медичних послуг є безпосереднє участь нового покупця в процесі реструктуризації системи, а також розробка стратегій закупівель і систем оплати медичних установ, що створюють стимули для досягнення цілей реструктуризації. Після введення в 1997 р. ОМС було утворено Державний фонд пацієнтів (ДФП), який став єдиним покупцем послуг, підлеглим МОЗ. В обов'язки ДФП входило не тільки укладення договорів з постачальниками послуг і здійснення оплати, але і планування реструктуризації системи з наданням медичних послуг» [77].

Наведені приклади свідчать про важливість підтримки системи охорони здоров'я з боку законодавчого органу державної влади (парламенту), який регулює її діяльність і формує політику реформи, зокрема реформи системи закупівель

медичних послуг, що включили комплексні реформи з фінансування ОЗ реструктуризації надлишкових потужностей (див. : табл. 1.1).

Як висновок зазначимо, що міжнародний досвід проведених реформ у сфері закупівель медичних послуг є важливим інструментом державного управління, який забезпечив проведення реструктуризації системи з наданням медичних послуг вирішення проблеми надлишкових потужностей, стимулювання переходу до економічно ефективних, тобто більш якісних послуг.

*Таблиця 1.1*

**Особливості реформування системи охорони здоров'я у сфері закупівель медичних послуг**

<i>Країни</i>	<i>Особливості медичної реформи</i>
Киргизстан	- запроваджено ретельне планування; - визначено послідовності впровадження реформ у сфері закупівель послуг
Узбекистан	- забезпечено об'єднання фінансування на обласному рівні; - визначено обласні департаменти охорони здоров'я єдиними покупцями з наданням медичних послуг запроваджено нову систему оплати первинної допомоги
Казахстан	- запроваджено систему медичного страхування з фрагментованою структурою об'єднання коштів і декількома пересічними покупцями послуг (МОЗ і ФОМС)
Угорщина	- введено оплату короткострокової стаціонарної допомоги по закінченому епізоду
Болгарія	- надано покупцям гарантованих послуг достатню свободу за розподілом ресурсів і можливостей впливу на постачальників за допомогою системи їх оплати
Литва	- встановлено умову підвищення ефективності системи наданням медичних послуг участь нового покупця в процесі реструктуризації системи; - розроблено стратегію закупівель і систему оплати медичних установ, що стимулювала досягнення цілей реструктуризації

*Джерело: авторська розробка.*

## **Висновки до розділу 1**

Визначення поняття «медична послуга» виникло в вітчизняному законодавстві на початку третього тисячоліття і доволі довго впроваджувалась у системі охорони здоров'я порівняно з поняттям «медична допомога», під якою розуміється комплекс

діагностичних і лікувальних заходів, на відміну від медичної послуги, яка характеризується управлінською дією, результатом якої є задоволення потреби пацієнта (клієнта) у медичній допомозі.

Уточнено, що «якісна медична послуга» характеризується управлінською дією медичної установи чи медичного працівника, результат якої відповідає встановленим стандартам якості у медичній сфері. З'ясовано, що вона має відповідати міжнародним стандартам якості ISO 9001, який є базовим і який потребує обов'язкової розробки і запровадження внутрішніх документів у залежності від специфіки роботи медичного закладу.

Уточнено, що державне регулювання у системі охорони здоров'я є системою державних заходів економічного, організаційного, законодавчого, виконавчого та контрольного характеру, що забезпечують встановлення правил провадження медичної діяльності та спрямовані на контроль за діяльністю суб'єктів господарювання. Ці заходи передусім спрямовані на забезпечення безперервності діяльності держави щодо підвищення ефективності економіки.

Реформи є важливим інструментом державного управління у досліджуваній системі і сприяє реструктуризації системи медичної допомоги та вирішенню проблеми надлишку виробничих потужностей. Міжнародний досвід показує, що реформи державних закупівель, які проводяться в рамках комплексних реформ фінансування охорони здоров'я (особливо, коли вони проводяться разом із реформами об'єднання фінансування, спрямованими на зменшення фрагментації), можуть створити необхідні стимули та механізми для переходу до більш економічно ефективних послуг і, отже, реструктуризувати надлишкові виробничі потужності.

## РОЗДІЛ 2

### СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Нормативно-правова база, що врегульовує медичні послуги

Нормативно-правове забезпечення медичної допомоги в Україні на сьогодні регулюється як міжнародними рамковими угодами, так і відповідними нормативно-правовими актами, прийнятими на виконання міжнародних зобов'язань України як перед європейськими інституціями, так і меморандумами про співпрацю з міжнародними та світовими організаціями.

Доступ до якісних медичної допомоги з ключових національних викликів, особливо в сільській місцевості та для соціальних груп, які перебувають у складній соціально-економічній ситуації. Хоча в багатьох регіонах надання деяких послуг покращилося, в умовах кризи та повномасштабної військової агресії Російської Федерації проти України ці проблеми знову загострилися. Процесом децентралізації основні повноваження щодо надання та фінансування соціальних послуг передано муніципалітетам, але відповідний потенціал для їх надання ще не створено.

«За результатами загальнонаціональних консультацій щодо Цілей сталого розвитку реформування сфери ОЗ було визнано громадянами одним із трьох найважливіших пріоритетів країни» [60].

Незважаючи на те, що рівень державних затрат в Україні значно вищий, ніж середньосвітовий показник для країн з однаковим рівнем доходу, показники цього сектора значно гірші порівняно з рештою пострадянських країн. Ризик інвалідності або смертності від неінфекційних захворювань і війни є занадто високим, що має певні соціальні та економічні наслідки, зокрема:

- зростаючий попит на отримання медичної допомоги та соціального захисту;

- тягар, спричинений відсутністю освіти чи роботи;

- зниження якості праці та збільшення плинності кадрів;

- втрати від корупції та застарілих методів державного управління значні.

Що стосується послуг охорони здоров'я, ООН продовжуватиме підтримувати розвиток прозорості та вільної від корупції національної системи державних закупівель у цій сфері. Особлива увага приділяється покращенню даних про стан здоров'я та розвитку потенціалу національних і місцевих установ ([ukraine.un.org](http://ukraine.un.org)) для надання ширшого спектру соціальних та медичних послуг, включаючи зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування та реабілітацію, особливо для людей з захворювання з особливими потребами та групи ризику. ООН заохочує зміни на рівні власників прав і сприяє:

- реформування системи охорони здоров'я в напрямку децентралізованого надання медичних послуг;

- покращення охоплення плановою вакцинацією на всіх рівнях;

- покращення доступу до інформації та пропаганда здорового способу життя;

- підвищення попиту на послуги, особливо серед молоді, та зменшення соціальної стигматизації.

Раніше нормативно-правова база, яка регулювала надання медичних послуг в Україні, складалася з невеликої кількості постанов та розпоряджень уряду і МОЗ України. Однак, така ситуація не створила підґрунтя для розвитку економічної складової визначення та прогнозування потреб населення у сфері медичних послуг.

Так, постановою КМУ від 17 вересня 1996 р. № 1138 [50] затверджено Перелік платних медичних послуг, які надаються як у закладах, так і установах сфери охорони здоров'я України.

Водночас, як зазначено в рішенні Конституційного Суду України, серед переліку визначених платних послуг є ті, що мають бути віднесені до медичної допомоги [62]. Це, зокрема, стосується:

- «надання консультативної допомоги юридичним і фізичним особам у застосуванні положень законодавства щодо охорони здоров'я, у тому числі надання санітарно-епідемічної допомоги населенню;

- діагностичні обстеження та лікування, рекомендовані лікарями, які виконують роботу в рамках комерційної діяльності, якщо в такому обстеженні та лікуванні немає нагальної потреби;

- організація роботи амбулаторій та пунктів швидкої допомоги на підприємствах, в установах та організаціях. Положенням про працівників (розділ I п. 30) та інших осіб це не передбачено».

І лише мала частина вищезгаданих переваг є послугою, що надається безоплатно в комунальних медичних закладах, яка не може бути державною.

До них належать:

- «медичні огляди для водіїв (розд. «а» п. 24 розд. I);

- отримання дозволу на право придбання та носіння зброї громадянами, окрім випадків передбачених законом (літера "б" пункту 24 розділу I);

- оформлення відповідних документів для виїзду громадян за кордон на запрошення родичів, які проживають за кордоном, оздоровлення в іноземних лікувальних і санаторно-курортних закладах, за винятком передбачених законом (розділ I п. 24 літ. «г»)).

Останнім абзацом цієї постанови КМУ (№ 1138) зазначено, що «інші платні послуги, передбачені урядом 27 серпня 2010 р. № 796 «Про затвердження

переліку платні послуги, які можуть надавати навчальні заклади, інші заклади та заклади системи освіти державної та комунальної форм власності, зокрема здійснення медичної практики в межах повноважень, надання ветеринарних послуг, проведення діагностичних досліджень, медичних та ветеринарних оглядів» [51]. А також – від 28 липня 2003 р. № 1180, які «можуть надавати бюджетні наукові установи» [52], а «саме з організації оздоровлення та відпочинку, мешканців осередків, курортів та закладів, що перебувають на балансі закладу».

Надання соціально-медичних послуг також регулюється Інструкцією, затвердженою спільним наказом Міністра праці та соціальної політики України та МОЗ України. від 24 січня 2007 року № 28/26 (zareєстрован а в Міністерстві юстиції України 14 лютого 2007 року за номером 129 /13396 [49]).

Проте, як показує наш теоретичний аналіз зазначених нормативно-правових актів, вони стосуються передусім надання медичної допомоги, а не медичних послуг. Причиною стало недостатнє розуміння цих понять більшістю керівників і працівників системи охорони здоров'я. Адже тодішня система тільки набирала обертів у сфері ринкової економіки, запроваджуючи нові концепції державного управління, зокрема концепцію менеджменту якості.

У цей час Україні більшість керівників медичної галузі не розрізняли поняття «менеджмент» та «управління якістю» і тому не усвідомлювали, що до основних (класичних) функцій слід віднести й нові, зокрема такі як функції прогнозування і маркетингу, оцінювання й аналізу, контролю якості.

В подальшому це призвело до усвідомлення важливості медичних стандартів, їх розроблення, адаптації до міжнародних (ISO 9000) та їх упровадження.

З метою розробки медичних стандартів і протоколів лікування, а також підвищення якості медичної допомоги населенню та уніфікації підходу до

надання медичної допомоги населенню МОЗ України затвердило наказ від 14 лютого 2007 р. № 67, в якому вказано про класифікацію медичних процедур та хірургічних операцій [55]. Оскільки він був затверджений як тимчасовий, то зрозуміло, чому впровадження медичних послуг було таким повільним і виникла потреба в оновленому класифікаторі медичних потреб населення.

Наразі відповідно до Дорожньої карти та найважливіших пріоритетів реалізації Стратегії сталого розвитку нашої держави [57] визначено, що метою державної медичної політики є фундаментальне, системне реформування спрямована на створення пацієнтоорієнтованої системи, здатної надавати медичні послуги всім громадянам нашої держави відповідно до стандартів розвинутих європейських країн.

Основними напрямками конкретних реформ визначено:

- посилення відповідальності кожного громадянина за власне здоров'я;
- встановлення ринку медичних послуг і вільний вибір постачальника медичних послуг;
- надання адресної медичної допомоги;
- створення відповідного бізнес-середовища у медичній сфері.

«Реалізація реформи стала можливою завдяки програмі ЄС «Європейська стратегія охорони здоров'я – 2020», а також Рамкова стратегія ЄС з безпеки та гігієни праці на 2021–2027 рр.» [61].

В основі останньої європейської рамкової стратегії здоров'я покладено:

- посилення доказової бази;
- активний соціальний діалог;
- залучення фінансування;
- посилене правозастосування;
- підвищення обізнаності.

Важливим також вбачається постійний обмін найкращою практикою та навчаються на досвіді країн-партнерів ЄС у сфері забезпечення і популяризації стандартів безпеки здоров'я у світовому масштабі.

Що ж до України, то, на жаль, ще мають місце залишки пострадянської СОЗ, що призводить до деякої дисфункціональності. Повільний відхід від командно-адміністративної моделі СОЗ, перехід до сучасних моделей управління (інноваційної, інформаційної, комунікаційної, технологічної, якісної тощо) гальмує процеси швидкого встановлення системи управління якістю у зазначеній сфері діяльності.

Більшість закладів охорони здоров'я залишаються бюджетними, тому діють в інтересах держави, а не клієнта. Фінансування цих об'єктів здійснюється за чітко визначеними бюджетами, що базуються на застарілих стандартах інфраструктури. Це не сприяє розвитку правлінської гнучкості та не сприяє мотивації до підвищення результату.

На перших етапах реформування системи охорони здоров'я в Україні основними отримувачами медичних послуг гарантованого державою пакета медичних пільг залишаються державні установи, органи державної влади і органи місцевого самоврядування.

Перехід на нову систему охорони здоров'я і надання медичних послуг передбачає створення сучасної електронної платформи для збору та обміну інформації про стан системи і процесів, яка сприятиме створенню єдиного медичного простору в державі і відповідно - запровадженню. Системи управління якістю.

Впровадження нової моделі планується в три етапи. При цьому акцентуємо увагу, що поступовість є особливо важливою і включає:

- «побудову інформаційної системи;

- концентрацію ресурсів для цілеспрямованих інвестицій у медичну систему;
- встановлення нових функцій для місцевих органів влади у системі медичного страхування;
- розвиток кластерних медичних закладів;
- забезпечення ефективної соціальної комунікації з широкими верстами населення» [26].

Для реалізації цієї Концепції було прийнято відповідний Закон України [45], яким передбачено державні фінансові гарантії щодо надання необхідних медичних послуг для населення належної якості через державну соціальну систему медичного страхування.

Обсяг медичних послуг, що підлягають страхуванню та рівень захисту визначаються законодавством у гарантованому державою пакеті.

Для забезпечення можливості прогнозування витрат на охорону здоров'я МОЗ України щорічно затверджує детальний перелік послуг та лікарських засобів, що входять до гарантованого пакету.

Застрахованими особами незалежно від додаткових ознак є:

- усі громадяни України;
- іноземні громадяни та особи без громадянства, які проживають на території України; особи, визнані в установленому порядку біженцями або потребують додаткового захисту.

Окремо на виконання цього Закону України КМУ прийняв ряд нормативно-правових актів, що регулюють надання медичних послуг. Таким чином створено правове поле для державного регулювання медичних послуг населенню України.

Зокрема, це стосується постанови КМУ від 27.12.2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості медичних послуг» [48], якою

визначено методику та порядок розрахунків за фактичними витратами на медичне обслуговування у закладах охорони здоров'я.

У цій методиці передбачено розрахунок собівартості послуг охорони здоров'я за програмою медичних гарантій. Вона регламентується обліком витрат поступового розподілу «зверху вниз» (*див.: Додаток А*).

Метод поетапного розподілу витрат «зверху вниз» передбачає проведення економічних розрахунків, у результаті яких розподіляються всі витрати закладу охорони здоров'я (як прямі, так і непрямі) – від адміністративно-допоміжних підрозділів (центрів витрат) до основних клінічних підрозділів. (центри. витрати), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний хворий, ліжко-день у стаціонарі лікарні, амбулаторне відвідування критеріїв розподілу вартості, переліку та режим застосування яких визначаються МОЗУ).

Крім того, чинне законодавство передбачає:

- утворення Уповноваженого органу, основними функціями якого є реалізація державної політики щодо державних фінансових гарантій - Національна служба здоров'я України (НСЗУ);
- медичне обслуговування населення з урахуванням програми медичних державних гарантій.

Основною функцією НСЗУ як центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я визначено координування діяльності Уряду і МОЗ [56].

До інших функцій-завдань віднесено:

- узагальнення позитивного досвіду ;
- моніторинг, аналіз та прогнозування медичних потреб населення.

Таким чином, НСЗУ стає головним виконавцем для держави у сфері моделювання попиту суспільства на якісні медичні послуги, який виконує роль національного замовника медичних послуг та здійснює розрахунки з надавачами

послуг (зкладами охорони здоров'я) згідно з тарифом на медичні послуги, що надаються пацієнтам.

Для ефективного функціонування НСЗУ прийнято низку нормативно-правових актів, зокрема: регулювання медпослуг в Україні:

- Постанова КМУ від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження Вимог до суб'єкта надання медичних послуг, з яким головні розпорядники бюджетних коштів укладають договори про надання медичних послуг» [46], якою врегульовано критерії надавача медичних послуг - надавачі медичних послуг, які бажають укласти з НФЗУ договір;

- Постанова КМУ від 19.03.2014 № 121 [47], яка регулює порядок відшкодування вартості наданих медичних послуг та лікарських засобів іноземцям та особам без громадянства;

– Наказ МОЗ від 19.03.2018 № 503 [54] про відбір лікаря з надання первинної медичної допомоги» [53] та наказом МОЗ від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги»

Також важливими є накази Міністра ОЗУ 19.03.2018 № 503 та № 504, які на сьогодні регламентують перелік медпослуг. і лікар укладають декларацію про вибір лікаря, яку можна змінити на свій розсуд чи потребу, для цього достатньо підписати декларацію з іншим лікарем. Декларацію можна підписати самостійно, під час візиту до лікаря, або дистанційно, за допомогою електронного підпису (даний механізм у розробці). Зі свого боку, лікар має право відмовитися від продовження лікування пацієнта (наприклад, якщо він систематично не виконує лікарських рекомендацій), про що пацієнт повинен бути повідомлений протягом 10 календарних днів. Невідкладна допомога надається під час прийому (згідно з графіком роботи) або при виклику бригади швидкої допомоги (швидкої допомоги).

Як *висновок* зазначимо, що чинна нормативно-правова база, що врегульовує доступ до якісних медичних послуг в Україні, створила передумови для розвитку економічної складової визначення та прогнозування потреб населення у якісних медичних послугах. Цьому сприяла активно діюча система законодавчої і виконавчої влади, які мотивувалися загальною метою, пов'язаною із європейською інтеграцією і прийняттям європейських стандартів якості. Створена державна інституція - Уповноважений орган – НСЗУ (НСЗУ) – є основною виконавською службовою у наданні медичних послуг і головним національним закупівельником медичних послуг. Це передбачило встановлення національних стандартів якості на основі європейських стандартів.

Також зазначимо, що під час війни України з РФ важливим постає питання щодо вкладу кожної галузі у перемогу нашої держави. Тому важливим є волонтерський рух, сформований українським суспільством, у т.ч. й у медичній сфері. Вважаємо, що волонтерська активність громадян в Україні має також бути раціонально використана МОЗ. Адже цьому сприяє чинне законодавство України [44]. Ми вважаємо, що до основних практик «громадянського служіння» [31] має бути додана практика волонтерства у сфері медпослуг. Це потребуватиме первинної медичної підготовки всіх громадян нашої держави різних спеціальностей та спеціалізацій, а також – учнівської молоді в усіх закладах освіти.

## **2.2. Сучасні аспекти реформування сфери охорони здоров'я**

В Україні у 2018 році стартувала медична реформа, метою якої є зміна підходів до системи охорони здоров'я щодо її фінансування та переведення фокусу зі спеціалізованої медичної допомоги на первинну.

Метою реформи фінансування системи охорони здоров'я було визначено:

- створення та впровадження чітких і прозорих державних гарантій щодо надання безоплатної медичної допомоги у відповідних обсягах;
- пошук кращого фінансового захисту пацієнтів у разі хвороби;
- встановлення справедливого розподілу державних коштів обмеження неофіційних тарифів;
- створення стимулів для підвищення якості медичних послуг.

Все розпочалося з первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМД) як найважливішої галузі національної системи охорони здоров'я.

У 2019 році до реформи долучилися заклади спеціалізованої медичної допомоги. Водночас НСЗУ розробила програму медичних гарантій на 2020 рік. Тепер – на 2023 рік.

У рамках реалізації медичної реформи, як і всі інші країни, Україна, зіткнулась з проблемою відповідності попиту на медичну допомогу та наявним ресурсам. Однак жодна країна не зможе реалізувати такий попит. Тому важливим постає визначення методів і процедур для встановлення пріоритетів та застосування механізмів раціоналізації, ефеективності і якості.

У цьому процесі, як правило, враховуються критерії ефективності, справедливості та соціального консенсусу.

Розробка програми медичних гарантій є таким пріоритетом.

«Виходячи зі стратегічних напрямів та пріоритетних захворювань/станів, визначених МОЗ України, розробку програми медичних гарантій нині здійснює НСЗК» [51].

У Законі України від 19 жовтня 2017 року «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» запроваджено програми медичних гарантій (PGH), визначено їх кількість та ставки.

Цей закон вимагає відповідного рівня надання невідкладної допомоги та ліків, первинної, спеціалізованої, реабілітаційної та паліативної допомоги, буде

включено до пакета медичної допомоги, який надаватиметься пацієнтам безкоштовно, а його вартість буде бути відшкодовані постачальникам відповідних послуг. При цьому пріоритезація не означатиме, що пацієнти матимуть доступ лише до пріоритетних послуг. Охорона здоров'я, як і раніше, охоплюватиме всі види медичної допомоги, але використовуватиметься механізм визначення пріоритетів для зосередження ресурсів на ефективних та науково обґрунтованих послугах та ліках, які найбільше потрібні пацієнтам, щоб максимально ефективно використовувати державні кошти.

Першу програму медичних гарантій ухвалила ВР України в рамках державного бюджету на 2020 рік. Одночасно з реалізацією програм медичних гарантій в Україні припинилася медична субвенція місцевим бюджетам. Кошти, які раніше розподілялися між територіями у формі медичної субвенції, об'єднуються на національному рівні та регулюються Національною службою здоров'я.

Реалізація програм медичних гарантій в Україні спрямована на досягнення наступних цілей:

1. Покращення здоров'я населення України шляхом забезпечення доступу до базових послуги в СОЗ.
2. Зменшення частоти катастрофічних витрат на медичні послуги та ліки шляхом підвищення ефективності використання коштів у системі та визначення пріоритетності послуг, що спричиняють катастрофічні витрати;
3. Збільшення рівного доступу до державних коштів на охорону здоров'я через більш справедливий підхід до фінансування медичних послуг та ліків, а також надання медичної допомоги людям із більшими потребами (наприклад, хронічно хворим);

4. Підвищення прозорості системи, забезпечення розуміння пацієнтами зобов'язань держави щодо надання безкоштовних послуг та створення прозорого процесу визначення змісту медичних програм.

5. Концентрація ресурсів на ефективних та науково обґрунтованих послугах для найбільш ефективного використання державних коштів.

Історично «технократичний» підхід виявився недостатнім для вирішення складних завдань у системі охорони здоров'я і зокрема розвитку ПГС.

Такі країни, як Данія, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Швеція та Велика Британія, у своєму законодавстві визначили перелік пріоритетних критеріїв відбору.

«Україна визначила подібні напрями та встановила критерії визначення пріоритетів розвитку ПГС. Перелік цих критеріїв встановлено на основі аналізу міжнародних рекомендацій» [76].

Розглянемо кожний з них окремо.

*«Критерій 1. Необхідна медична допомога.»*

Можливість порятунку життя, профілактики або лікування захворювань, покращення якості життя пацієнтів через доступ до медичної допомоги. Потреба у медичній допомозі визначається як на основі загальних показників захворюваності, поширеності, причин передчасної смертності та смертності, так і на основі показників причин втрати років життя та тягара захворюваності.

*Аналіз ситуації*

У 2017 році основними причинами звернення як за амбулаторною, так і за стаціонарною допомогою були хвороби органів дихання (32% та 31% відповідно) та хвороби органів кровообігу (24%)» [66].

Показники смертності людей віком 15–60 р. є найвищими в Україні, тому щоб уникнути або запобігти шляхом відповідного лікування чи профілактики. «Найбільша кількість смертей, зареєстрованих в Україні, трапляються через

хвороби системи кровообігу: незважаючи на те, що кількість смертей від серцево-судинних захворювань за останні 3 роки зменшується на 2-3% щороку, все ж 384,8 тис. осіб (або 63% всіх випадків смерті) у 2017 році померли саме від захворювань з цієї групи. Другою найбільш розповсюдженою причиною смертності населення через захворювання є злоякісні новоутворення (78,3 тис. осіб у 2017 році); 14% усіх смертей були спричинені онкологічними захворюваннями» [22].

*«Критерій 2. Економічна ефективність медичних послуг.*

Економічна ефективність – це показник порівняння витрат і досягнутих результатів різних заходів з профілактики, діагностики та лікування одного і того ж захворювання/стану. Послуги вважаються економічно ефективнішими, якщо кращих результатів можна досягти з тією самою кількістю ресурсів. Там, де існують альтернативи, пріоритет надаватиметься послугам з вищою економічною ефективністю».

*Аналіз ситуації*

Для України характерне непропорційне переважання госпітальної медичної допомоги, яка є більш обтяжливою у фінансовому плані, а з іншого боку, надається вкрай недостатнє значення забезпеченню розвитку значно дешевшої та ефективнішої з точки зору первинної та амбулаторної спеціалізованої медичної допомоги.

З точки зору економічної ефективності послуг, перевага має надаватися первинній медичній допомозі та переведенню процесу лікування пацієнтів на амбулаторний рівень. У разі застосування такого підходу більша частина пацієнтів не будуть потрапляти до лікарень для стаціонарного лікування. При цьому необхідне, за відповідними показами лікування пацієнтів в стаціонарі буде повною мірою забезпечуватися бюджетними коштами в межах ПМГ.

Ситуація з надмірною госпіталізацією, часто не обґрунтованою, призводить до того, що забезпеченість лікарняними ліжками в Україні значно перевищує забезпеченість в країнах ЄС. Існуючі стаціонарні ліжка часто використовуються неефективно – в стаціонарах надаються соціальні послуги замість надання спеціалізованих медичних послуг, які характеризуються роботою висококваліфікованих фахівців, наявністю відповідної матеріально-технічної бази, проведення досліджень, інтервенцій, які неможливо виконати поза стаціонаром (на рівні первинної чи амбулаторної спеціалізованої ланки).

Однак, за наявності великої кількості лікарняних ліжок, пацієнти, які потребують екстреної стаціонарної допомоги в невідкладних станах не можуть її отримати. У більшості лікарень відсутні належні умови для організації прийому та лікування екстрених хворих (спеціалізовані відділення екстреної та невідкладної допомоги), натомість працюють “приймальні” відділення де немає можливості ефективної роботи з відповідною категорією пацієнтів. Система екстреної медичної допомоги працює неефективно. Наприклад, «серед постраждалих від зовнішніх ушкоджень (травми, аварії, насильницькі дії) ситуація є трагічною. У 2012 році 76% смертей від зовнішніх причин в Україні сталися поза лікарнями, на жаль, з 2016 року цей показник зріс до 80,7%» [19]. Сьогодні цей показник ще вищий.

«Незважаючи на надзвичайно високу захворюваність на ішемічну хворобу серця в Україні, рівень госпіталізації з приводу гострого інфаркту становив лише 1,3 на 1000 жителів і є значно нижчим, ніж у країнах ЄС (наприклад, у 2017 році цей показник був у 1,5 рази вищим у Польщі, Хорватія, Угорщина та більш ніж удвічі вищий у Німеччині, Швеції, Литві). Сьогодні в Україні 90,1% смертей хворих на ішемічну хворобу серця відбувається поза стаціонаром; лише 9,9% пацієнтів з таким діагнозом помирають у лікарні» [39].

Такі показники свідчать, що в Україні не виконується функція взаємодії служби екстреної медичної допомоги та сектору спеціалізованих лікарень: пацієнти, які можуть лікуватися амбулаторно, потрапляють в лікарні, тоді як люди в гострих станах, які потребують невідкладної госпіталізації в спеціалізовані відділення не отримують належну медичну допомогу.

Високий рівень самолікування населення (приблизно 50%) та низький рівень застосування галузевих стандартів, зокрема медичним персоналом, призводить до того, що доказові та якісні лікарські засоби споживаються у критично низьких обсягах. Натомість медикаменти, що не мають доведеної ефективності, присутні на українському фармацевтичному ринку у вільному доступі та часто призначаються в якості лікування. Така ситуація свідчить про те, що ефективність витрат на медикаменти в Україні має суттєвий потенціал до підвищення.

*«Критерій 3. Захист домогосподарств від загроз та надмірних витрат, що призводить до збідніння.*

Катастрофічні витрати та витрати, що призводять до збідніння – це витрати, домогосподарств, боргів, активів. Особливо це стосується надання допомоги у невідкладних станах, коли у пацієнта немає можливості чекати або заощадити. Хронічні захворювання вимагають від пацієнтів регулярного прийому ліків або проходження діагностичних та лікувальних процедур, що в сумі призводить до великих, часто непередбачуваних витрат. Таким чином, вибір пріоритетних послуг, що базується на потенційному ризику катастрофічних витрат, допомагає забезпечити рівний доступ до медичних послуг, незважаючи на економічний статус, і підвищує справедливість системи».

Розповсюдженість катастрофічних платежів напряду пов'язана з обсягом витрат пацієнтів в СОЗ. За рекомендаціями ВООЗ, обсяг витрат пацієнтів не має перевищувати 15% загальних витрат в країні. У випадку, якщо пацієнти

сплачують більше, катастрофічні витрати пацієнтів та неможливість отримання послуг будуть зростати.

#### *Аналіз ситуації*

«Частота катастрофічних витрат в Україні висока і з 2010 року вона зростає. У 2010 році 11,5% домогосподарств зазнали катастрофічних витрат на охорону здоров'я» [66]. Збільшення частоти відбулося в період з 2013 по 2015 рік - від 11,9% до 14,5%. Як наслідок, у 2015 році 2,2 мільйони домогосподарств України зазнали катастрофічних витрат. У 2015 році серед 14,5% сімей, що зазнали катастрофічних витрат, в тому числі 9% опинилися за офіційною межею бідності в результаті оплати необхідної медичної допомоги.

«Ліки для амбулаторного та стаціонарного лікування є найбільш розповсюдженою причиною катастрофічних витрат: у 2015 році 46% випадків таких витрат були пов'язані з придбанням ліків. Витрати на стаціонарне лікування (неформальні платежі, благодійні внески, офіційна оплата послуг) є другою причиною катастрофічних витрат, що спричинило 42,5% усіх випадків у 2015 році» [66].

Катастрофічні витрати сильно сконцентровані серед найбідніших сімей: у 2015 році серед таких родин, 63% відносилися до найбіднішого квінтіля (10 % найбіднішого населення). Відповідно до показників бідності, найбільш вразливими в Україні є пенсіонери, люди, що проживають в сільській місцевості, а також сім'ї з трьома та більше дітьми. Фінансовий захист саме цих категорій має бути пріоритезований.

#### *«Критерій 4. Результативність через наявність доказів.*

Результативність визначається як наявність доказів, що медичні послуги або медикаменти дійсно запобігають, діагностують, лікують захворювання/стани».

#### *Аналіз ситуації*

«Прикладом послуг з низькою результативністю є використання застарілих методів лікування. Доказова база щодо результативності та доцільності деяких процедур є недостатньою; наприклад, лікування певних захворювань з допомогою ультрафіолету або ультразвуку. Прикладом відсутності результативності є використання лікарських засобів з недоведеною клінічною результативністю – так звані біологічно активні добавки, гомеопатичні препарати тощо».

*«Критерій 5. Рівноправність доступу до якісних медичних послуг.»*

Забезпечення рівного доступу всім громадянам, незалежно від того, проживають вони в сільській чи міській місцевості, за віком, соціальним чи економічним статусом, забезпечення вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я».

*Аналіз ситуації*

«У 98% домогосподарств у 2017 році потребували виробів медичного призначення, але лише 79% осіб скористалися медичною допомогою» [66].

«Серед домогосподарств лише 30% повідомили про випадки неможливості задовольнити свої потреби. Порівняно з 2016 роком у 2017 році цей показник зріс у 1,3 рази» [66].

«У 39% домогосподарств, у яких хтось із членів не користувався медичною допомогою за потреби (11% усіх домогосподарств), хворі не мали можливості звернутися до лікаря (43% сільських домогосподарств). У 74% таких випадків респонденти пояснювали це високою вартістю послуг, у 17% – відсутністю спеціаліста необхідного профілю (у сільській місцевості – третина), у 9% – надто великою чергою» [66].

«Серед тих, хто не зміг пройти медичне обстеження, отримати лікувальні процедури, придбати медичні вибори, отримати лікування у стаціонарі,

відвідувати стоматолога, більшість домогосподарств (93–99%) зазначили причиною відмови їх високу вартість» [66].

*«Критерій 6. Забезпечення збалансованості бюджету та стабільного фінансування медичного обслуговування населення за Програмою медичних гарантій».*

Кожна система охорони здоров'я працює в рамках бюджетних обмежень. Така ситуація викликана як загальними бюджетними обмеженнями в багатьох країнах, так і поширеним явищем, коли державні доходи зростають повільніше, ніж потреби медичної системи. Основним критерієм встановлення пріоритетів у ПСГ є необхідність урахування фіскальних обмежень при виборі пріоритетів.

#### *Аналіз ситуації*

«Витрати на охорону здоров'я становлять значну частину загальних державних витрат в Україні: у 2015 році на сферу охорони здоров'я було спрямовано 11% усіх державних витрат. Проте частка витрат у державному бюджеті з 2003 року зменшується, тоді як у країнах ЄС вона постійно зростає – частка витрат на сферу у загальних державних витратах у країнах ЄС у 2014 році становила в середньому 15,3%» [23].

«Загальний обсяг витрат на вітчизняну охорону здоров'я відповідає середньому показнику багатьох європейських країн. Проте, на відміну від інших країн, понад половину всього бюджету становлять власні внески пацієнтів. У 2014 році витрати приватних домогосподарств як джерело загальних витрат на систему охорони здоров'я досягли в Україні 46,8% порівняно з поступовим їх зниженням в ЄС до 16,7%. У 2016 році цей показник перевищив половину всіх витрат на ОЗ в Україні» [58].

«Розподіл коштів між видами медичної допомоги у 2015 р. був таким: 64,8 % усіх державних коштів на охорону здоров'я було спрямовано на

стаціонарну допомогу, 20 % – на первинну та амбулаторну медичну допомогу» [58].

Як *висновок* зазначимо, що аналіз стану проведення медичної реформи в Україні на її початку підтвердило недостатню готовність вітчизняної системи управління якістю, зокрема щодо надання якісних медичних послуг. Однак, на сучасному етапі розвитку України у європейському напрямі розвитку ці аспекти набули свого значення і подальшого впровадження основних напрямів реформи. Особлива увага при цьому акцентована на таких критеріях, як:

- потреба в медичній допомозі та рівність доступу до неї;
- економічна ефективність медичних послуг ;
- захист домогосподарств від катастрофічних витрат та витрат, що призводять до збідніння;
- результативність через наявність доказів;
- рівноправність доступу до якісних медичних послуг;
- забезпечення збалансованості бюджету та стабільного фінансування сфери охорони здоров'я.

## **Висновки до розділу 2**

1. Встановлено, що нормативно-правову базу, яка регулює сфери медичних послуг в Україні, склала достатня кількість постанов КМУ та наказів Міністра охорони здоров'я України, які створили умови для розвитку економічної складової визначення та прогнозування потреби суспільства для отримання якісних медичних послуг та забезпечення рівного доступу до них. З прийняттям нового законодавства України створено Національну службу здоров'я, яка є центральним органом виконавчої влади у медичній сфері і забезпечує координацію дій уряду і МОЗ.

Забезпечуючи цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних НСЗУ виступає національним отримувачем медичних послуг та проводить розрахунки з постачальниками медичних послуг згідно з тарифом на медичні послуги, що надаються пацієнтам (у тому числі лікарські засоби) за програмою медичних гарантій.

2. У 2018 році в Україні стартувала медична реформа, метою якої було змінити підходи та змістити фокус зі спеціалізованої медичної допомоги первинну щодо фінансового забезпечення. Її метою було створити та запровадити нову модель фінансування, що забезпечує чіткі та прозорі державні гарантії щодо обсягу безкоштовної медичної допомоги державних коштів та обмеження неформальних гонорарів, створення стимулів підвищити якість медичних послуг державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

3. З'ясовано, що під час війни з РФ, медична реформа в Україні продовжується, а ті зміни, які були запроваджені до війни у первинній медичній ланці, стали фундаментом для розроблення переліку стандартних медичних послуг, які відповідають міжнародним стандартам якості і національній програмі медичних гарантій.

4. Необхідно посилити роботу з учнівською молоддю і спеціалістами всіх професій з основ медицини, надання первинних медичних послуг разом із кваліфікованими медичними працівниками в рамках волонтерських рухів та різноманітних практик «громадянського служіння».

## РОЗДІЛ 3

### ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СФЕРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

#### **3.1. Пілотування обрахунків як ефективний механізм моделювання потреби населення у медичних послугах**

Для забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг важливим постає питання обрахунків витрат не лише на первинній ланці медичного обслуговування, а й переходу на вторинну ланку. На цьому наголошуємо, оскільки пунктом 3 розділу IV Прикінцевих та перехідних положень Закону України № 2168-VIII зазначено, що реалізацію цих гарантій потрібно впроваджувати поступово з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і ресурсів медичного закладу.

Всі ці позиції, а також тарифи і поправочні коефіцієнти мають бути встановлені КМУ, а тому вимагають коректних розрахунків і загальної стандартизації або схожості між різними медичними випадками. у вторинному ланцюзі.

З огляду на загальну мету реформування галузі охорони здоров'я України, перед НСЗУ постало важливе завдання з використанням найкращих сучасних світових практик та доказової бази для розробки, тестування та оцінки різноманітних механізмів контракування населення та оплати послуг.

За результатами аналізу даних звернення до первинної медичної допомоги встановлено, що для своєчасної діагностики захворювань необхідно включати найнеобхідніші діагностичні послуги, які має визначити та призначити сімейний лікар. При цьому пацієнтам має бути забезпечена свобода вибору постачальника

медичних послуг незалежно від місця проживання, що вже відбулося в Україні і таке право отримав практично кожен громадянин.

Для прикладу наведемо, що станом на грудень 2018 року 22,4 млн українців подали декларації про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, 623 лікарні та лікарі ФОП уклали договори з НСЗУ, з них 85 – недержавні заклади. В цілому процедуру автономізації пройшли 989 медичних закладів. Проте невирішеними залишаються проблеми самостійної оплати пацієнтами багатьох необхідних діагностичних послуг. До найбільш очевидних причин відносяться черги в діагностичних центрах, які надають безкоштовні послуги.

У зв'язку з вищевикладеним, МОЗ України за результатами переговорів з надавачами медичних послуг первинної ланки та пацієнтами прийняло рішення про запровадження пілотного проекту щодо виконання держгарантій для амбулаторно-поліклінічного закладу на вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та виділили з держави 2 мільярди гривень з українського бюджету на 2019 рік.

З метою запровадження цього пілотного проекту, а також пілотування замовлення конкретного переліку послуг першочергової амбулаторно-поліклінічної профільної допомоги, які надаються за направленням сімейного лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та апробації нового механізму оплати послуг, розроблено відповідний проект.

Тестування нових механізмів оплати, передбачених цим проектом, дозволило оцінити позитивні та негативні відгуки постачальників медичних послуг, а також вплив на пацієнтів.

Результати аналізу даних щодо втрат, необхідних для лікування одних і тих самих випадків різними закладами охорони здоров'я, кількості та структури пролікованих випадків показали, що фінансування за медичною субвенцією оцінюється у:

- абсолютно не враховує кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу в окремих закладах;
- в стаціонарі не ефективно використання лікарняних ліжок;
- призводить до недофінансування ЗОЗ велику кількість медичних послуг;
- сприяє неефективному витрачання бюджетних коштів на утримання закладів, які не надають необхідного обсягу послуг за отримані кошти.

Проектом постанови запропоновано затвердити Порядок проведення пілотного проекту щодо впровадження держгарантій додаткової (спеціалізованої) медичної допомоги в Полтавській області (далі – пілотний проект), яким встановлено:

- умови його реалізації;
- комунальні заклади ОЗ, зі яких буде реалізовано;
- чинні тарифи;
- поправочні коефіцієнти;
- порядок використання коштів за відповідною програмою.

Проект тривав від 01 травня 2019 року по 31 грудня 2019 року.

У рамках пілотного проекту НСЗУ амбулаторно-поліклінічні медичні послуги (в тому числі денного стаціонару) оплачувалися за тарифом у вигляді глобального тарифу за медичне обслуговування пацієнтів. Ця ставка розраховується для кожного медзакладу окремо з урахуванням історичних даних за попередні роки роботи та розміру медичної субвенції для того чи іншого медзакладу.

Для оплати медичних послуг лікарень запропоновано використовувати комбінацію ставок у вигляді загальної ставки та ставки за пролікований випадок.

Такий підхід дозволив більш плавно перейти до нової системи фінансування та уникнути значного недофінансування або перефінансування постачальників медичних послуг.

Фінансування лікарняної медичної допомоги за тарифами за пролікований випадок вперше в Україні запроваджено за системою діагностичних і суміжних груп (ДСГ), яка широко використовується в найрозвиненіших країнах світу для оплати лікарняної медичної допомоги.

Ця система передбачала групування клінічних випадків, що характеризуються подібним (діагностичним) клінічним станом та однаковою інтенсивністю використання ресурсів для діагностики та лікування в стаціонарних умовах, у групи та розрахунок вагового коефіцієнта DSG (коригувального коефіцієнта, що враховує особливості лікування в межах однієї ДСГ в стаціонарних умовах.

Таким чином, вартість кожного випадку лікування за DSH визначалася як добуток базової ставки на ваговий коефіцієнт DSH та інші коригувальні коефіцієнти (коефіцієнти госпітального рівня, коефіцієнт збалансованості бюджету) та сплачувалась відповідно до Національного фонду здоров'я. Робота.

Базова ставка за пролікований випадок становила 1623,00 грн. Коефіцієнти ваги DSG коливалися від 0,263 до 6,117 залежно від тяжкості випадків та ресурсів лікування захворювання відповідної DSG (вартості праці, ліків і виробів медичного призначення, обладнання).

Це означає, що в рамках цього проекту було визначено та перевірено, як Національний фонд здоров'я має оплачувати надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги ([www.auc.org.ua](http://www.auc.org.ua)) за договорами про медичну консультацію ([stu.cn.ua](http://stu.cn.ua)) на основі електронних звітів, поданих надавачами медичних послуг. Надавачі медичних послуг також зобов'язані надавати НСЗУ інформацію про витрати, які вони несуть в зв'язку медичним обслуговуванням населення.

Це означає, що такий проект, як і весь проектний підхід до розрахунку вартості медичних послуг, пропонував затвердити. Такий перехід до проектного менеджменту в СОЗ Є прогресивним і зараз активно використовується на

першому та другому рівнях надання медичної допомоги, що наблизило вітчизняну СОЗ до європейських стандартів якості.

### **3.2. Запровадження eHealth як інструменту ефективного державного регулювання та аналізу даних**

Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ) визначає eHealth як безпечне та економічно обґрунтоване використання інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я ([repo.knmu.edu.ua](http://repo.knmu.edu.ua)), включаючи надання медичної допомоги, організацію епідеміологічний нагляд, медична освіта та поширення знань, умінь і результатів досліджень. ([onat.edu.ua](http://onat.edu.ua))

Сфера інформатизації охорони здоров'я дуже складна і в кожній країні розвивається по-своєму. Українська електронна охорона здоров'я ([repo.knmu.edu.ua](http://repo.knmu.edu.ua)) тільки починає з'являтися.

Система eHealth дозволяє працювати електронному форматі з медичними даними. Це і зберігання і передача цих даних, і розвиток сучасних технологій ( телемедицина, медицина катастроф, тощо).

Існує дві такі системи:

- модель центрального загальнодержавного реєстру медичних даних;
- децентралізована модель із використанням конкретних медичних даних.

Обидві системи мають як недоліки, так і переваги.

Централізований підхід до впровадження медичної інформаційної системи (далі – МІС) та електронних медичних карт має важливу перевагу – інтероперабельність, тобто можливість взаємодії.

Централізована система зазвичай використовує ІТ-систему – Business Intelligence (BI) analytics. Працюючи з великими масивами інформації, медичні установи отримують можливість за допомогою якісної аналітики відстежувати

закономірності (схеми, шаблони) та зміни в епідеміологічних прогнозах, а також запобігати ускладненням лікування.

Світовий досвід показує, що при комплексному впровадженні всіх технологічних рішень значно підвищується їх ефективність і створюється ефективна медична екосистема.

У децентралізованій моделі сумісність низька. Обмін між медичними системами електронної охорони здоров'я різних установ часто є складним. Незважаючи на те, що її незаперечною перевагою є конкуренція та відсутність центрального компонента, це є стимулом для розвитку та вдосконалення існуючої системи та появи нових сервісів та інтерфейсів.

Для України найкращий варіант - змішана модель (центральний і місцевий компоненти) з урахуванням стандартів ВООЗ та її рекомендацій.

Комп'ютеризація охорони здоров'я в сучасному світі розвивається швидкими темпами. Лише за останні 15 років ЄС виділив 500 мільйонів євро на підтримку інформатизації медицини. ІТ-індустрія в медичній сфері посідає третє місце серед інших галузей. У країнах ЄС ІТ технології в медичній сфері займають 50-90%, у США - 70%.

Це позитивно вплинуло на економію робочого часу медичного працівника, електронний документообіг становить більше 50%.

Наукові дослідження, спрямовані на оцінку рентабельності впровадження МІС, свідчать, що час, який лікар витрачає на кожну виписку з паперової історії хвороби, займає близько 4 хвилин, що в середньому становить 384 години роботи на рік.

Завдяки впровадженню електронних карт пацієнтів медичний персонал отримує доступ до документів пацієнтів, що дозволяє на 50% скоротити час, витрачений на паперову документацію та непотрібний збір даних, а також запобігає ([www.vtei.com.ua](http://www.vtei.com.ua)) випадковому пропуску процедури. На кожний 8-

годинний робочий день час, який витрачається лікарями реанімації на оформлення документів, зменшується на 11%. Зменшення вартості ліків завдяки комп'ютеризованому введенню рецептурних препаратів становить 15%. Значно зменшується вартість пошуку даних про попередні аналізи клієнта/пацієнта.

Також це сприяє зменшенню можливості допуску медичної помилки. Міжнародні науковці підтверджують, що згідно з повідомленням, електронна історія пацієнта, забезпечує збір різної інформації про нього і дозволяє підвищити рівень ефективності прийняття правильного діагнозу, зменшити витрати на лікування та значно зменшити помилки при лікуванні.

До сучасних медичних технологій слід віднести ті, що забезпечують розробку різних загальнодоступних програм, зокрема і безкоштовних. Вони, як правило, використовують комплексні автоматизовані системи, зокрема, такі як OpenVistA і OpenEHR.

Ці системи можуть використовуватися безпосередньо медичними установами або впроваджуватися комерційними компаніями, які надають індивідуальне налаштування та підтримку.

Наприклад, Medsphere надає комерційну підтримку OpenVistA. OpenEHR пропонує уніфікацію методології створення електронних черг/ записів на основі шаблонів. Сьогодні такий підхід використовується в Австралії, Великій Британії та Швеції.

OpenEHR описує архетипи (шаблони), на основі яких вводяться всі медичні дані про пацієнта. Це дозволяє різним розробникам зберігати всі медичні дані пацієнта в орієнтованій на пацієнта архітектурі. Цей стандарт доповнюється ISO13606 і HL7. На базі рішень OpenEHR розробляється більше 10 комерційних проектів.

Інтероперабельність, тобто сумісність різних медичних інформаційних систем, стає важливою.

Згідно з визначенням Американського інституту інженерів з електротехніки та електроніки, відповідність визначається як «здатність двох або більше систем для обміну інформацією та використання отриманої інформації».

В Україні відсутній такий єдиний стандарт електронних медичних записів.

Проте розвиток сумісності IT-систем стає все більш важливим для всіх учасників медичної системи, зокрема:

- для медичних спеціалістів – полегшується доступ до пацієнта у будь-який час і в будь-якому місці;
- для пацієнтів – покращується якість надання медичних послуг;
- для керівників - полегшується отримання даних та покращують статистико-економічний аналіз діяльності закладу;
- для науковців – розширюється доступ баз даних з метою аналізу ефективності окремих методик та виявлення тенденцій;
- для медичної галузі – покращується доступ до ринку багатьох компаній;
- для державних статистичних установ – забезпечується стандартизація та моніторинг діяльності.

Щодо інтеперабельності, то це новизна в медичній сфері, яка пов'язана зі стандартизацією медичної інформації. Саме стандартизація робить дані, згенеровані однією системою, доступними для клієнтів.

Стандарти медичної інформації умовно поділені на дві групи :

- термінологічні стандарти;
- стандарти з обміну інформації.

До першої групи віднесено LOINC, MeSH і SNOMED CT. LOINC - стандарти, які розроблені ще у 1994 році і використовуються для передачі та зберігання результатів медичних обстежень. Вони утримують понад 32 000 термінів, які використовуються в лабораторних дослідженнях. MeSH – рубрика медичних термінів, розроблена Національною медичною бібліотекою США.

Включає також терміни та їх опис, використовується для індексування, каталогізації та надання доступності до світової медичної науки практики,

СТ (Систематизована медична номенклатура – клінічні терміни) - перша міжнародна клінічна термінологія була створена в США в 1977 році. Наразі це багатомовний словник медичних термінів, який дозволяє вводити, надсилати, отримувати, обробляти та зберігати дані пацієнтів в одному форматі.

Основні стандарти обміну даними включають DICOM і HL7. DICOM – стандарт для обміну цифровими зображеннями. Перша версія розроблена у 1985 році Американським коледжем радіології та Американською національною асоціацією виробників електроніки. Друга версія представляє стандарт для обмігу інформацією, яка була заснована в 1987 році та базується в Анн-Арборі, відповідає за розвиток, розвиток, впровадження та збір медичних знань.

У США в цілому стратегічна медична ініціатива реалізується з кінця 70-х років XX ст. у різних освітніх програмах:

- UMLS – підручники для широкого використання (віртуальний світ медицини);
- MIC VA Віста - повний стандарт управління лікарнею - використовується міністерством оборони;
- HL7 - однойменна корпорація.

Розробка стандартів медичної інформації США координується відповідними підкомітетами Національного інституту стандартів США; в ЄС діє Європейський комітет стандартизації CEN.

Розробка стандартів є прерогативою держави. Поки МОЗ України не розробить власні стандарти зберігання та передачі інформації, єдиним правильним рішенням буде розробка архітектури на основі міжнародних стандартів.

В Україні за останні десять років значно зріс попит на медичні інформаційні системи, і можна спостерігати чітку позитивну тенденцію його розвитку. Однак є і перешкоди, серед яких:

- недостатнє державне фінансування;
- відсутність стандартизації даних і методів їх обробки.

Використання складних ІТ-систем, які дозволяють організувати управління медичними закладами й установами сучасними технологіями сприяють підвищенню ефективності і якості надання медичних послуг. Ці системи дозволяють лише автоматизувати документообіг і видачу бланків звітності. Ринок медичних інформаційних систем представлений кількома компаніями-розробниками програмного забезпечення. За кількістю впроваджень варто відзначити «Медсистемс», СІЕТ, «Укрмед соф», ТерДеп та «Медексперт».

Більшість систем побудовано на основі архітектури клієнт-сервер, що забезпечує обмежену кількість функцій – в основному це підготовка статистичної звітності та типових форм МОЗ. У цих системах зберігається електронна історія хвороби, а дані вводяться шляхом введення тексту або вибору фраз із випадючих списків посилань.

Такі системи є складними у використанні, тому що потребують постійного спілкування з розробником і уточнення внесення даних.

Розглянемо ці системи:

- ArchiMed – система для автоматизації медичних закладів будь-якого профілю. Започаткована з 2005 року, має просту інсталяцію, доступна користувачеві, який має базові знання про персональний комп'ютер.

- Dr Eleks – комплексна система для реєстрації, фінансів, лабораторних досліджень, лікарських послуг тощо.

-«Каштан» займається розробкою СІЕТ. Медична інформаційна група, що складається з програмних комплексів для управління медичними закладами.

Призначена для оперативного аналізу й управління, розповсюджується на всю систему охорони здоров'я України.

- «Укрмед Софт» - забезпечує повну комп'ютеризацію лікувальнo-діагностичного процесу в лікарні чи в поліклініці.

За результатами аналізу існуючих медичних систем стає очевидним, що не всі системи сумісні між собою. Більшість систем не мають веб-інтерфейсу, відсутні механізми захисту інформації та введення даних лише користувачем. Крім того, повна відсутність інтеграції між системами та передачі даних із систем у будь-якому форматі, крім друку. Тому розвиток інформаційної медицини в Україні залишається актуальним.

### **Висновки до розділу 3**

У рамках пілотного проекту Національної служби здоров'я України щодо оплати медичних послуг в амбулаторно-поліклінічному закладі (включаючи послуги у відділенні денного перебування) за тарифом у формі глобальної ставки за медичне обслуговування пацієнтів. ставка розраховувалась для кожного медзакладу окремо з урахуванням історичних даних за попередні роки роботи та обсягу фінансування за рахунок медичної субвенції даного медзакладу.

Це сприяло переходу до нової системи фінансування, яка використовувала комбінацію ставок у формі загальної ставки та ставки за вилікуваний випадок.

2. Обґрунтовано, що одним із пріоритетних напрямків розвитку медичної систем є створення єдиного інфопростору, яке здатне забезпечити прийняття правильного, більш доцільної ефективної управлінського рішення на всіх рівнях і дозволяє медичним організаціям і установам вести ефективну документацію їхньої діяльності, вести управління на сучасному рівні, отримувати актуальну інформацію про передові досягнення медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (протягом життя),

збираються на всіх рівнях надання медичної допомоги. положення для досягнення кращого терапевтичного ефекту. Нині комп'ютеризація, інформатизація і цифровізація системи охорони здоров'я України спрямована на її стандартизацію та ліцензування ІТ продукту/технології, встановлення єдиних вимог до обсягу та форматів зберігання бази даних та уніфікування форм статистичної звітності.

3. Запропоновано, що для українських реалій, враховуючи різноманіття технологічного оснащення державних і приватних клінік, найбільш оптимальним ([dspace.wunu.edu.ua](https://dspace.wunu.edu.ua)) типом архітектури інформатизації медичної системи є гібридний тип, в якому при централізованому підході важлива інтероперабельність (здатність до взаємодії), при децентралізованому підході – конкуренція, що стимулює розвиток і вдосконалення існуючої системи, ([dspace.wunu.edu.ua](https://dspace.wunu.edu.ua)) поява нових сервісів та інтерфейсів.

## ВИСНОВКИ

Магістерська робота є теоретичним узагальненням і вирішенням реального наукового завдання, яке полягає в науково-теоретичному обґрунтуванні напрямів удосконалення державного регулювання надання якісних медичних послуг населенню нашої держави та розробці практичних рекомендацій для органів державної влади в конкретній галузі в сучасних умовах воєнного стану та післявоєнного відновлення України.

Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення поставленої мети, вирішення поставлених завдань і дають підстави для формулювання ряду узагальнених висновків, пропозицій і рекомендацій, що мають теоретичне та практичне значення.

1. Розкриті теоретичні основи державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг, зокрема: розмежовано базові поняття дослідження – медична допомога і медична послуга; державне управління і державне регулювання; уточнено поняття «якісна медична послуга», під якою розуміється управлінська дія медичної установи (медичного працівника), результат якої відповідає встановленим стандартам якості у медичній сфері; охарактеризовано явну раціоналізацію у сфері охорони здоров'я з метою визначення пріоритетів у наданні медичних послуг і встановленні їх «гарантованого пакету».

2. З'ясовано, що міжнародний досвід проведених реформ у сфері закупівель медичних послуг вплинув на: проведення в Україні реструктуризації системи медпослуг вирішення проблеми надлишкових потужностей; стимулювання переходу до економічно ефективних, тобто більш якісних, послуг.

Встановлено, що проведення реформ системи отримання пільг у рамках комплексної реформи ОЗУ може створити необхідні стимули та механізми для

переходу на використання більш прибуткових послуг, а відтак – до реструктуризації надлишкових виробничих потужностей.

3. Встановлено, що в рамках державного «гарантованого пакету», Україна гарантує повну оплату за рахунок державних фондів медичного страхування необхідних медичних послуг та ліків у невідкладних випадках, паліативних і основних, а також частково вторинних (спеціалізований) і вищий рівні, що надаються постачальниками медичних послуг.

Встановлено, що стандартизація дозволяє значно спростити впровадження нових медичних послуг, оскільки процес планування конкретної дії детально пояснюється у внутрішніх вимогах, якими є медичний протокол (положення, спрямоване на допомогу медичному працівнику та пацієнту) прийняти правильне рішення щодо системи надання медпослуг або медичних послуг пацієнту в певних медичних ситуаціях).

Підтверджено, що медична сфера в Україні сприяє зближенню з європейськими стандартами, на що вказують 36 проєктів вимог до системи медпослуг, які визначені – 2023. та Плану відновлення України до 2030 року.

4. Охарактеризовано нормативно-правову базу у сфера медпослуг в Україні, які стали базовими для продовження реформи системи охорони здоров'я ; НСЗУ визнана основним виконавцем в області моделювання потреби населення у медичних послугах.

Визначено базові критерії, покладені в основу відбору переліку пріоритетних потреб населення задля надання ним якості медпослуг, потреба в медичній допомозі; економічна ефективність; захист домогосподарств від збідніння; результативність; рівноправність доступу; забезпечення збалансованості бюджету та стабільного фінансування медобслуговування населення за програмою медичних гарантій.

5. Пріоритетними напрямками вдосконалення сфери охорони здоров'я України щодо медичних послуг в умовах воєнного стану та післявоєнної відбудови є:

- використання практик «обслуговування громадян» через розвиток волонтерства у наданні медичних послуг; що сприятиме підвищенню рівня медичних компетентностей суспільства, незалежно від його спеціальності чи спеціалізації, а також шкільної молоді;

- використання пілотних проєктів у наданні медпослуг шляхом розробки, апробації та оцінки різноманітних механізмів укладання договорів на медичне обслуговування населення та оплати послуг;

- запровадження інформаційного продукту «eHealth» як інструменту ефективного вдосконалення державного регулювання у сфері надання якісних медичних послуг та аналізу даних населенню.

Рекомендовано: результати проведених досліджень дають право запропонувати науково обґрунтовані напрями вдосконалення прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні:

Керівникам медичних закладів з урахуванням історичних даних за минулі роки та обсягів фінансування за медичною субвенцією: оплата медичних послуг в амбулаторно-поліклінічному режимі (включаючи послуги в денному відділенні) за ставкою загальної форми тарифу для медичне обслуговування пацієнтів; використовуйте комбінацію ставок у формі загальної ставки та ставки на вилікуваний випадок.

Слід заохочувати керівників системи охорони здоров'я України до прискорення впровадження електронного паспорта пацієнта та розробки стандартних медичних протоколів у всіх сферах надання медичних послуг.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонов С.В. Правова регламентація надання медичних послуг. *Управління закладом охорони здоров'я*. К. 2007. С. 18 –22.
2. Бережна Ю. В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*. 2014. № 11. С. 166-170. ULR: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf\\_2014\\_11\\_29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2014_11_29)
3. Берназ-Лукавецька О.М. Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз / О. М. Берназ-Лукавецька О.М., Подсядло Р.П. // *Часопис цивілістики*. 2017. Вип. 24. С. 57-61.
4. Білоус М.В., Білинська М.М. Аналіз захворюваності фармацевтичних працівників в умовах пандемії коронавірусу COVID-19 (огляд літератури). *Запорізький медичний журнал*. 2021. Т.23. вип 6. С. 839-844. ULR: [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=uk&user=9klxJb8A AAAJ&sortby=pubdate&citation\\_for\\_view=9klxJb8AAAAJ:pqnbT2bcN3wC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=9klxJb8A AAAJ&sortby=pubdate&citation_for_view=9klxJb8AAAAJ:pqnbT2bcN3wC)
5. Бобришева О. В. Удосконалення державного регулювання регіональної системи охорони здоров'я. *Економічний простір*. 2014. № 83. С. 35-45. ULR: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros\\_2014\\_83\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros_2014_83_6).
6. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми [Текст] : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.03 / Булеца Сібілла Богданівна ; Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». Одеса, 2016. 46 с.
7. Валентина Гошовська. Домінуюча роль парламенту в розвитку сучасного парламентаризму в Україні. *Державна служба України: сучасні виклики та перспективи повоєнної трансформації* : зб. тез щоріч. міжнар. круглого столу (Київ, 17 черв. 2022 р.) : / за заг. ред. Л.Г. Комахи. Київ : навч.-наук. ін-т публ. упр. та держ. служби київ. нац. ун-ту імені Тараса Шевченка, 2022. С. 129-131.

8. Венедіктова І.В. Правова природа медичних послуг. Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. 2014. № 5. С. 44–48.
9. Гайдай Н. Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг. Юридичний журнал. 2010. № 10. С. 55–58/
10. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна*. 2015. С. 231-239.
11. Горблюк Р. В. Формування та підтримка розвитку регіональних кластерів у системі охорони здоров'я : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Р. В. Горблюк. Львів, 2011. 20 с.
12. Гошовська В. А. Парламентаризм : підручник. 2-ге вид., допов. й розшир. / В. А. Гошовська [та ін.]. Київ : НАДУ, 2019. 704 с.
13. Гошовська В.А. Представницькі органи влади у забезпеченні сталого розвитку України. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. Спецвипуск. Видавництво НАДУ, 2020. С. 91–96.
14. Гошовська В. А. Посилення інституційної спроможності Верховної Ради України як умова подолання кризи вітчизняного парламентаризму / В. А. Гошовська, Л. А. Пашко, Л. І. Даниленко // Зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2019. Вип. 1. С. 31–42. ULR: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu\\_2019\\_1\\_6/](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpnadu_2019_1_6/)
15. Даниленко Л.І. Моральна відповідальність - критерій оцінки якості діяльності представницьких органів влади. Наукові перспективи: журнал. 2023. № 6(36) 2023. С. 93-105. ULR: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/5273>
16. Дейкун Н.П. Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі розвитку соціально-економічних реформ. *Врачеб. Дело*. 1999. № 6. С. 131-134.

17. Державне регулювання економіки та економічна політика [Текст]: навч. посіб. / [Г.С. Третяк, К.М. Бліщук]. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. 128 с.
18. Державне управління та державна служба: словник-довідник / [уклад. О.Ю. Оболенський]. К.: КНЕУ, 2005. 480 с.
19. Державний комітет статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
20. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році. Постанова КМУ від 27 грудня 2022 р. № 1464. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#Text/>
21. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президенті України / [наук. ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін.]. К.: НАДУ, 2011. С. 153 -154.
22. Загальнонаціональне дослідження «Індекс Здоров'я. Україна». URL: <http://health-index.com.ua/>
23. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>.
24. Князевич В.М., Слабкий Г.О., Федосюк Р.М., Ковальова О.М. Оцінка лікарями-анестезіологами організації невідкладної медичної допомоги. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/39203/1/C%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf>
25. Конституція України. (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text/>
26. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua>.

27. Краснова О. І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика та досвід. 2016. № 8. С. 58-62. ULR: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd\\_2016\\_8\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2016_8_14).

28. Крилова О.В. Цивільно-правове регулювання відносин по наданню медичної допомоги: дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Одеська національна юридична академія. О., 2006. 38 с.

29. Лідія Даниленко. Проблеми формування толерантного середовища в Україні. Вітчизняний парламентаризм: сучасні виміри гідності та свободи українського народу : матеріали щорічного Всеукраїнського круглого столу (Київ, 23 листоп. 2022 р.) : / за заг. ред. Л. Г. Комахи, В. А. Гошовської. – Київ : Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 2022. С. 49-51. ULR: <https://ipacs.knu.ua/pages/dop/273/files/63d065dc-20b2-4aac-b9f2-5a97a55ca011.pdf>

30. Лідія Даниленко. Консенсуна культура як запорука розвитку майбутнього толерантного суспільства незалежної України. Незалежність України: сучасна доктрина і практика публічного управління : матеріали міжнар. круглого столу до Дня Незалежності України (Київ, 22 серп. 2022 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2022. 272 с., С.13-16. ULR: <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/2/news/1986/files/6f7ca417-8b30-4593-a3c0-92c79505b382.pdf>

31. Лідія Даниленко, Владислав Ващишин. Конституційний вимір українського парламентаризму. Конституційний вимір українського цивілізаційного вибору : матеріали IV-го Конгресу парламентаристів до Дня Конституції України (Київ, 28 черв. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, В. А. Гошовської. Київ : Навчально-науковий інститут публічного управління та державної служби Київського національного університету імені Тараса

Шевченка, 2023. 84 с., С. 24-27. <https://ipacs.knu.ua/pages/dop/273/files/da0ed2fb-3d14-439a-9939-f48ea7aefb34.pdf>

32. Максименцева Н.О. Правові заходи протидії корупції (юридична відповідальність як елемент протидії. Механізми запобігання політичній корупції у представницькій владі.: навч.-метод. посіб. /Гошовська В.А. [та ін.]. К. : НАДУ, 2020. 280 с. – Наукова школа вітчизняного парламентаризму. Серія «Бібліотека народного депутата»

33. Максименцева Н.О., Марчук Р.П. Парламент як невід’ємна ознака державності та його види. Політологія. 2020. № 2 (2). С. 36-40.

34. Медико-правовий тлумачний словник / За ред. І.Я. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010. 540 с.

35. Мезенцева Н. Б. Держане регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції розвитку / Н. Б. Мезенцева, Л.О. Буравльов, Я.Ф. Радиш // Держава та регіони. 2007. № 4. С. 142—146.

36. Михайлов С.В. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг : автореф. дис ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Сергій Васильович Михайлов . Харків : Б.в., 2010 . 17 с.

37. Мостовенко О. С. Співвідношення понять "медична допомога" та "медична послуга" у контексті реалізації конституційних прав громадян. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. 2017. Вип. 44(1). С. 59-62. ULR: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvuzhpr\\_2017\\_44%281%29\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvuzhpr_2017_44%281%29_16)

38. Національна програма № 13. Модернізація системи охорони здоров’я задля посилення людського капіталу. ULR: [https://uploads-ssl.webflow.com/625d81ec8313622a52e2f031/62c19ac16c921fc712205f03\\_NRC%20Ukraine%27s%20Recovery%20Plan%20blueprint\\_UKR.pdf/](https://uploads-ssl.webflow.com/625d81ec8313622a52e2f031/62c19ac16c921fc712205f03_NRC%20Ukraine%27s%20Recovery%20Plan%20blueprint_UKR.pdf/)

39. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я (2015–2020 pp.). ULR: <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
40. Основи законодавства України про охорону здоров'я. ULR: <http://zakon.rada.gov.ua>.
41. План Відновлення України. Національна рада з відновлення. ULR: [https://uploads-ssl.webflow.com/625d81ec8313622a52e2f031/62c19ac16c921fc712205f03\\_NRC%20Ukraine%27s%20Recovery%20Plan%20blueprint\\_UKR.pdf/](https://uploads-ssl.webflow.com/625d81ec8313622a52e2f031/62c19ac16c921fc712205f03_NRC%20Ukraine%27s%20Recovery%20Plan%20blueprint_UKR.pdf/)
42. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його зміст. Сучасне українське медичне право: [монографія]. [за заг. ред. С. Г. Стеценка]. К.: Атіка, 2010. С. 74 – 75.
43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України. (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст.245). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>
44. Про внесення змін до Закону України "Про волонтерську діяльність" щодо підтримки волонтерської діяльності: Закон України від 15 серпня 2022 року № 2519-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2519-20#Text>
45. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України № 2168-VIII ULR: <https://ips.ligazakon.net/document/view/T172168?an=1>
46. Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391 ULR: <https://ips.ligazakon.net/document/view/KP180391?an=1>.

47. Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, які звернулися із заявою про визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, стосовно яких прийнято рішення про оформлення документів для вирішення питання щодо визнання біженцем або особою, яка потребує додаткового захисту, та яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, та компенсації вартості медичних послуг і лікарських засобів, наданих іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово проживають або перебувають на території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 березня 2014 р. № 121 ULR: <https://ips.ligazakon.net/document/view/KP140121?an=1>

48. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017. № 1075 ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n97>

49. Про затвердження нормативно-правових актів щодо надання соціально-медичних послуг бездомним особам та особам, які відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк: Наказ Міністерства праці та соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2007 року № 28/26, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 14 лютого 2007 р. за № 129/13396. ULR: <https://ips.ligazakon.net/document/view/RE13396?an=394>

50. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 р. № 1138. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>

51. Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися закладами освіти, іншими установами та закладами системи освіти, що належать до державної і комунальної форми власності: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 р. № 796. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-2010-%D0%BF>

52. Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися бюджетними науковими установами: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 липня 2003 р. № 1180. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1180-2003-%D0%BF>

53. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу: Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 503. ULR: [https://ips.ligazakon.net/document/view/RE31799?\\_ga=2.248979335.1632990714.1547986953-99465837.1533382735](https://ips.ligazakon.net/document/view/RE31799?_ga=2.248979335.1632990714.1547986953-99465837.1533382735).

54. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги: Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 504 ULR: <https://ips.ligazakon.net/document/view/RE31800?an=1>.

55. Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій: Наказ МОЗ України від 14.02.2007 № 67. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0067282-07>.

56. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>

57. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України. ULR: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

58. Програма медичних гарантій - 2023: перелік послуг, особливості. <https://medplatforma.com.ua/article/15737-programa-medichnikh-garantiy-2023-perelik-poslug-osoblivosti#ancex0/>
59. Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року буде фіналізований до кінця першого кварталу. ULR: <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-do-2030-roku-bude-finalizovanyi-do-kintsia-pershoho-kvartalu>
60. Рамкова програма партнерства між урядом України та Організацією Об'єднаних Націй на 2018–2022 роки. ULR: <http://www.un.org.ua/images/UNPF-document-ukr.pdf>.
61. Рамкова стратегія ЄС із безпеки та здоров'я на роботі на 2021-2027 роки. Безпека та здоров'я на роботі в мінливому світі праці: Повідомлення комісії європейському парламентові, раді, європейському економічному і соціальному комітетові та комітетові регіонів. Брюссель. 2021. ULR: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/genericdocument/wcms\\_811859.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/genericdocument/wcms_811859.pdf)
62. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 51 народного депутата України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень статей 24, 58, 59, 60, 93, 1901 Кримінального кодексу України від 25 грудня 1998 року № 1-29/98. ULR: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98>
63. Саниахметова Н.О. Господарське право. Х.: Одиссей, 2005. 608 с.
64. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 680 с.
65. Стандарти управління якістю медичних послуг. ULR: [.https://isida.ua/uk/article/standartyi-upravleniya-kachestvom-meditsinskih-uslug](https://isida.ua/uk/article/standartyi-upravleniya-kachestvom-meditsinskih-uslug)

66. Статистичний збірник «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 році». URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvdg/Arh\\_snsz\\_u.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdvdg/Arh_snsz_u.htm).

67. Стефанчук Р.О., Зелінський А.М. Право на здоров'я як особисте немайнове право фізичних осіб. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. 2003. № 2. С. 40-45. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap\\_2003\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2003_2_8).

68. Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав. URL: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997\\_027](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_027)

69. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. *Часопис Київського університету права*. 2010. № 2. С. 214 – 215/

70. Ahmedov M et al. Uzbekistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 2007. 9(3). С. 1–206/

71. Borowitz M et al. Conceptual foundation for central Asian republics health reform model. *Almaty, ZdravReform Program*. 1999.

72. Georgieva L et al. Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 2007. 9(1). С. 1–156.

73. Joint Assessment of the Kyrgyz Republic National Health Reform Program-Den Sooluk 2012-2016. [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key\\_Issues/NHP\\_JA\\_NS/KGZ%20JANS.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Key_Issues/NHP_JA_NS/KGZ%20JANS.pdf)

74. Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab. *Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition*. [https://www.who.int/docs/default-source/health-financing/implementing-health-financing-reform--lessons-from-countries-in-transition.pdf?sfvrsn=a8382648\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/health-financing/implementing-health-financing-reform--lessons-from-countries-in-transition.pdf?sfvrsn=a8382648_2)

75. Lydiia Danylenko, Oleksandr Aliksiichuk, Volodymyr Goshovskyi, Tetiana Korniakova, Nadiia Maksimentseva. Legal principles of increasing the institutional capacity of the Verkhovna Rada of Ukraine. AD ALTA: Journal Of Interdisciplinary Research, 2022, issue 12/02-XXVIII. P. 203-209. ULR: <http://www.magnanimitas.cz>

76. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. ULR: [https://www.who.int/choice/documents/making\\_fair\\_choices/en/](https://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/)

77. Szende A, Mogyorosy Z. Health care provider payment mechanisms in the new EU members of central Europe and the Baltic states: current reforms, incentives, and challenges. European Journal of Health Economics, 2004. 5(3). P. 259–262.

78. UN Volunteers. <https://www.google.com/search> (дата звернення: 10.06.2023).

## ДОДАТКИ

ДОДАТОК А  
СХЕМА ПОКРОКОВОГО РОЗПОДІЛУ ВИТРАТ «ЗВЕРХУ ДОНИЗУ»