

КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА  
ДЕРЖАВНОЇ СЛУЖБИ  
КАФЕДРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ  
КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА  
на тему:

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

*Договір № 1  
07.12.2023*

Студент 2 курсу магістратури заочної форми навчання спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування»

ВАЙДА Володимир Володимирович

Науковий керівник

к.пед.н., доцент, доцент кафедри публічної політики Ларіца Наталія Борисівна

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

ВАЙДА Володимир Володимирович

*(підпис)*

Робота допущена до захисту в екзаменаційній комісії рішенням кафедри публічної політики від «07» грудня 2023р., протокол № 10.

Завідувачка кафедри публічної політики, докторка юридичних наук, доцентка Корчак Наталія Миколаївна

*(підпис)*

Київ 2023

*Вайда 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.

### **Зміст анотації.**

В магістерській роботі розкрито теоретичні засади державного регулювання забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг, аналіз нормативно-правового забезпечення у сфері медичних послуг, а також узагальнено міжнародний досвід забезпечення населення медичними послугами, що може сприяти для адаптації в Україні.

Проведено аналіз сучасного стану забезпечення населення якісними медичними послугами в Україні в умовах війни. Також розкриті проблеми які виникли в зв'язку з вимушеним внутрішнім переміщенням населення з тимчасово окупованих територій України та з прифронтових населених пунктів; щодо відсутності медичного персоналу в зв'язку з вимушеною міграцією медичних працівників за межі України.

Визначено механізми удосконалення державного регулювання забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг населення України. Запропоновано науково-практичні рекомендації органам державної влади та місцевого самоврядування щодо запровадження механізмів удосконалення державного регулювання забезпечення населення якісними медичними послугами в умовах воєнного стану та повоєнній відбудові України.

**Ключові слова:** медичні послуги, державне регулювання, реформування охорони здоров'я, прогнозування потреб, пілотування обрахунків, e-Health, воєнний стан, повоєнна відбудова.

*Vaida V.V. State regulation in the field of (www.researchgate.net) ensuring equal access to quality medical services – Qualifying master's thesis as a manuscript.*

Qualifying master's thesis for the degree of higher education of the second level in the field of knowledge 28 “Public management and administration”, specialty 281 “Public management and administration (www.researchgate.net)”. – Educational and Scientific Institute of Public Administration and Civil Service of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, 2023.

Contents of the instructions.

The master's thesis reveals the theoretical foundations of state regulation of ensuring equal access to quality medical services, analysis of regulatory support in the field of medical services, and also generalizes international experience in providing the population with medical services, which can contribute to adaptation in Ukraine.

An analysis of the current state of providing the population with quality medical services in Ukraine during war was carried out. The problems that arose in connection with the forced internal displacement of the population from the temporarily occupied territories of Ukraine and from front-line settlements are also revealed; about the lack of medical personnel due to the forced migration of medical workers outside of Ukraine.

Mechanisms for improving state regulation to ensure equal access to quality medical services for the population of Ukraine have been identified. Scientific and practical recommendations are offered to state authorities and local self-government on the implementation of mechanisms for improving state regulation of providing the population with quality medical services in conditions of martial law and post-war reconstruction of Ukraine.

Key words: medical services, government regulation, healthcare reform, forecasting needs, piloting calculations, e-Health, martial law, post-war reconstruction.

Вступ.....	3
<u>Розділ 1. Теоретичні засади державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг .....</u>	<u>9</u>
1.1. Теоретичні основи державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг .....	9
1.2. Аналіз нормативно-правової бази, що врегульовує медичні послуги.....	20
1.3. Міжнародний досвід забезпечення населення медичними послугами .....	28
<u>Висновки до розділу 1</u>	
<u>Розділ 2. Стан та проблеми забезпечення населення якісними медичними послугами.....</u>	<u>35</u>
2.1. Сучасні аспекти реформування охорони здоров'я .....	35
2.2. Аналіз підходів визначення потреб населення у медичних послугах .....	47
<u>Розділ 3. Механізми удосконалення державного регулювання забезпечення населення якісними медичними послугами .....</u>	<u>51</u>
3.1. Прогнозування потреби як ефективний механізм розподілу бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я.....	51
3.2. Пілотування обрахунків як ефективний механізм моделювання потреби населення у медичних послугах .....	56
Висновки .....	762
Список використаних джерел .....	81

## ВСТУП

*Актуальність теми.* На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу та воєнного стану в країні стає реальним забезпечити стандартизацію медичних послуг, соціально орієнтованих на потреби суспільства. У таких умовах стають зрозумілими державні норми забезпечення рівного доступу до якісних сфер надання медичних послуг в Україні. Тому покращення стану медичної галузі, забезпечення рівного та справедливого доступу громадян до якісних медичних послуг, збереження соціально необхідного обсягу державних гарантій мають стати основними завданнями Президента, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Кабінету Міністрів України та МОЗ України.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2025 роки визначає ключові питання, потенційні напрямки та шляхи вирішення для формування нової національної політики у цій сфері, зокрема заходи щодо глибокої регуляторної трансформації та запровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. У цьому контексті система охорони здоров'я країни має базуватися на трьох основних принципах: ставлення людей на перше місце, орієнтованість на результат, використання найкращих технологій та надання найкращих послуг для лікування.

В умовах повномасштабної війни в Україні з країною-агресоркою росією питання покращення стану медичної галузі, забезпечення рівного та справедливого отримання громадянами якісних медичних послуг стало одним з найактуальніших.

Однак у даній сферій діяльності існує ряд перешкод щодо забезпечення рівного та справедливого отримання громадянами якісних медичних послуг. Так система охорони здоров'я України за роки незалежності практично не змогла

перейти до системи медичного страхування. Тільки в 2017 р. було зроблено перший крок у цьому напрямі. Так, 27.12.2017 р. було підписано Закон України «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» від 19.10.2017 р. №2168 Ш, тоді як у Польщі Закон «Про обов'язкове медичне страхування», який дав початок реформі фінансування польської сфери охорони здоров'я, було прийнято ще в 1997 р. Відтак для України може виявитися корисним досвід зарубіжних країн щодо запровадження моделей фінансування національної медицини, оцінювання успіхів і помилок перших етапів запровадження страхової медицини, що позитивно вплине на забезпечення рівного та справедливого доступу громадян до якісних медичних послуг.

У широкому контексті проблеми державного управління охороною здоров'я розглядали такі вітчизняні вчені як Н. Кризина, С. Мокрецов, О. Приходько, Я. Радиш, Н. Рингач, І. Солоненко та ін. Однак у їх наукових працях недостатньо розкриті питання державного регулювання у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в Україні, особливо в умовах воєнного стану та післявоєнне відбудови України.

*Мета дослідження* полягає в науково-теоретичному обґрунтуванні удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг в Україні та розробці практичних рекомендацій органам державної влади щодо напрямів їх запровадження.

*Основні завдання дослідження:*

- розкрити теоретичні основи державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг;
- здійснити аналіз законодавчої та нормативно-правової бази, що регламентує прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні;

- вивчити та узагальнити міжнародний досвід регулювання процесів прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні;
- розкрити значимість застосування механізму державно-приватного партнерства для забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг в контексті інтеграційних процесів України до ЄС;
- здійснити аналіз сучасних механізмів удосконалення державного регулювання забезпечення населення якісними медичними послугами в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови України;
- розробити та запропонувати практичні рекомендації органам державної влади щодо напрямів удосконалення державного регулювання забезпечення населення якісними медичними послугами в Україні в контексті інтеграційних процесів України до ЄС та в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови України.

*Об'єкт дослідження* – медичні послуги в Україні в контексті інтеграційних процесів України до ЄС та в умовах воєнного стану та повоєнної відбудови.

*Предмет дослідження* – державне регулювання процесів прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні.

*Теоретичне та практичне значення отриманих результатів* полягає в тому, що є основними теоретичними положеннями та висновками магістерської роботи, які сформульовані, як конкретні завдання і можуть бути впроваджені в практичній діяльності в процесі реформування сфери охорони здоров'я.

Основні теоретичні положення магістерської роботи та висновки можуть бути використані:

- практичній діяльності ЗОЗ, а також органів державної влади та місцевого самоврядування;

- у науково-дослідній роботі закладів системи МОЗ України та НАМН України, МОН України, Мінмолодьспорту України;
- у закладах та установах, в яких проводиться підготовка управлінських та медичних кадрів у сфері охорони здоров'я.

*Структура й обсяг* магістерського дослідження. Комплексний обсяг робіт складає 78 сторінки, у тому числі 1 таблиця, 5 рисунків, 1 додаток. Використано законодавчо-нормативних актів та літературних джерел 74 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПУ ДО ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### 1.1. Теоретичні основи державного регулювання у сфері надання якісних медичних послуг

Сьогодні охорона здоров'я стала однією з основних галузей виробництва послуг. Статтею 49 Конституції України визначено, що кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу, зокрема право на одержання медичних послуг. Водночас важливо визначити характер медичних послуг, оскільки від ефективності медичних послуг залежить загальна задоволеність нашого суспільства якістю життя.

Поняття «медична послуга» з'явилося в законодавстві України ще на початку 90-х років, але до цього часу в проектах чинного законодавства це поняття вживається значно рідше, ніж поняття «медична допомога». [7]

Конституційний Суд України в рішенні від 25 листопада 1998 р. № 15-рп/98 (справа про платні медичні послуги) зазначив, що Конституція України не розкриває зміст терміну «медична допомога». Проте в медицині поняття «медична допомога» в основному охоплює лікувально-профілактичні заходи, які розглядаються під час захворювання, травми, пологів, медичних оглядів та деяких інших видів медичних робіт. Зміст поняття «медична послуга», чітко не визначено не тільки в нормативних актах, а й у медичній літературі. Отже, Конституційний Суд України встановив, що термін «медична послуга» відсутній. [8]

Дійсно, у законодавстві України до недавнього часу поняття «медична допомога», «медичні послуги» не мало широкого застосування широке

застосування зазначених термінів. Проте із змінами, внесеними Законом України від 6 квітня 2017 року N 2002-VIII, що були введені в дію з 6 листопада 2017 року, до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII, було отримано чітке визначення та розмежування зазначених понять.

Відповідно до зазначеного, термін «медична допомога» визначено як суто лікувальний процес, у той час як у понятті «медична послуга» можна побачити економічну складову. Для того, щоб розібратись у правильності законодавчого визначення даних понять, необхідно більш детально розглянути наукові дослідження у сфері охорони здоров'я попередніх років.

У вітчизняній науковій літературі теоретичні і практичні аспекти державних стандартів надання медичних послуг пацієнтам досліджували такі науковці, як Авраменко Т.П., Антонов С.В., Гіжеський В.К., Головченко В.В., Ковальський В.С., Шевчук С.С., Дейкун Н.П., Михайлов С.В., Білинська М.М., Крилової О.В., Бобок П.В., Крилова О.В., Мостовенко О.С., Беденко-Зваридчук О., Венедіктова І.В. та Берназ-Лукавецька О. М., Ярош Н.П.

Деякі вчені визначають медичні послуги як технічні процеси, що виходять за рамки медичної допомоги та надаються на платній основі за відповідними індивідуальними вимогами фізичних осіб (Гіжеський В.К., Головченко В.В., Ковальський В.С.). [10]

Шевчук С.С. до одного з видів послуг відносить медичні послуги, також зазначає, що медична послуга є економічно-правовою категорією. Вона включає витрати на виробництво послуг, собівартість і вигоди (фінансові інтереси виробників послуг), які повинні задовольняти медичні потреби. Таким чином, у вартість медичних послуг входить необхідність обґрунтування витрат, а також можливість окупності інвестицій за рахунок отриманого прибутку. Тому для надання медичних послуг це завжди загально, особливо

коли такі послуги надаються конкретним громадянам без утримання з них плати. [11]

Також пропонується визначення медичних послуг як діяльність надавача послуг для досягнення результатів, корисні властивості яких задовольняють потреби людини у відновленні або підтримці її здоров'я, інакше в ході відповідної діяльності виконавця послуги, не має об'єктивного вираження (матеріальної форми) і не може бути гарантованим виконавцем. [12]

Оскільки, відповідно до законодавства та наукової літератури поруч із терміном «медична послуга» застосовується й інший – «медична допомога», тому важливим є з'ясування їх співвідношення.

Медико-юридичний тлумачний словник пояснює охорону здоров'я та фактично вважає її невід'ємною частиною медичних послуг, а саме надання послуг із запобігання, лікування та контролю захворювань, а також для підтримки фізичного та психічного здоров'я людини.

Інші автори дещо інакше трактують визначення медичної допомоги, зокрема включають зобов'язання держави як суб'єкта охороняти життя і здоров'я людини та забезпечити епідеміологічне благополуччя населення.[18]

Незважаючи на їх відмінності, можна виділити спільні характеристики:

- комплексний характер заходів;
- види професійної діяльності;
- його мета
- попередження захворювань, діагностика та лікування захворювань, відновлення внутрішнього здоров'я, реабілітація хвороби;
- спеціальні теми допомоги.

Таким чином, медичну допомогу можна розглядати як процес, що складається з низки дій спеціалістів у медичній галузі, які мають особливий правовий статус, надання допомоги пацієнтам, життю та здоров'ю яких на

момент надання допомоги щось загрожує, а також дії, що впливають з основних задач, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію захворювань, інфекцій, отруєнь і патологічних станів, та станів пов'язаних з вагітністю та пологами.[21]

Загалом критеріями розмежування понять «медична допомога» та «медичні послуги» є власник надання послуг та механізм фінансування, за допомогою якого вони оплачують надані послуги. Під ст.ч.3. Статтею 49 Конституції України визначено, що державні та комунальні медичні заклади надають медичні послуги безоплатно. Тому медичні послуги зазвичай надають приватні суб'єкти медичної діяльності за плату. За словами Н. Гайдай, ще одним критерієм може бути ситуація, в якій пацієнт потребує медичної допомоги чи послуг. [16]

Однак зазначені критерії розмежування досить умовні. Адже невідкладна допомога, надана у приватній практиці, також може бути визнана медичною. Водночас (tax.gov.ua) критерії отримання пацієнтом медичної допомоги також нечіткі. С. В. Антонов також називав мету (кінцевий результат) критерієм поділу даних. При направленні особи на лікування виплачується всім дій лікувально-профілактичного закладу покращення стану здоров'я особи, результатом якого є прояви захворювання (одужання). Якщо здорова людина просто хоче покращити певні риси своєї зовнішності, результатом медичного втручання будуть естетичні зміни. Тому при наданні медичних послуг можна досягти не тільки лікувального (відновлювального) ефекту, а й додаткового косметичного ефекту. Медична допомога завжди спрямована на досягнення терапевтичного, діагностичного чи профілактичного результату. Автор зазначає, що допомога може надаватись і в рамках медичних послуг, тому медична допомога може бути частиною медичних послуг.

Протилежну точку зору висловила О. Беденко-Зваридчук, яка також у своїх роботах намагалася розмежувати «медичні послуги» та «медичну допомогу». крім того, медичні послуги виконуються як відносини щодо надання медичної допомоги, що регулюється договором про надання медичних послуг. Водночас медичні послуги також є невід'ємною частиною медичного обслуговування. Вона від медичної допомоги, після медичної допомоги є більшою. [22]

Водночас, особливостями медичних послуг є: вони нематеріальні та не підлягають збереженню, їх важко відокремити від джерела, їх якість непостійна та чітко не визначена. Бізнес-форми та споживча атрибутика.

Адже медичні послуги мають економічне значення і набули форми відносин власності, ставши тим самим предметом цивільно-правового регулювання. Принципами цього регламенту є свобода слова та юридична рівність сторінки. У разі надання послуги за плату між пацієнтом і лікарем (медичним закладом) укладається домовленість про виконання певних дій. Виконуючи цей договір, пацієнт задовольняє немайновий інтерес, а лікар (медичний заклад) — майновий інтерес. Якщо провайдером є державна чи громадська установа, пацієнт все одно має ті самі немайнові пільги. Агентство - виконує покладену на нього функцію надання послуг. Однак і в першому, і в другому випадку послуги мають один зміст і результат. Таким чином, національні (муніципальні) установи виконали функцію надання безоплатних послуг, але послуги не перестали бути послугами і не стали медичною допомогою. [23]

Шляхом дослідження поняття медичної послуги можна застосувати як професійну діяльність медичного закладу (організації) або фізичної особи-підприємця, яка займається медичною приватною практикою, відповідно до чинних медичних стандартів, у тому числі проведення спеціальних оздоровчих

заходів у вигляді: Потенційним результатом медичного втручання покращення загального стану людини або функціонування різних органів чи системи та/або досягнення певних естетичних змін зовнішнього вигляду.

Серед характеристик медичних послуг також слід виділити наступні моменти:

1) задоволення потреб особи в медичній допомозі для захисту та зміцнення її здоров'я;

2) невизначеність попиту на медичні послуги, брак у разі погіршення стану здоров'я необхідна та чи інша медична допомога, а споживачі не можуть заздалегідь знати, коли і в якому обсязі потрібні медичні послуги;

3) тривалість лікування. Взагалі кажучи, різноманітні медичні послуги охоплюють все життя людини, і різні типи медичного персоналу беруть участь у послугах протягом різних періодів часу. Важливо враховувати, що в кожному конкретному випадку немає чіткого виявлення про часові рамки, в яких будуть результати, чи необхідні додаткові дослідження, а також проміжок часу також між завершенням і отриманням послуг, де очікуються результати можуть бути тривалими;

4) індивідуальність, непостійність і суб'єктивність оцінки якості. Якість медичної послуги формується приєднанням і узгодженням очікувань послуг і реальних уявлень про споживання, тому оцінка якості послуги досить суб'єктивна. Крім того, важливо отримати, що одна й та сама медична послуга може мати абсолютно протилежний вплив на різних людей;

б) мета завжди виникає в тому, щоб вплинути на здоров'я пацієнта, яке є нематеріальним для його природи, але неминуче спричинити матеріальні зміни в організмі людини;

7) має публічний характер і доступний для всіх осіб, які звернулися за розпискою;

8) не підлягає повній стандартизації, оскільки неможливо заздалегідь передбачити всі фактори (вік пацієнта, хворобливий вік та ін.);

9) держава посилила свої вимоги, особливості вимоги до надавачів (наприклад, надавачі медичних послуг повинні відповідати єдиним кваліфікаційним медичним вимогам, мати ліцензію, бути сертифікованими).  
[24]

Основною ідеєю концептуального розвитку української охорони здоров'я є забезпечення доступності медичної допомоги для різних категорій громадян у рамках програм державних гарантій, що надає медичні послуги, обсяги, види і якість яких відповідають рівню захворюваності і потребам населення країни. Досягнення цілей державної політики СОЗ в осяжній перспективі можливо тільки за допомогою механізму державного регулювання діяльності суб'єктів її інституційної структури [25]

Одним із найбільш дискусійних питань є відмінність між державним регулюванням та державним управлінням. Розуміння сутності «регулювання» стало предметом зіткнення протилежних поглядів науковців. На думку Бобришевої О.В., державне управління системою охорони здоров'я є більш широким поняттям, що включає в себе, в тому числі, і регулювання. В загальному вигляді, державне регулювання полягає в зміні (коригування) параметрів процесу управління в рамках заданих соціально-економічних орієнтирів розвитку вітчизняної охорони здоров'я. Саме державне управління як більш глобальне поняття безпосередньо оперує правилами (регламентами, стандартами), в тому числі і правилами регулювання. Державне регулювання розглядати як окремий випадок державних систем охорони здоров'я, мета якого полягає у підтримці на заданому рівні результатів її діяльності інституційних одиниць. Таким чином, державне регулювання слід розглядати

сукупність заходів і дій, що використовують державу для корекції процесів управління системою охорони здоров'я в умовах модернізації. [26]

Саніахметова Н.О. розглядає державне регулювання - це діяльність держави, спрямована на забезпечення суспільних інтересів шляхом використання засобів впливу на комерційні відносини та поведінку суб'єктів господарювання. При цьому прямий адміністративний метод - це сукупність обов'язкових вимог і розпорядження держави, а непрямий дозволяє державі впливати на економічні інтереси. Адміністративні методи обмежують економічну свободу, але в деяких сферах діяльності, наприклад в охороні здоров'я, вони досить ефективні. [27]

Сучасні дослідники вважають, що під визначенням «державне регулювання» розуміють цілеспрямований вплив держави на об'єкти та процеси шляхом формулювання правил господарювання суб'єктів господарювання для досягнення економічного розвитку або змін у бажаному напрямку.

Отже, державне регулювання – це комплекс організаційно-економічних заходів у сфері суспільних відносин, спрямованих на вдосконалення правил поведінки суб'єктів господарювання та запобігання негативним явищам у державі. [30]

Мезенцева Н.Б. поділяла державне регулювання охорони здоров'я на: «Державне регулювання медичної діяльності», таке розглядала як вплив на державу, спрямовану на забезпечення прав громадян України на охорону здоров'я, що включало встановлення нормативно-правової бази, формування, ефективне використання ресурсів та «Державне регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я» – вплив держави, спрямований на забезпечення медичної діяльності на реалізацію державної політики України у СОЗ. [31]

Плєсовський П. А. у дослідженні вказує, що основними напрямками державного нагляду мають бути: створення загальнодоступних медичних послуг, якісних медичних послуг, розвиненої системи ліцензування медичної діяльності, проведення антимонопольного курсу, захист принципу безоплатності медичного обслуговування. бізнес у сфері охорони здоров'я, а також підтримуючи науку та високі технології, адже поява великих винаходів є великим чинником інновацій у СОЗ. [32]

Як зазначає Горблюк Р. В., у СОЗ вже існує певна система зв'язку (мережа), але вона суттєво і істотно відрізняється від СОЗ кластера. Серед відмінностей дослідник називає такі [34]:

- можливість участі в кластері державних і приватних організацій та установ;
- кластери дозволять вам об'єднати зусилля з конкурентами для співпраці та отримання синергії в той же час;
- на відміну від існуючих мереж, кластер є інноваційною структурою, тобто структурою, яка виробляє інноваційні послуги або продукти;
- кластери сприяють участі суміжних і допоміжних галузей;
- вільний обмін інформацією та швидке поширення інновацій, знань, технологій, ноу-хау та ідей у межах кластеру.

У контексті утвердження конкурентних позицій національної економіки в системі світогосподарських зв'язків в умовах глобалізації та захисту національних інтересів і протистояння загрозам в охороні здоров'я доцільним є дослідження проблем і перспектив формування та розвитку національного кластера охорони здоров'я.

Внутрішнє середовище національного кластера охорони здоров'я складається з ядра, а також обслуговуючих і допоміжних учасників. Ядро кластера складають суб'єкти господарювання – заклади охорони здоров'я, які

створюють пропозицію послуг на вітчизняному та світовому ринках послуг з охорони здоров'я. До медичних установ належать лікарні та спеціалізовані лікувальні заклади, поліклінічні заклади, дитячі лікарні, санаторно-курортні та оздоровчі заклади, будинки дитини тощо.

Обслуговуючими учасниками є: суб'єкти господарювання, що займаються розробкою, а також науково-дослідні установи, організації та підприємства, що займаються розробкою новітніх технологій в охороні здоров'я і навчальні заклади, що займаються підготовкою кадрів для охорони здоров'я.

Допоміжними учасниками національного кластера охорони здоров'я є фінансові установи, що займаються медичним страхуванням споживачів охорони здоров'я і є суб'єктами ринку медичного страхування.

Структурно-логічну схему концепції державного регулювання охорони здоров'я в Україні зображено на рис. 1.1.

Проаналізувавши наведені визначення, бачимо, що переважна більшість науковців перебувають на думці, що державне регулювання сфери охорони здоров'я – це система державних заходів економічного, організаційного, законодавчого, адміністративного та контрольного характеру, які регулюють формування сфери охорони здоров'я за правилом.

Здійснення медичної діяльності спрямоване на контроль за діяльністю комерційних структур. За допомогою цих заходів, перш за все, виконуватиметься функція забезпечення безперервних дій держави щодо підвищення ефективності функціонування економіки.

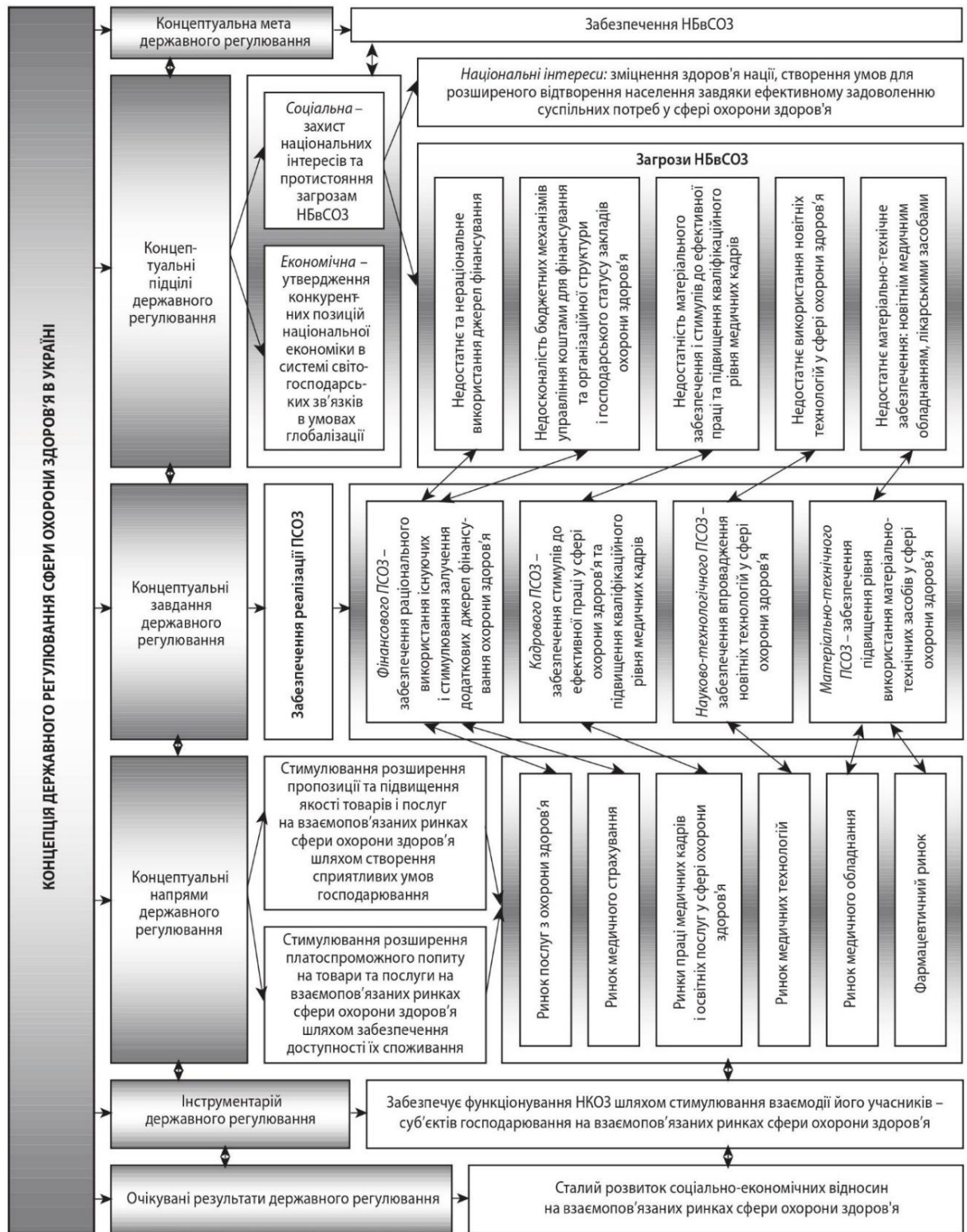


Рисунок 1.1 – Структурно-логічна схема концепції державного регулювання сфери охорони здоров'я в Україні

## **1.2. Аналіз нормативно-правової бази, що врегульовує медичні послуги**

Нормативне забезпечення надання медичних послуг в Україні на сьогоднішній день підлягає міжнародному регулюванню рамковими угодами, так і відповідними нормативно-правовими актами, прийнятими на виконання міжнародних зобов'язань України як перед європейськими інституціями, так і на виконання меморандумів про співпрацю із міжнародними та всесвітніми організаціями.

Доступ до якісних медичних послуг та їх використання є однією з головних проблем, з якими стикається країна, особливо в сільській місцевості та серед соціально та економічно незахищених і вразливих груп. Якщо надання деяких послуг у багатьох сферах покращилося, в умовах кризи ці питання знову стали гостро. У результаті трансформації старої системи охорони здоров'я та процесу децентралізації основна відповідальність за надання соціальних послуг та фінансування була передана місцевим органам влади, але відповідальний потенціал для надання соціальних послуг ще не створено. За результатами національних консультацій щодо цілей сталого розвитку громадян визначили реформу сфери охорони здоров'я одним із трьох національних пріоритетів. [35] Хоча рівень українських державних видатків на охорону здоров'я значно вищий, ніж середньосвітовий показник для країни із подібним рівнем доходу, показники цього сектора значно гірші відповідно з іншими країнами СНД. НІЗ несуть високий ризик інвалідності, раннього виходу на пенсію або смерть та мають соціально-економічні наслідки, такі як підвищення попиту на соціальну допомогу та пільги, тягар, спричинених пропусками школи чи роботи, зниження продуктивності праці та підвищення

плідності кадрів. Втрати через корупцію та застаріли величезні методи. Це доведено про неефективність організації фінансування та надання послуг у системі охорони здоров'я. Відсутність високоякісних даних про населення допомагає на здатність будувати ефективні системи охорони здоров'я, які можуть швидко й адекватно задовольнити потреби населення із неінфекційними та інфекційними захворюваннями, тим самим покращуючи їх здоров'я.

Що стосується охорони здоров'я, Організація Об'єднаних Націй продовжуватиме підтримувати покращення даних про стан здоров'я та розбудову сприятливості національних медичних послуг, включаючи зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування та реабілітації, особливо для особливих потреб і групи високого ризику, сприяти:

- реформувати систему охорони здоров'я з надання децентралізації медичної допомоги;
- збільшити охоплення плановою вакцинацією на всіх рівнях;
- покращення доступу до інформації та пропаганда здорового способу життя;
- збільшення попиту на послуги, особливо серед молоді, та зменшення громадської стигми.

Ще менш ніж 5 років тому нормативно-правова база, що врегульовувала медичні послуги в Україні складалась із зовсім невеликої кількості постанови Кабінету Міністрів України та розпорядження Міністрів України охорони здоров'я України. Така ситуація зовсім не створювала передумов для розвитку економічної складової визначення та прогнозування потреб населення у медичних послугах.

Послугами можна вважати лише малу частину послуг із переліку, які надані державними медичними закладами безкоштовно і не можуть бути

оплачені державою. До них відносяться медичні огляди осіб для отримання посвідчення на право керування транспортним засобом (розділ I, стаття 24 «а»), отримання дозволу на отримання та носіння громадянами зброї, крім військовослужбовців і посадових осіб. обов'язковість носіння зброї (ст. 24, п. «б» глави 24); для громадян, які за запрошенням батьків, які проживають за кордоном, виїжджають за кордон, самостійно звертаються за оздоровленням до закордонних медичних закладів та закладів обслуговування за кордоном, а також подають відповідні документи для службового відрядження, крім державних службовців, які перебувають у службовому відрядженні та перебувають у відрядженні особи, які мають відповідну медичну документацію (глава 1, пункт 24 «г»).

Останнім пунктом постанови КМУ № 1138 визначено, що інші платні послуги, передбачені постановами Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2010 р. № 796 «Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надавати закладам освіти, іншим закладам та установам системи освіти державної та форми громадської власності» передбачає, зокрема, в межах повноважень суб'єктів медичної практики надання ветеринарно-медичних послуг, діагностичних медичних та ветеринарно-санітарних послуг. - санітарних експертиз [37]. Може передбачити в межах бюджету» [38], тобто організації відпочинку громадян у базах відпочинку та установах, що входять до балансу закладу оздоровлення та відпочинку.

З метою розроблення медичних стандартів та протоколів лікування, а також покращання якості медичного обслуговування населення та уніфікації підходів було затверджено наказ від 14.02.2007 № 67 «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій» [40]. Оскільки наказ був затверджений як тимчасовий, зрозумілим є сьогоднішня незадоволеність медичної спільноти якістю

класифікатора та потреба у внесенні змін до нього.

Відповідно до Дорожньої карти та першочергових пріоритетів реалізації Стратегія сталого розвитку «Україна-2020» [41], ціль національної політики СОЗ – фундаментальна системна реформа, спрямована на створення пацієнтоорієнтованої системи, здатної забезпечити медичну допомогу всім громадянам України, розвинути європейським країнам.

Нинішня дисфункція української системи охорони здоров'я зумовлена особливістю її організації та фінансування. Сьогодні в Україні все ще діє командно-адміністративна медична модель, успадкована від Радянського Союзу. Установи охорони здоров'я є бюджетними установами і належать державі або регіональним громадам. Кошториси доходів і видатків цих закладів охорони здоров'я затверджуються тими ж органами влади, які ними володіють, тому органи влади мають стимули діяти в інтересах відповідних установ, а не в інтересах окремих користувачів. Фінансування цих установ базується на суворих постатейних кошторисах на основі застарілих стандартів інфраструктури. Це позбавляє керівників медичних закладів адміністративної гнучкості та не створює стимулів для покращення результатів.

На початковому та середньому етапах реформування основними замовниками національного медичного страхування та медичних послуг залишаються головні розпорядники поточних бюджетних коштів, тобто відповідні ОДВ та ОМС.

Перехід до нових систем закупівель у сфері охорони здоров'я супроводжувався створенням та продовженням вдосконалення сучасних платформ, аналізувати стан здоров'я населення та швидко формувати оптимальний план закупівель та витрат на охорону здоров'я. Гроші працюють найкраще. Система також дає можливість створити «єдиний медичний простір» та запровадити нові системи управління послугами.

Забезпечення можливості прогнозування МОЗ України обсягів видатків на охорону здоров'я щорічно затверджує конкретний перелік послуг та лікарських засобів, які входять в гарантований пакет.

Застрахованими особами, не залежно від будь-яких додаткових критеріїв, є: всі громадяни України, іноземні особи та особи без громадянства, які проживають в Україні, особи, які визнані біженцями, чи члени їхніх сімей, що потребують додаткового захисту.

Застраховані особи можуть користуватися всіма або частково медичними послугами та ліками, які надані національними об'єднаними фондами медичного страхування, у медичних закладах різної форми власності та індивідуальних виробничих і комерційних господарствах, які отримали дозвіл на здійснення господарської діяльності у сфері охорони здоров'я. Практики та договори з охорони здоров'я населення. При цій частині медичної допомоги, яка є частиною необхідного лікування, завжди буде нести держава.

Запропоновані реформи дозволити медичним закладам недержавної форми власності та фізичним особам-підприємцям брати участь у наданні медичних послуг за бюджетні кошти, що позитивно впливає на підвищення якості медичних послуг.

Метод поетапного розподілу витрат «зверху вниз» передбачає проведення економічних розрахунків, результатом яких є розподіл усіх витрат (прямих і непрямих) закладу охорони здоров'я – від адміністративних і допоміжних підрозділів (на основі калькуляції собівартості, допоміжних підрозділів, допоміжних підрозділів, допоміжних та інших витрат). які в кінцевому підсумку визначають середню вартість медичних послуг підрозділу (кількість виписок, кількість ліжко-днів, амбулаторних відвідувань тощо), критерії розподілу, списки та додатки використовуються МОЗ України.

Окрему увагу хотілося б виділити накази МОЗ України від 19.03.2018 р. № 503 та 504 фактично регламентує надання ПМД. Пацієнт або його законний представник і лікар погоджують акт про вибір лікаря, який можна змінити за бажанням або за потреби, просто підписавши акт з іншим лікарем. Виписку можна підписати самостійно під час прийому лікаря або в дистанційному режимі за допомогою електронного підпису (цей механізм перебуває на стадії розробки). Зі свого боку лікар має право відмовитися від подальшого лікування пацієнта (наприклад, якщо він систематично не виконує лікарських приписів) і зобов'язаний повідомити пацієнта протягом 10 календарних днів. Надає невідповідну допомогу під час прийому (в залежності від робочого часу) або при виклику бригади екстреної (швидкої) допомоги.

*Окремі важливі положення Порядку надання ПМД*

Надавач ПМД організовує забезпечення пацієнтів медичними послугами у тому числі — лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями (згідно із затвердженням у Порядку переліком).

Можливі зміни. Пацієнт повинен бути поінформований про: зміну адреси надання ПМД; припинення діяльності надавача; припинення трудових відносин з лікарем; зміну режиму роботи надавача; тимчасову відсутність лікаря; зміни засобів телекомунікації для запису на прийом; призупинення дії Декларації (припинення договору до момента укладення нового). Інформація має бути надана на веб-сайті закладу або безпосередньо в місці надання ПМД, або індивідуальним повідомленням по телефону, номер якого зазначений у декларації, підписаній з пацієнтом.

Інформація про режим роботи і графік має бути розміщена безпосередньо на місці надання ПМД. В Наказі МОЗ від 19.03.2018 р. № 504, в Порядку надання ПМД зазначено, що ПМД надається під час особистого прийому (годин прийому лікаря), безперервно відповідно до режиму роботи надавача ПМД,

визначеного самостійно або за погодженням із власником. Про зміни в режимі роботи надавач повинен повідомити пацієнтів завчасно; про тимчасову відсутність лікаря — не пізніше як за тиждень до відсутності/не пізніше першого дня відсутності. Наприклад, про заплановану відпустку лікаря пацієнтам мають повідомити за тиждень, а в ситуації з незапланованою відсутністю (наприклад лікарняний лист) — з першого дня відсутності. Інформування здійснюється вже зазначеними засобами: в місці надання ПМД, на сайті надавача чи індивідуальним повідомленням пацієнта. [49]

Черговий кабінет може бути влаштований самостійно чи спільно з іншими надавачами ПМД. Його функція — обслуговування пацієнтів поза годинами прийому і надання ПМД у вихідні, святкові та неробочі дні. Режим роботи чергового кабінету визначає надавач ПМД допомоги, враховуючи особливості своїх пацієнтів і системи. Наприклад, у курортних регіонах залежно від сезону графік роботи чергового кабінету може бути подовжено чи скорочено. Подібним чином визначається тривалість роботи чергових кабінетів сільських амбулаторій та будь-якої іншої місцевості у вихідні дні. Усі подібні нюанси мають бути відображені у договорі з НСЗУ. Зокрема щодо доплат лікарям за обслуговування пацієнтів у невідкладних станах, змінного графіку роботи, нічних чергувань тощо. У разі необхідності, коли ситуація виходить за межі посадової інструкції, лікар загальної практики/сімейної медицини повинен викликати бригаду невідкладної допомоги у черговий кабінет.

Перелік медичних послуг Порядком надання ПМД, що міститься в Наказі МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504, визначено окремий перелік з усього комплексу медичних послуг, які оплачуються за рахунок капітаційної ставки. Він складається з 17 пунктів:

- Динамічний моніторинг стану здоров'я населення.

- Проведення діагностики та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруень, патологічних, фізіологічних (у період вагітності) станів.
- Динамічне спостереження пацієнтів для хвороби з хронічними захворюваннями.
- Надати невідкладну медичну допомогу, якщо це сталося під час прийому хворого у лікаря.
- Направляти потребу на вторинну (спеціалізовану) або третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.
- Динамічний моніторинг стану здоров'я населення.
- Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) і Третинна (високоспеціалізована) медична допомога.
- Здійснювати профілактичні заходи.
- Надавати консультативну допомогу.
- Активне спостереження за неускладненим перебігом хвороби.
- Медичне спостереження за здоровими дітьми.
- Надання послуг індивідуальної паліативної допомоги пацієнтам будь-якого віку.
- За медичними показаннями направляйте потреби на паліативну допомогу, крім ПМД.
- Виписування лікарських засобів і виробів медичного призначення, методики медичної реабілітації.
- Ведення основних бухгалтерських документів, видача довідок, листків непрацездатності та направлення на медико-соціальну експертизу та лікарського свідоцтва про смерть.
- Взаємодія із соціальними службами.
- Взаємодія з суб'єктами системи громадського здоров'я.

Лікар має пам'ятати, що всі зазначені послуги мають бути надані абсолютно безкоштовно.

### **1.3. Міжнародний досвід забезпечення населення медичними послугами**

У рамках реалізації реформ охорони здоров'я країни неминуче стикаються з проблемною відповідністю потреба охорони здоров'я та потреба у СОЗ, наявних ресурсів. Жодна країна світу не в змозі надати всі можливості послуг усім своїм громадянам у необмеженій кількості.

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

Нижче наведені приклади досвіду деяких країн забезпечення населення якісними і доступними медичними послугами.

Досвід **Киргизстану** ясно показує, що для досягнення поставлених перед системою фінансування охорони здоров'я цілей важливо ретельно планувати і визначати послідовність впровадження реформ в сфері закупівель послуг. Впровадження реформ тут проходило поетапно, а необхідні операційні можливості з'являлися відповідно з програмою реформ. На першому етапі 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. [51]

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

Третій етап мав на увазі розширення набору гарантованих медичних послуг і 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 поступовий 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 з точки зору впливу на систему надання медичної допомоги, оскільки реформи проводяться в кілька етапів, починаючи з сільських амбулаторних установ і рухаючись в напрямку міських амбулаторних установ і стаціонарів. [52]

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. Очікувано, децентралізована структура об'єднання коштів та закупівлі послуг є неефективною та не сприяє раціоналізації СМП. У 1999 році Казахстан скасував медичне страхування. Як і в Узбекистані, реформи в Казахстані призвели до концентрації бюджетних коштів на регіональному рівні, причому обласні департаменти охорони здоров'я виступали в ролі покупців медичних послуг, використовуючи при цьому нові системи оплати медичних установ. [53]

З початку 1990-х рр. в **Угорщині** пройшов ряд серйозних реформ системи оплати медичної допомоги. Наприклад 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 є джерелом доходу. В результаті значно зросла ефективність діяльності стаціонарів, а також скоротилися регіональні диспропорції в розподілі ресурсів. [54]

Урок Угорщини виникає в тому, що запровадження системи оплати за користування не призвело до скорочення надлишкових потужностей чи будь-якої серйозної реструктуризації стаціонарного сектора (рис. 1.2), але це, безумовно, сприяло розвитку власного стаціонарного лікування сектора. План реорганізації та його реалізації. Реструктуризація стаціонарного сектора Угорщини стала можливою за допомогою політичної волі, спрямованої на зменшення надлишкових потужностей. Водночас система оплати госпіталізації

сприяла збору і накопичення інформації (і, в деякій мірі, стимули) для руху лікарняної інфраструктури в потрібному напрямку.



Рисунок 1.2 – Реструктуризація і зменшення кількості стаціонарних ліжок в Угорщині (квітень 2007 р.)

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. [55]

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 укласти договір з будь-яким ліцензованим постачальником медичних послуг на надання 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 в 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. В 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 в Республіці Молдова), неучасть в них представників лікарень, а також роль Болгарської медичної асоціації в прийнятті законів про медичне страхування - все це створює перешкоди для вдосконалення системи закупівель.

Досвід **Литви** показує, що необхідною умовою підвищення ефективності системи надання 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 надання медичної допомоги. [56]

### **Висновки до розділу 1**

1. Поняття «медичні послуги» з'явилося в українському законодавстві ще на початку 1990-х років, але до цього часу в момент прийняття рішень чинного законодавства це поняття вживається значно рідше, ніж поняття «медичні послуги». допомогти".

Державне регулювання сфери охорони здоров'я - це система державних заходів економічного, організаційного, законодавчого, виконавчого та контрольного характеру, що встановлює правила здійснення медичної діяльності та призначена для контролю за діяльністю суб'єктів господарювання. За допомогою цих заходів виконуються, перш за все, функції забезпечення безперервної дії держави для підвищення ефективного функціонування економіки.

2. Ще менш ніж 5 років тому нормативно-правова база, що врегульовувала медичні послуги в Україні складалась із зовсім невеликої кількості постанов КМУ та наказів МОЗ України.

Така ситуація зовсім не створювала передумов для розвитку економічної складової визначення та прогнозування потреб населення у медичних послугах. Однак із прийняттям Законом України «Про державне фінансове забезпечення

народної медичної служби» створено уповноважений орган – Держагентство. здоров'я України, яка стає основним виконавцем з боку держави в області моделювання потреби населення у медичних послугах. Забезпечуючи цільове та ефективне використання коштів Згідно з Medicare, Національна служба охорони здоров'я професійної схеми виконує роль замовника національних медичних послуг, здійснює оплату надавачам (закладам охорони здоров'я) ціни на медичні послуги, що надаються пацієнтам за програмою Medicare та на лікарські засоби за договорами на медичне обслуговування мешканців.

3. Реформи в сфері закупівель медичних послуг є важливим інструментом, що сприяє проведенню реструктуризації системи надання охорони здоров'я та вирішення проблеми надлишкових потужностей. Міжнародний досвід показує, що якщо реформи системи закупівель послуг проводяться в рамках комплексних реформ фінансування охорони здоров'я (а особливо, якщо вони проводяться разом з реформами об'єднання коштів, спрямованими на зниження фрагментації), вони можуть створити необхідні стимули і механізми для переходу до використання більш економічно ефективних послуг, а отже, до реструктуризації надлишкових потужностей.

## **РОЗДІЛ 2**

### **СТАН ТА ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯКІСНИМИ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ**

#### **2.1. Сучасні аспекти реформування охорони здоров'я**

У 2018 році в Україні розпочалася медична реформа, метою якої є зміна методу фінансування медичної системи та зміщення акценту зі спеціалізованої допомоги на первинну.

Цілями реформи фінансування охорони здоров'я є створення та запровадження нових моделей фінансування, забезпечення чіткості та прозорості розміру державних гарантій на безоплатну медичну допомогу, забезпечення кращого фінансового захисту громадян під час хвороби, ефективний та справедливий розподіл державних коштів, зменшити медичні витрати. Створити стимули для підвищення якості медичної допомоги населенню державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

Реформування системи медицини та охорони здоров'я починається з лікувально-оздоровчого сектору, який також є найважливішим підрозділом національної СОЗ. У 2019 році до реформи почнуть долучатися профільні медичні заклади. Водночас НСЗУ активно розробляє план медичної безпеки до 2020 року. У рамках впровадження реформ системи охорони здоров'я країни досягаються з неминучою проблемою інтеграції потреб охорони здоров'я та потреб у медичних послугах з наявними ресурсами. Жодна країна світу не пропонує всім можливим послуг. У ситуаціях обмежених ресурсів важливо використовувати методи та процедури для встановлення переваг, забезпечення ефективності та застосування механізмів раціоналізації, де це необхідно для досягнення оптимальних результатів. У цьому процесі враховуються

стандарти ефективності, справедливості та соціального консенсусу. Розробити план медичного страхування є одним із інструментів встановлення пріоритетів, що визначає права та обов'язки пацієнтів на отримання медичних послуг, які фінансуються з державних ресурсів. На основі стратегічних напрямків та пріоритетних захворювань/станів встановлених МОЗ України, розробку «Схема медичного забезпечення» реалізується НСЗУ як уповноваженим органом відповідно до Закону України «Про державні фінанси [37]

Закон «Про державні фінансові гарантії забезпечення медичних послуг» був прийнятий парламентом 19 жовтня 2017 року. Він вводить до українського законодавства поняття програми медичних гарантій (ПМГ) та визначає її як обсяг медичні послуги та ліки надаються населенню та оплачуються за рахунок державного бюджету за єдиною ставкою. Відповідно до Закону, необхідний рівень медичних послуг, пов'язаних із наданням невідкладної, первинної, вторинної, третинної, реабілітаційної та паліативної допомоги, буде включено до пакета медичної допомоги, яка надаватиметься пацієнтам безоплатно, її вартість буде відшкодована надавачам відповідних послуг. При цьому, визначення пріоритетів не буде означати, що пацієнти матимуть доступ виключно до пріоритетних послуг. Медична допомога, як і раніше, буде включати всі види, проте механізм пріоритезації буде застосований для зосередження ресурсів на результативних та науково-обґрунтованих послугах та лікарських засобах, які є найбільш необхідними пацієнтам для максимально корисного використання публічних коштів.

Перша програма медичних гарантій планується бути затвердженою Верховною Радою України в межах затвердження державного бюджету на 2020 рік. Одночасно з впровадженням ПМГ в Україні перестане функціонувати медична субвенція місцевим бюджетам. Кошти, що раніше розподілялися між

територіями у вигляді медичної субвенції, будуть акумульовані на національному рівні та будуть оперуватися через НСЗУ.

Впровадження ПМГ в Україні сприятиме досягненню наступних цілей:

1. Покращення стану здоров'я населення України шляхом забезпечення доступу до основних послуг та лікарських засобів та зосередження ресурсів на пріоритетних завданнях системи;

2. Зменшити частоту катастрофічних витрат на медичні послуги та лікарські засоби шляхом підвищення ефективності використання коштів в системі та визначення пріоритетності послуг, що спричиняють катастрофічні витрати;

3. Збільшення рівності доступу до державних ресурсів на охорону здоров'я шляхом більш справедливого підходу до фінансування медичних послуг та ліків, а також орієнтування на людей з більшими потребами (наприклад, люди з хронічними захворюваннями) в медичному обслуговуванні;

4. Покращення прозорості системи, забезпечення розуміння пацієнтами зобов'язань національні правила надання безкоштовних послуг та встановлення прозорого процесу визначення виконання плану охорони здоров'я.

5. Зосередьте ресурси на ефективних і наукових послугах для найбільш ефективного використання державних коштів.

Історично дискусії про державні гарантії проходили під значним впливом так званого «технократичного» підходу, який стверджував, що перелік гарантійних послуг має розроблятися на основі їх економічної ефективності та економічної доцільності. На практиці цього підходу недостатньо для такого складного завдання, як розробка ПМГ: економічних аргументів недостатньо для забезпечення легітимності та соціального консенсусу. Такі країни як Данія, Нідерланди, Нова Зеландія, Норвегія, Швеція,

Об'єднане Королівство визначили перелік критеріїв для вибору пріоритетів у своєму законодавстві. Україна піде схожим шляхом та зафіксує критерії пріоритезації для розробки ПМГ. Перелік цих критеріїв був визначений на основі аналізу міжнародних рекомендацій [57]:

### ***Критерій 1. Потреба в медичній допомозі***

Можливість врятувати життя, запобігти або лікувати захворювання, покращити якість життя через доступ до медичних послуг. 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 тягаря 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%) [58].

Україна має найвищий у світі рівень смертності у віковій групі 15-60 років, причому більшість смертей у цій віковій групі класифікуються як такі, яких можна уникнути або запобігти за допомогою відповідного лікування чи профілактики. Найбільша кількість смертей, зареєстрованих в Україні, трапляються через хвороби системи кровообігу (рис. 2.1): 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 у 2016 році були спричинені онкологічними захворюваннями [59].

### ***Критерій 2. Економічна ефективність медичних послуг***

Економічна ефективність є показником порівняти витрати та ефективність різних заходів для запобігання, діагностики та лікування захворювання/стану. Послуги вважаються більш економічно ефективними, якщо кращі результати забезпечуються використанням цього ресурсу. Якщо є альтернативи, альтернативно надаватиметься послугам з більшою економічною вигодою.



Рисунок 2.1 – Причини смертей в Україні у 2016 році

### *Аналіз ситуації*

Україна характеризується непропорційно великою перевагою стаціонарної допомоги, яка є більш обтяжливою з фінансової точки зору, але з іншого боку, вона дає виключно високу пріоритетність забезпечення розвитку дешевої та ефективнішої первинної та амбулаторної спеціалізованої допомоги. недостатньо. Догляд за досягненням високих показників здоров'я.

З позиції економічної ефективності послуг, перевага має надаватися первинній допомозі і 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 з коштів державного бюджету в межах ПМГ.

Середня тривалість госпіталізації в 2016 році склала 11,7 днів, в той час як в країнах Європейського регіону ВООЗ цей показник дорівнює 7 дням. Середній час перебування в лікарні пацієнтів із діабетом – був 12,2 днів, середня тривалість госпіталізації при гіпертонічній хворобі становила 10,1 днів; при цьому, за міжнародними стандартами такі стани рекомендовано лікувати на рівні первинної медичної допомоги (рис. 2.2).

Ситуація з надмірною госпіталізацією, часто не обґрунтованою, призводить до того, що забезпеченість лікарняними ліжками в Україні значно перевищує забезпеченість в країнах Європейського союзу. 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).

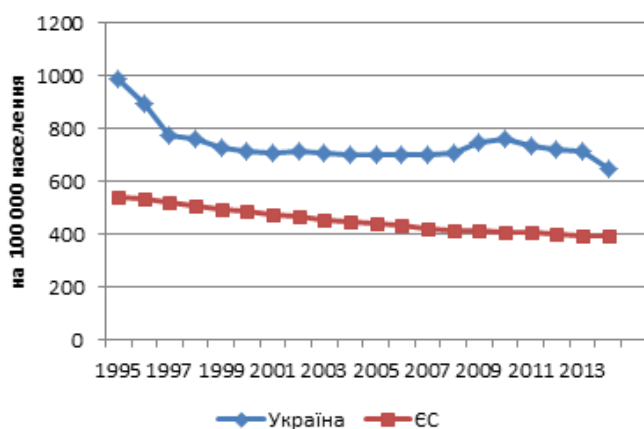


Рисунок 2.2 – Лікарняні ліжка на 100 000 населення

Однак при наявності великої кількості лікарняних ліжок, пацієнти, які потребують екстреної стаціонарної допомоги та 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 екстрена (moz.gov.ua) медична допомога (nszu.gov.ua) недоступна. Наприклад, серед постраждалих (травми, аварії, насильницькі дії) ситуація є трагічною. У 2012 році 76% смерті від зовнішніх причин в Україні відбувається поза лікарнями, і, на жаль, станом на 2016 рік цей показник збільшився до 80,7% [60]. Цей показник є значно вищим, ніж в країнах Європейського союзу.

Порівняно з високою захворюваністю на ішемічну хворобу серця в Україні, рівень госпіталізації з приводу гострого інфаркту міокарда в 2016 році (otcemd.ks.ua) становив лише 1,3 на 1000 осіб, що було значно нижче, ніж в європейських країнах (наприклад, у 2017 році). показникено в Польщі, Хорватії, (moz.gov.ua) В Угорщині він у півтора рази вищий, у Німеччині, Швеції та Литві – більш ніж удвічі. Сьогодні в Україні 90,1% смертей хворих на ішемічну хворобу серця відбувається поза лікарнями, лише 9,9% виявлених випадків помирають у лікарнях. [63].

Такі показники свідчать про те, що в Україні функція взаємодії екстреної допомоги спеціалізованого стаціонарного сектору не виконується: 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.

Населення має високий рівень самолікування (приблизно 50%) і низький рівень утримання галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (включно з

медичними працівниками), що знизило до низького споживання високоякісних, заснованих на доказах показників. 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 катастрофічних витрат та витрат, що призводять до збідніння***

Катастрофічні витрати та витрати, що призводять до збідніння – це витрати, які можуть призвести до значних витрат домогосподарств, боргів, втрати активів. Особливо це стосується надання допомоги у невідкладних станах, коли у пацієнта немає можливості чекати або заощадити на медичне обслуговування. Це також можуть бути послуги з лікування хронічних захворювань, які 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 послуг медицини незважаючи на економічний статус, і підвищує справедливість системи.

Розповсюдженість катастрофічних платежів напряду пов'язана з обсягом витрат пацієнтів в охороні здоров'я. За рекомендаціями ВООЗ, обсяг витрат пацієнтів не має перевищувати 15% загальних витрат на охорону здоров'я 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 [58]. 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 [58].

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 пріоритетованим.

#### ***Критерій 4. Результативність***

Результативність визначається як наявність доказів, що медичні послуги або медикаменти дійсно запобігають, діагностують, лікують захворювання/стани. До ПМГ мають бути включені тільки ті медичні послуги та медикаменти, які є дійсно результативними.

#### *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***

Забезпечити рівні можливостей для всіх громадян, незалежних від того, проживають вони в сільській чи міській місцевості, незалежно від їх віку, соціального чи економічного статусу та **закріплення вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я**.

#### *Аналіз ситуації*

Протягом 2017 року у 98% домогосподарств хто-небудь з їх учасники потребують медичної допомоги, придбання медикаментів та виробів медичного призначення, але лише 79% осіб зверталися за медичною допомогою [58].

Серед домогосподарств, у будь-який учасник, який протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та препаратів медичного призначення, 30% повідомили, що зустрітися неможливо свої потреби. Порівняно з 2016 р. цей показник збільшився у 1,3 рази [58].

Переважаюча державних домогосподарств зазначає, що вартість показників, товарів медичного призначення та медичних послуг є занадто високою, що є основною причиною доступу до певних видів медичних послуг. У 39% домогосподарств, члени яких не отримують медичної допомоги за потребами (11% усіх домогосподарств), пацієнти не мають доступу до медичної допомоги (сільське населення 43% для схожих сімей). У 74% таких респондентів пояснили це високою вартістю послуг, 17% – відсутність у медичних працівників необхідної кваліфікації (третина – у сільській місцевості), а 9% респондентів пояснили це надто довгим обслуговуванням чергою [58].

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 [58].

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

Кожна система охорони здоров'я працює в умовах обмеженості бюджету. Ця ситуація зумовлена як загальними бюджетними обмеженнями багатьох країн, так і загальним явищем, коли доходи держави зростають повільніше, ніж зростають потреби системи охорони здоров'я. Заключним критерієм для пріоритизації в ПМГ є необхідність враховувати фіскальні обмеження при виборі пріоритетів.

*Аналіз ситуації*

Витрати на здоров'я складають значну частину загальних державних витрат в Україні: у 2015 році 11% всіх державних витрат були спрямовані на здоров'я (рис. 2.3.). Проте, частка витрат на охорону здоров'я в державному бюджеті зменшувалася починаючи з 2003 року, в той час як у країнах ЄС вона постійно збільшується - витрати на охорону здоров'я як відсоток від загальних державних витрат в країнах ЄС в середньому складала 15,3% у 2014 році. [61]

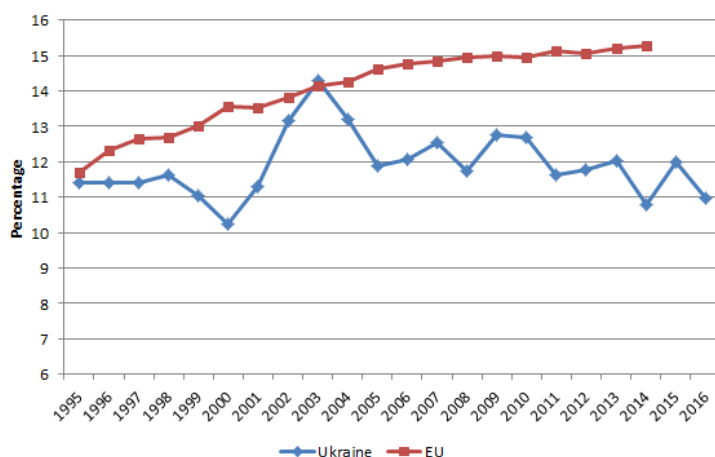


Рисунок 2.3 – Державні витрати на охорону здоров'я у відсотках від загальних державних витрат

Загальні витрати на охорону здоров'я в Україні (пацієнти та разом країна) еквівалентні середнім показникам багатьох європейських країн. Однак, на користь інших країн, більше половини всього бюджету системи охорони здоров'я оплачують пацієнтів зі своєю кишені. Приватні витрати домогосподарств, як джерела загальних витрат системи охорони здоров'я, у 2014 році в Україні досягли 46,8% в порівнянні з поступовим їх зниженням у ЄС до 16,7% (рис. 2.4.). У 2016 році цей показник перевищив половину всіх витрат на СОЗ України. [62]

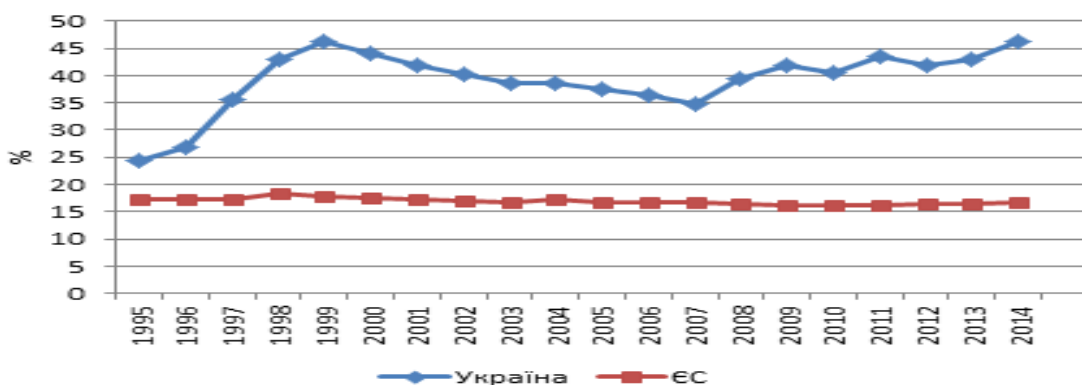


Рисунок 2.4 – Приватні витрати домогосподарств на медичні послуги

Розподіл коштів між видами медичної допомоги у 2015 році був таким: 64.8% всіх коштів держави на СОЗ було витрачено на стаціонарну допомогу, 20% - на первинну та амбулаторну медичну допомогу [62].

## **2.2. Аналіз підходів визначення потреб населення у медичних послугах**

В програмі медичних гарантій наголос повинен бути зроблений на первинну медичну допомогу та стаціонарозаміщуючі підходи та технології, це має стати першим стратегічним напрямком для розробки програми медичних гарантій на 2020 рік.

Другим стратегічним напрямком має стати екстрена медична допомога та госпітальна допомога пацієнтам в ургентних станах, що це допоможе зміцнити здатність країни зберегти життя та надати іншу невідкладну допомогу будь-якому громадянину в надзвичайній ситуації, яка забезпечить життя чи здоров'я.

Третім стратегічним напрямком є статистичне забезпечення постачання препаратів для лікування ключових захворювань шляхом розширення системи відшкодування вартості номерів за програмою «Доступні ліки» (реїмбурсації).

Нарешті, четвертим стратегічним напрямком має стати акушерсько-гінекологічна допомога при вагітності, пологах та в перинатальному періоді. Зменшення материнської та дитячої смертності визначене в Національній доповіді «Цілі Сталого Розвитку: Україна» одним із пріоритетних напрямків для України досягає цілей сталого розвитку, схвалених на самій ООН сталого розвитку у 2015 році.

Аналіз з урахуванням демографічних (епідеміологічних) показників та показників тяжкості захворювань (економічне та соціальне виявлення наслідків і проблем, викликаних захворюваннями), рівня клінічної користі, впливу на здоров'я населення, нормативних вимог на основі галузевих стандартів, національних планів, встановлених соціальних безпеки, наявність міжнародних та українських клінічних рекомендацій, особливості надання різноманітних медичних послуг громадянам та етичні аспекти, для розвитку ПМГ, Україною було визначено наступні альтернативні захворювання/стани.

Серед основних неінфекційних захворювань чи/або станів виділені та представлені у табл. 2.1. найбільш розповсюджені.

Таблиця 2.1 – Найбільш розповсюджені неінфекційні захворювання в Україні

№ з/п	Напрямок	Обґрунтування
<i>Для дорослого населення</i>		
1.	<b>Серцево-судинні захворювання (ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром, інсульт, артеріальна гіпертензія)</b>	Серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності населення України. Гострий коронарний синдром та інсульт є основними причинами інвалідизації дорослого населення. Надання медичної допомоги при цих станах пов'язане із катастрофічними фінансовими витратами пацієнтів. Артеріальна гіпертензія є основною причиною інсульту та найбільш поширеним захворюванням для населення України. Існують докази того, що належне ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги підвищує якість життя пацієнтів, запобігає виникненню гострих та інвалідизуючих станів, зверненням за госпіталізацією та екстреною медичною допомогою.
2.	<b>Цукровий діабет 2 типу</b>	Цукровий діабет 2 типу є одним із найбільш поширених хронічних захворювань населення України (8% населення з не значною перевагою у жінок). Існують докази того, що належне ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги підвищує якість життя пацієнтів, запобігає виникненню гострих та інвалідизуючих станів, зверненням за госпіталізацією та екстреною медичною допомогою.

3.	<b>Бронхіальна астма</b>	Бронхіальна астма є одним із чинників виникнення хронічного обструктивного захворювання легень. Існують докази того, що належне ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги підвищує якість життя пацієнтів, запобігає виникненню гострих та інвалідизуючих станів, зверненням за госпіталізацією та екстреною медичною допомогою.
4.	<b>Онкологічні захворювання (злоякісні новоутворення)</b>	Онкологічні захворювання є другою за значимістю причиною смертності дорослого населення в Україні. Надання медичної допомоги при цих станах часто пов'язане із катастрофічними фінансовими витратами пацієнтів. Особлива увага в межах програми медичних гарантій має бути надана ранній діагностиці та лікуванню на початкових стадіях із застосуванням стаціонарозамісних технологій
<i>Для дитячого населення</i>		
1. 2.	<b>Передчасні пологи новонароджених Онкологічні захворювання крові у дітей</b>	Передчасні пологи новонароджених визначені головним пріоритетним станом для вікової категорії до 5 років Експертним комітетом з відбору і використання основних лікарських засобів при розробці Переліку пріоритетних захворювань в Україні (2018 р.)

## Висновки до розділу 2

1. У 2018 році в Україні стартувала медична реформа, яка має на меті змінити підходить до фінансування системи охорони здоров'я та зсунути увагу зі спеціалізованої медичної допомоги на первинну допомогу.

2. Серед інфекційних та соціально-небезпечних захворювань:

Пріоритетом №1 має стати вакцинація, адже це економічно найефективніший метод зниження захворюваності і смертності, пов'язаних з керованими інфекційними захворюваннями [63]. Загалом, за даними ЮНІСЕФ, довіра українців до щеплень зростає (84% опитаних батьків заявили, що роблять щеплення своєчасно або намагаються вакцинувати своїх дітей, порівняно з 2014 роком – 63% до 2018 року), але поки що рівень вакцинації в

Україні все ще нижчий за 95%, рекомендовано це робити щоб інфекції не поширювалися.

Другий пріоритет – управління епідемією туберкульозу та контроль за ВІЛ та інфекціями, що передаються через кров (гепатити В і С) з максимальним залученням інструментарію первинної ланки медичної допомоги чи/або амбулаторного лікування.

## РОЗДІЛ 3

### МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЯКІСНИМИ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ

#### **3.1. Прогнозування потреби як ефективний механізм розподілу бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я**

Що стосується охорони здоров'я, правильна інформація має вирішальне значення для виробництва належного догляду, продуктів і послуг для тих, хто цього потребує.

Збереження корисних даних може допомогти покращити якість лікування, яке підтримує пацієнтів. За словами Бауера [1], лідери повинні проводити обширні дослідження, щоб перейти від простих передбачень до прогнозних цілей. Армстронг [2] Поміт, що для прогнозування здоров'я потрібні достовірні дані, інформація та відповідні аналітичні інструменти для прогнозування конкретних станів здоров'я чи ситуацій. Soiri та Raidpath [3] почати «майбутні події, засновані на прогнозах, отриманих через систематичні процеси або інтуїцію» як ключовий елемент процесу планування та реалізації.

У прийнятті рішень процес прогнозування можна розглядати як джерело, де зібрані дані можуть збільшити або перешкодити виживанню організації. В охороні здоров'я використання правильної інформації має вирішальне значення. Оскільки існує багато методів прогнозування, керівники закладів охорони здоров'я повинні повністю обдумати, який метод надасть їм найкращу інформацію та правильні вказівки для успішного впровадження цієї інформації. [5]. У своїй першій заповіді Тетлок і Гарднер [9] рекомендують шукати відповіді на важливі питання; намагання принести найбільшу

винагороду, тому непередбачуване стає передбачуваним. Чим більше буде виявлено, тим точнішими будуть прогнози.

Сфера охорони здоров'я — це цільність, яка постійно розвивається і щодня швидко змінюється завдяки технологіям. Зростання та розширення медичних послуг для задоволення попиту створює як можливості, так і загрози. Універсального підходу до прогнозування здоров'я не існує, тому для прогнозування популяцій або конкретних станів здоров'я часто використовуються різні методи. Правильні інструменти прогнозування ви пропускаєте ціною для прогнозування майбутніх подій або ситуацій у сфері охорони здоров'я, таких як запит на медичні послуги та запит на медичне обслуговування.

Старк, Молдер і Швейкерт класифікують це як причинний вплив, після чого він продовжує довгострокове прогнозування та встановлення цілей. Менеджери охорони здоров'я щодня приймають важливі рішення на основі суб'єктивного досвіду та суджень, включаючи вимоги планування, організаційний перерозподіл та розподіл коштів і ресурсів для задоволення потреб у послугах. Це рішення в поєднанні з комбінацією категорій Старка, Молда та Швейкерта, щоб допомогти лідерам прийняти найкращі рішення. Сьома заповідь Тетлока і Гарднера рекомендує не будьте надто впевнені в даних, які можуть виправити помилки, але знайдіть правильний баланс між обережністю та рішучістю, щоб уникнути помилок і передбачити помилки.

Прогнозування слід розглядати як мистецтво, а не як науку передбачення майбутніх подій. Якщо потребує змін, існує кращий підхід, який найкраще працюватиме для кожної організації в кожній конкретній ситуації. Те, що працює для однієї установи, може бути катастрофічним для іншої. [4] Прогнози можуть бути ідеальними. Реальність така, що на прогноз часто впливають зовнішні фактори, які неможливо передбачити або контролювати.

[4] Наприклад, статистичні методи часто не дають результатів, оскільки недостатнє використання історичних даних може призвести до вибору суб'єктивності, упередженості та неповторності у використанні інформації. [11] Тетлок і Гарднер припускають, що мета-лідера потерпає в тому, щоб диференціювати стільки сумнівів, які дозволяють проблему. відповідно до цієї заповіді, зусилля лідерів щодо розуміння інформації можуть бути не такими багатими чи навіть корисними.

Маркрідакіс стверджував, що відсутність даних для побудови логічної ситуації неможлива кореляцію між усіма ініціативами, такими як зміна способу життя, щоб кинути палити, покращити дієту, зменшити споживання алкоголю та збільшити фізичні вправи. Валлам і Вайнер стверджують, що прогнозування має як переваги, так і недоліки. протидія на інноваційні стратегії покращення догляду за пацієнтами, такі підводні камені, як підвищення нерівності у стані здоров'я, є неефективними пропагувані винаходи, відсутність прозорості і короткозорість також існують. Дослідники підсумовують, що боротьба за висновки та максимізація переваг вимагають привернення уваги від розробників методів та політиків.

Вінсент С. відпрацьовується над розробкою сертифікованого управління навколишнім середовищем для лікарень та амбулаторних відділень гемодіалізу. Його завдання полягало у визначеному ступені впровадження системи управління навколишнім середовищем у відділенні лікарень та амбулаторного гемодіалізу в національній системі охорони здоров'я Іспанії з призначенням створення набору довідкових центрів для управління навколишнім середовищем у цій діяльності охорони здоров'я [3]. Микола і Близнаков вивчали управління госпітальними технологіями в клінічній інженерії [4]. Вони відзначають, що медичні пристрої сьогодні є майже в усіх процесах надання медичної допомоги, а функції та складність проблем, які

можуть виникнути в результаті їх використання, дуже різноманітні. Ахаялімуддін і Осман працюють над «Управлінням катастрофами: знання, ставлення та практика сестринського та медичного персоналу екстреної допомоги в лікарнях на східному узбережжі Малайзії» [5]. Лів вивчав конкурентні стратегії для успішного управління національними університетськими лікарнями в Південній Кореї [6]. Його дослідження допомагають керівництву та персоналу приймати рішення шляхом аналізу фінансових звітів лікарень Національного університету. Zepeda, Nyaga, Young досліджують інвентаризацію лікарень та управління ризиками ланцюга поставок, а також вплив системної приналежності [7]. Вони вивчають вплив горизонтальних міжорганізаційних механізмів на витрати на запаси в лікарнях, які стикаються з двома критичними умовами навколишнього середовища, а також інфраструктурою логістичного обслуговування, в якій розташована лікарня, і невизначеністю клінічного питання, що спостерігається в лікарні. Сабапаті та Бхардваджували спробували встановити цілі для нанесення травм рук [8].

Відділення невідкладної допомоги (ЕД) стало основним пунктом входу для відвідування сучасних лікарень, що призводить до частоті переповненості. Як результат, адміністратори лікарень все більше зосереджуються на відділеннях невідкладної допомоги, щоб забезпечити кращий огляд для пацієнтів. Одним із ключових елементів ефективної стратегії управління є прогнозування попиту. У цьому випадку прогнозування потоку допоможе особам, які приймають рішення, оптимізувати людські ресурси (лікарі, медсестри тощо) і матеріальні ресурси (ліжка, бокси тощо). Основною метою цього дослідження є прогноз щоденної відвідуваності відділення невідповідної допомоги.

Досліджено та емпірично оцінено прогнозування попиту та планування

замовлень гуманітарної логістики [12]. Гуманітарні організації найбільш відомі своєю короткостроковою екстреною допомогою. Хоча надання допомоги тим, хто її потребує, може бути складним, довгострокові проекти не можуть планувати попит за допомогою технології прогнозування. Вони стверджують, що низка внутрішніх і зовнішніх факторів впливає на прогнози та плани виконання замовлень, хоча й опосередковано через коливання попиту та прапорці безпеки. Баал і Вонг провели прогнози витрат на охорону здоров'я на макрорівні, використовуючи показник до смерті та низку інших показників витрат. [13]. Проведено прогнозування потреби та планування замовлення гуманітарної логістики [12].

Вивчення управління витратами з використанням методів програмного обчислення. Основним призначенням є прогнозування валового внутрішнього продукту (ВВП) на основі кількох факторів витрат на охорону здоров'я [16]. Младенович та ін. Аналізуйте та керуйте витратами на охорону здоров'я та зростання валового внутрішнього продукту (ВВП) за допомогою адаптивних методів нейрофазі. У варіанті розвинених країн світу витрати на охорону здоров'я продовжують суттєво зростати як в абсолютних величинах, так і відносно національного доходу [17]. Основна мета дослідження – проаналізувати вплив витрат на охорону здоров'я на економічне зростання Зепеда та ін. досліджували управління ризиками ланцюга постачання та інвентаризацію в лікарнях. У цьому дослідженні вони досліджували вплив сторони міжорганізаційної діяльності на витрати на інвентаризацію в лікарнях, які стикаються з двома ключовими умовами навколишнього середовища: інфраструктурою логістичного обслуговування, в якому розташована лікарня, та невизначеністю лікарні. Управління запасами в лікарняних аптеках вивчали за допомогою стохастичного прогнозного контролю [18]. Одним із окремих питань у відділах лікарняної фармації є управління запасами. Sabarathy і

Bhardwaj вивчали проблеми лікування травм рук на основі досвіду лікарні Ganga [8] та ін. Лікування нозокоміального інфаркту міокарда: клінічна характеристика, питання ведення та результати [19]. Кох працював над управлінням булінгом на робочому місці в лікарні та переглядав використання когнітивних вправ як альтернативної стратегії боротьби [20].

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

Пунктом 3 розділу IV Прикінцеві та перехідні положення Закону № 2168-VIII передбачено що з 2018 по 2019 рік держава поступово поширює реалізацію медичного забезпечення жителів за планом медичного забезпечення на інші види медичних послуг, зокрема шляхом впровадження пілотних проектів, таких як суміжні види медичних послуг та особисте здоров'я. Заклади догляду, населені пункти чи райони.

Важливо, щоб у перехідний період з 2018 по 2019 роки Національна служба здоров'я використовувала найкращі сучасні світові практики та доказову базу для розробки, тестування та оцінки. різні механізми укладання договорів та оплати послуг з охорони здоров'я населення.

Аналіз результатів опитування лікарів первинної ланки та допомоги встановив, що для остаточної діагностики необхідно чітко надавати найнеобхідніші діагностичні послуги за направленням сімейних лікарів, а пацієнти повинні мати право вибору медичного звернення незалежно від місця їх проживання. Пацієнти потребували платити зі своєї кишені за найнеобхідніші діагностичні послуги, тому часто не мають часу стояти в лікарні до лікарів для надання професійної медичної допомоги.

Враховуючи вищезазначені дані аналізу послуг та успішне впровадження нового механізму фінансування надання медичних послуг 2018 року відповідно до «Порядку надання гарантованих державних медичних послуг». Населення, що перебуває на первинній медико-санітарній схемі медичної допомоги 2018 р. затверджено № 407. Станом на грудень 2018 року 22,4 млн українців подали декларації щодо вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, 623 лікарні та лікарні-ФОП мали договори з НСЗУ, з них 85 приватних закладів, 789 закладів охорони здоров'я пройшли процеси автономізації і наразі 200 закладів проходять процеси автономізації.

Статтею 3 розділу 4 передбачено, що у 2018-2019 роках державне медичне страхування населення буде поступово запроваджуватися й на інших видах медичних послуг. Відповідно до плану медичного страхування надаються відповідні види медичних послуг в окремих закладах охорони здоров'я.

Вищезазначене МОЗ за результатами консультацій із закладами первинної медичної допомоги та пацієнтами приймало рішення про впровадження пілоту національної медичної безпеки для жителів за базовим планом медичної безпеки. Гарантовані амбулаторно-поліклінічні вторинні (професійні) медичні послуг

Заплановано запуск вищезазначеного пілотного проекту та пілотування певної позиції пріоритетних перелік послуг спеціаліста в амбулаторно-поліклінічних закладах.

Апробація нового механізму оплати, передбаченого проектом постанови, дозволяє оцінити позитивні та негативні відгуки медичних закладів та вплив на шкоду.

Проект постанови допоможе розробити найкращу схему дизайну охорони здоров'я в рамках найбільшої реформи фінансування охорони

здоров'я в Україні за часи незалежності, яка має розпочатися у 2020 році. Наразі «Заходи щодо реалізації Пілотної програми державної державної медичної безпеки для вторинних (спеціальних) амбулаторно-поліклінічних лікарів (далі – Пілот)» та методи використання бюджетних коштів базуються на плані 2308050, передбаченому Державним бюджетом України на 2019 рік «Згідно з Планом вторинної ( спеціалізованої) поліклініки (далі – пілотний)» Професійний) План медичного забезпечення охорони здоров'я ([www.apteka.ua](http://www.apteka.ua)) Реалізація Національного пілотного проекту «Безпека громадського здоров'я» Проект» знаходиться на погодженні у центральних органах виконавчої влади.

Результати аналізу даних щодо втрат, необхідних для лікування одних і тих же випадків різними ЗОЗ, а також стосовно кількості та структури пролікованих випадків показують, що фінансування за медичною субвенцією відповідно до кошторисів:

- абсолютно не враховує кількість пацієнтів, яким надана медична допомога кожним закладом;
- нозологія лікування в стаціонарі, тоді як лікування в усьому світі амбулаторно, що причини неефективного використання лікарняних ліжок
- призводити до недофінансування медичних закладів які надають велику кількість медичних послуг;
- сприяє неефективному витрачання бюджетних коштів на утримання закладів, що не надають необхідного обсягу послуг на ті кошти, що отримують.

Для оцінки ефективності лікування випадків у стаціонарі за даними про кількість та структуру пролікованих випадків закладами охорони здоров'я у Полтавській області за 2017-2018 роки, наданими учасниками пілотного проекту, та аналізу можливості уникнення неефективних госпіталізацій використовувався відповідний звіт Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Для моделювання структури коригувальних коефіцієнтів, які застосовуються до пролікованих випадків за діагностично-спорідненими групами використовувались рекомендації Світового банку щодо розробки та імплементації системи оплати медичних послуг.

Проектом постанови пропонується затвердити Порядок реалізації пілотного проекту із запровадження національної медичної допомоги населенню за схемою вторинної (професійної) медичної допомоги у Полтавській області (далі – пілотний проект), який визначає умови проведення пілотного проекту, комунальні заклади на базі яких реалізується пілотний проект, застосовні тарифи та коригувальні коефіцієнти, а також порядок використання коштів за відповідною програмою.

Строк реалізації проекту з 1 квітня 2019 року по 31 грудня 2019 року.

Договір про медичне обслуговування буде укладатись з учасниками пілотного проекту в електронній формі, але за межами електронної системи здоров'я (далі – система) у зв'язку із перебуванням у стадії розробки відповідного функціоналу для договорів із закупівлі послуг спеціалізованої допомоги.

У рамках пілотного проекту НСЗУ оплачуватиме амбулаторно-поліклінічне обслуговування, в тому числі денний стаціонар, за світовими тарифами на обслуговування послуг. Ставка розраховується індивідуально для кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням історичних даних щодо діяльності конкретного закладу охорони здоров'я за попередні роки та обсягу фінансування медичної субвенції.

Для забезпечення вартості стаціонарних медичних послуг пропонується з'єднання тарифів у вигляді глобальних ставок і ставок за пролікований випадок. Такий підхід дозволить зробити перехід на нову систему фінансування більш м'яким та уникнути значного недо- або перефінансування.

Перша стаціонарна медична допомога фінансуватиметься поррахунково запроваджує в Україні систему діагностично-споріднених груп (ДСГ), яка широко застосовується у більшості розвинутих країн світу для оплати стаціонарної медичної допомоги.

Ця система передбачає об'єднання клінічні випадки мають схожі (пов'язані з діагнозом) клінічні умови та інтенсивність використання діагностичних та лікувальних ресурсів за подібними умовами стаціонару, групують та розраховують вагові коефіцієнти кожної групи групи DRG (з огляду на складність). характеристики клінічних захворювань та статус коефіцієнта коригування інтенсивності ресурсів діагностики та лікування в рамках DRG середньої загальної вартості діагностики та лікування клінічного захворювання в лікарні).

Таким чином, вартість одного вилікуваного випадку в рамках DSH визначається як базова ставка, помножена на добуток вагового коефіцієнта DSH та інших коригувальних коефіцієнтів (коефіцієнт рівня лікарні, коефіцієнт збалансованості бюджету) та відповідно оплачуватись НСЗУ.

Базовий розмір ставки за пролікований випадок буде складати 1 623,00 гривень. Вагові коефіцієнти ДСГ будуть дорівнювати від 0.263 до 6,117 в залежності від тяжкості випадків та ресурсів лікування захворювань відповідних ДСГ (трудових витрат, лікарських засові та медичних виробів, обладнання).

Проект постанови передбачає, що НСЗУ буде здійснювати оплату послуг вторинної (спеціалізованої) допомоги договорами про медичне обслуговування населення на підставі звітів, що подаватимуть надавачі послуг електронній формі. Також надавачі надаватимуть НСЗУ інформацію про витрати, які вони здійснюють на медичне обслуговування населення.

Проектом розміщення пропонується також затвердити порядок

використання бюджетних коштів на реалізацію пілотного проекту державної охорони здоров'я за вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою населенню в Полтавській області» передбачено Державним бюджетом України на 2019 рік.

### **Висновки до розділу 3**

НСЗУ в рамках пілотного проекту оплачуватиме амбулаторно поліклінічну допомогу, в тому числі денний стаціонар, за загальносвітовими тарифами на обслуговування послуг. Ставка розраховується індивідуально для кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням історичних даних щодо діяльності конкретного закладу охорони здоров'я за попередні роки та обсягу фінансування медичної субвенції.

Для забезпечення вартості стаціонарних медичних послуг пропонується з'єднання тарифів у вигляді глобальних ставок і ставок за пролікований випадок. Такий підхід дозволить зробити перехід на нову систему фінансування більш м'яким та уникнути значного недо- або перефінансування надавачів медичних послуг.

Подальшим напрямом досліджень є розроблення єдиного медико-інформаційного простору, в основу якого покладено розглянуті механізми та враховані всі висвітлені зауваження. Єдиний медико-інформаційний простір має забезпечити достатність медико-статистичних даних для управління охороною здоров'я, задоволення інформаційних потреб про стан та ресурси охорони здоров'я, згідно з вимогами ВООЗ та умовами приєднання до когорти країн з розвиненими медичними інформаційними технологіями.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі пропонуються теоретичні узагальнення та вирішення практичних наукових завдань, у тому числі науково-теоретичне обґрунтування напрямків удосконалення процесу прогнозування попиту на медичні послуги населенню України.

Результати, отримані в процесі дослідження, свідчать про реалізацію поставлених цілей і рішення поставлених завдань, є основою для формування загальних висновків, програм і пропозицій, що мають теоретичне і практичне значення. Розкрито теоретичні основи державного регулювання у сфері забезпечення доступу населення до якісних медичних послуг, зокрема:

- Поняття «медичні послуги» з'явилося в законодавстві України ще на початку 1990-х років, але до цього часу в проектах проектів чинного законодавства це поняття вживається значно рідше, ніж поняття «медична допомога».

- Державне регулювання охорони здоров'я - це система державних заходів економічного, організаційного, законодавчого, виконавчого та контрольного характеру, що встановлює правила здійснення медичної та спрямованої на контроль за суб'єктами господарської діяльності. За допомогою цих заходів виконуються, перш за все, функції забезпечення безперервної дії держави для підвищення ефективного функціонування економіки.

В результаті проведеного аналізу законодавчої та нормативно-правової бази, що регламентує прогнозування потреб населення в медичних послугах в Україні встановлено, що ще менш ніж 5 років тому нормативно-правова база, що врегульовувала медичні послуги в Україні складалась із зовсім невеликої кількості Постанови Кабінету Міністрів України та накази МОЗ України Така ситуація зовсім не створювала передумов для розвитку економічної складової

визначення та прогнозування населення на медичні послуги. Протест із прийняттям Закону України «Про державні фінансові гарантії охорони здоров'я населення» було створено Уповноважений орган - Національну службу здоров'я України, яка стає основним виконавцем з боку держави в області моделювання потреби населення у медичних послугах. Забезпечуючи цільове та ефективне використання коштів НСЗУ виконує роль національного закупівельника медичних послуг та здійснює оплату надавачам (закладам охорони здоров'я) ціни на медичні послуги (в тому числі виробу медичного призначення), що надаються пацієнтам за програмою Medicare та на лікарські засоби за договорами на медичне обслуговування мешканців.

В результаті опрацювання міжнародного досвіду регулювання процесів прогнозування потреб населення в медицині в Україні ми дійшли висновку, що реформи в сфері закупівель медичних послуг є важливим інструментом, що сприяє проведенню реструктуризації системи надання допомоги вирішення проблеми надлишкових потужностей. Міжнародний досвід показує, що якщо реформи системи закупівель послуг проводяться в рамках комплексних реформ фінансування охорони здоров'я особливо, якщо вони проводяться разом з реформами об'єднання коштів, спрямованими на зниження фрагментації), вони можуть створити необхідні стимули і механізми для переходу до використання більш економічно ефективних послуг, а отже, до реструктуризації надлишкових потужностей.

4. Проведений аналіз сучасних аспектів реформування охорони здоров'я та підходів визначення потреб населення показав, що у 2018 році в Україні стартувала медична реформа, яка має на меті змінити підходить до фінансування та зсунути увагу зі спеціалізованої медичної допомоги на первинну допомогу.

Цілі реформи фінансування охорони здоров'я полягають у створенні та

запровадженні нових моделей фінансування, забезпеченні чітких і прозорих сум державних гарантій для безкоштовної медичної допомоги, забезпеченні громадян кращим фінансовим захистом у разі їх хвороби, а також ефективному та справедливому розподілі державних коштів для зменшення неформальних стимулів для створення для підвищення якості. Медичне обслуговування населення державними та комунальними закладами охорони здоров'я.

Прогнозування охорони здоров'я відіграє важливу роль у здатності організації планувати та впроваджувати стратегії, розроблені для задоволення потреб у стані здоров'я, що швидко змінюється. Майже кожне рішення, яке приймає лідер, залежить від точності зібраної інформації. Якість цієї інформації може допомогти лідерам передбачити майбутні виклики та підготуватися до них, ефективно рухаючись до успіху.

Керівникам радимо розуміти, що прогнозування не є точною наукою і результати не є ідеальними. Лідери повинні розвивати здатність «поєднувати досвід і добре розуміння з технічними знаннями», щоб забезпечити точність. Основна мета полягає в тому, щоб зробити прогнози, які є достатньо точними, щоб дозволити медичним працівникам залишатися попереду. Результати проведеного дослідження дають нам право запропонувати науково-обґрунтовані напрями удосконалення сфери прогнозування потреб населення в Україні:

- В рамках пілотного проекту НСЗУ буде оплачувати медичні послуги з амбулаторно-поліклінічної допомоги (включаючи послуги денного стаціонару) тарифікуються у вигляді загальнообов'язкових тарифів на обслуговування послуг. Ставка розраховується індивідуально для кожного закладу охорони здоров'я з урахуванням історичних даних щодо діяльності конкретного закладу охорони здоров'я за попередні роки та обсягу фінансування медичної субвенції.

- Для оплати стаціонарних медичних послуг рекомендовано з'єднання

тарифів у вигляді глобальних та повипадкових ставок. Такий підхід дозволить зробити перехід на нову систему фінансування більш м'яким та уникнути значного недо- або перефінансування надавачів медичних послуг.

- Одним із пріоритетів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору для забезпечення ефективних управлінських рішень на всіх рівнях. Це дозволяє медичним установам налагодити ефективний облік діяльності організації, використовувати сучасний менеджмент, періодично отримувати інформацію про передові результати в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про інформацію (все життя), акумулювати медичну допомогу на всіх рівнях надання медичної допомоги. для досягнення кращих терапевтичних результатів. Зараз інформатизація системи медицини та охорони здоров'я України перебуває в стані хаосу: відсутні галузеві стандарти та ліцензії на програмне забезпечення, єдині вимоги до зберігання та формату інформації, уніфіковані форми статистичної звітності, неможливо забезпечити комплексність. і послідовність системного процесу інформатизації в сучасній галузі.

Подальшим напрямом досліджень є розроблення єдиного медико-інформаційного простору, в основу якого покладено розглянуті механізми та враховані всі висвітлені зауваження. Єдиний медико-інформаційний простір має забезпечити достатність медико-статистичних даних для управління охороною здоров'я, задоволення інформаційних потреб про ресурси охорони здоров'я, згідно з вимогами ВООЗ та умовами приєднання до когорти країн з розвиненими медичними інформаційними технологіями.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).
2. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ([lib.pnu.edu.ua](http://lib.pnu.edu.ua)) <http://zakon.rada.gov.ua>.
3. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, ([dspace.wunu.edu.ua](http://dspace.wunu.edu.ua)) схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 ([eprints.kname.edu.ua](http://eprints.kname.edu.ua)) р. № 1013-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: ([ir.polissiauniver.edu.ua](http://ir.polissiauniver.edu.ua)) <http://zakon.rada.gov.ua>.
4. Шомникова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. - Наукові праці НДФІ ([kbuara.kh.ua](http://kbuara.kh.ua)) - 2 (47) – 2009 – с. 131 – 135.
5. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).
6. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в ([dspace.wunu.edu.ua](http://dspace.wunu.edu.ua)) Україні на сучасному етапі ([ir.polissiauniver.edu.ua](http://ir.polissiauniver.edu.ua)) // Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна. 2015. – С. 231-239.
7. Антонов С.В. Правова регламентація надання медичних послуг / С. В. Антонов. Журнал: Управління закладом охорони здоров'я. – К., 2007. – С.18 – 22.
8. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 51 народного депутата України щодо відповідності Конституції України ([dspace.onua.edu.ua](http://dspace.onua.edu.ua)) (конституційності) положень статей 24, 58, 59, 60, 93, ([library.nlu.edu.ua](http://library.nlu.edu.ua)) 1901 Кримінального кодексу України від 25 грудня 1998

року № 1-29/98 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-98>. (dspace.onua.edu.ua)

9. Закон України від (dspace.onua.edu.ua) 06.04.2017 № (kor.gov.ua) 2002-VIII (dsum.edu.ua) «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань (www.apteka.ua) діяльності закладів охорони здоров'я». (dspace.wunu.edu.ua) — Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua>.

10. Прасов О.О. Право на медичну допомогу та його зміст / О. О. Прасов // Сучасне українське медичне право: [монографія]. — [за заг. ред. С. Г. Стеценка]. — К.: Атіка, 2010. — С. 74.

11. Шевчук С.С. Правовое регулирование возмездного оказания медицинских услуг: реалии и перспективы / С. С. Шевчук. — Ставрополь: Сев-Кав. ГТУ; Ставрополь сервис школа, 2001. — 232 с.

12. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / О. В. Чехун // Часопис Київського університету права. (dspace.onua.edu.ua) — (www.socd.univ.kiev.ua) 2010. — № 2. — С. 214.

13. Угода про надання медичної допомоги громадянам держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав// (www.culonline.com.ua) Електронний ресурс: режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997\\_027](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_027).

14. Медико-правовий тлумачний словник / За ред. І.Я. Сенюти. — Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2010. (lib.udau.edu.ua) — 540 с., с. 259.

15. Дейкун Н.П. Наукове обґрунтування деяких напрямків розвитку медичної допомоги на сучасному етапі розвитку соціально-економічних реформ /Н.П. Дейкун//Лік. справа./Врачеб. Дело. — 1999.-№6. — с. 131-134, с. 132.

16. Гайдай Н. Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг / Н. Гайдай // Юридичний журнал. — 2010. — № 10. — С. 55–58.

17. Михайлов, Сергій Васильович. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичних послуг (kul.kiev.ua) : автореф. дис ... канд. юрид. наук: 12.00.03 / Сергій Васильович Михайлов . – Харків : Б.в., 2010 . – 17 с., с. 12.

18. Право на здоров'я як особисте немайнове право фізичних осіб (irbis-nbuv.gov.ua) / Стефанчук Р.О., Зелінський А.М. // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. – 2003. – № (mydisser.com) 2. – С. 40-45.// Електронний ресурс: Режим доступу: (www.iepd.kiev.ua) [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap\\_2003\\_2\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2003_2_8)., с. 44.

19. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я (add.coolreferat.com) / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с., с. 236-237.

20. Крилова Олена Вікторівна. Цивільно-правове регулювання відносин по наданню медичної допомоги: (idpnan.org.ua) дис... канд. юрид. наук: 12.00.03 (mydisser.com) / Одеська національна юридична академія. (www.iepd.kiev.ua) — О., 2006, с. 38.

21. Мостовенко О. С. Співвідношення понять "медична (idpnan.org.ua) допомога" та "медична послуга" у контексті реалізації конституційних прав громадян (irbis-nbuv.gov.ua) / О.С. Мостовенко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право. - 2017. - Вип. 44(1). - С. 59-62. - Режим доступу: (mydisser.com) [http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvuzhpr\\_2017\\_44%281%29\\_\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvuzhpr_2017_44%281%29__16).

22. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми (idpnan.org.ua) [Текст] : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук (mydisser.com) : 12.00.03 / БулецаСібілла Богданівна ; Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.». – Одеса, 2016. – С. 26.

23. Венедіктова І.В. Правова природа медичних послуг / І. В. Венедіктова // Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України. (dspace.onua.edu.ua) – 2014. – (www.iepd.kiev.ua) № 5. – С. 44–48.
24. Берназ-Лукавецька О.М. Медичні послуги та медична допомога: порівняльно-правовий аналіз (dspace.onua.edu.ua) / О. М. Берназ-Лукавецька О.М., Подсядло Р.П. // Часопис цивілістики. – 2017. – Вип. 24. – С. 57-61.
25. Краснова О. І. Теоретичні підходи до визначення сутності державного регулювання (dspace.oneu.edu.ua) сфери охорони здоров'я (idpnan.org.ua) / О. І. Краснова // Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 8. – С. 58-62. – Режим доступу: (mydisser.com) [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd\\_2016\\_8\\_14](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ipd_2016_8_14).
26. Бобришева О. В. Удосконалення державного регулювання регіональної системи охорони здоров'я / О. В. Бобришева // Економічний простір. - 2014. - (www.iepd.kiev.ua) № 83. - С. 35-45. - Режим доступу: (mydisser.com) [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros\\_2014\\_83\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecpros_2014_83_6).
27. Саниахметова Н.О. Господарське право / Н.О. Саниахметова. — Х.: Одісей, 2005. — 608 с.
28. Державне регулювання економіки та економічна політика [Текст]: навч. посіб. / [Г.С. Третяк, К.М. Бліщук]. — Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. — 128 (www.dnu.dp.ua) с.
29. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України (dspace.wunu.edu.ua) / [наук. ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін.]. (www.pag-journal.iei.od.ua) — К.: НАДУ, 2011. — С. 153.
30. Державне управління та державна служба: словник-довідник / [уклад. О.Ю. Оболенський]. — К.: КНЕУ, (dspace.wunu.edu.ua) 2005. — 480 (mydisser.com) с.
31. Мезенцева Н. Б. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генезис і тенденції розвитку (www.law.journalsofznu.zp.ua) / Н. Б. Мезенцева,

Л.О. Буравльов, Я.Ф. Радиш // Держава та регіони. — 2007. — № 4. — С. 142—146.

32. Плесовский П.А. Роль государства в регулировании рынка медицинских услуг / П.А. Плесовский // Вестник Научно-исследовательского центра корпоративного права, управления и венчурного инвестирования. — Сыктывкар (irbis-nbuu.gov.ua). (irbis-nbuu.gov.ua) — 2008. — (www.iepd.kiev.ua) №1. — С. 80—92.

33. Бережна Ю. В. Концепція державного регулювання сфери охорони здоров'я (idpnan.org.ua) в Україні / Ю. В. Бережна // Бізнес Інформ. - 2014. (www.iepd.kiev.ua) - № 11. - С. 166-170. - Режим доступу: (mydisser.com) [http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf\\_2014\\_11\\_29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/binf_2014_11_29).

34. Горблюк Р. В. Формування та підтримка розвитку регіональних кластерів (periodicals.karazin.ua) у (docplayer.net) системі охорони здоров'я (conf.ztu.edu.ua) : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук (mydisser.com) / Р. В. Горблюк. – Львів, 2011. – 20 (periodicals.karazin.ua) с.

35. Рамкова програма партнерства між урядом України та Організацією Об'єднаних Націй на 2018–2022 роки. (ukraine.un.org) Режим доступу: <http://www.un.org.ua/images/UNPF-document-ukr.pdf>.

36. Постанова Кабінету Міністрів України від (www.iepd.kiev.ua) 17 вересня 1996 р. № 1138 (visnikkau.webnode.com.ua) «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-%D0%BF>.

37. Постанова Кабінету Міністрів України (mydisser.com) від (www.iepd.kiev.ua) 17 вересня 1996 (conf.ztu.edu.ua) р. № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися закладами освіти, іншими установами та закладами системи освіти, що належать до

державної і комунальної форми власності». (eppd13.cz) – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-2010-%D0%BF>.

38. Постанова (www.iepd.kiev.ua) Кабінету Міністрів України від 28 (mydisser.com) липня 2003 р. № 1180 «Про затвердження переліку платних послуг, які можуть надаватися (eppd13.cz) бюджетними науковими установами». (ihed.org.ua) – Режим доступу: (mydisser.com) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1180-2003-%D0%BF>.

39. Наказ Міністерства праці та соціальної політики України (search.ligazakon.ua) і Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2007 року № 28/26, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України (search.ligazakon.ua) 14 лютого 2007 р. за № 129/13396 «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 (search.ligazakon.ua)». (search.ligazakon.ua) – Режим доступу: (mydisser.com) <https://ips.ligazakon.net/document/view/RE13396?an=394>.

40. Наказ МОЗ України від 14.02.2007 № 67 «Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій (uk.wikipedia.org)». (uk.wikipedia.org) – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0067282-07>.

41. Указ Президента України «Про Стратегію сталого розвитку (dsum.edu.ua) «Україна – 2020». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.

42. Закон України № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». (eztuir.ztu.edu.ua) – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/T172168?an=1>.

43. Постанова Кабінету Міністрів України від (www.iepd.kiev.ua) 27.12.2017 № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування». – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#n97>.

44. Постанова Кабінету Міністрів України від (www.iepd.kiev.ua) 27.12.2017 № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» (eztuir.ztu.edu.ua). (eztuir.ztu.edu.ua) – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>.

45. Постанова (www.iepd.kiev.ua) Кабінету Міністрів України від 28 (mydisser.com) березня (virtuni.education.zp.ua) 2018 р. № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» (essuir.sumdu.edu.ua). (essuir.sumdu.edu.ua) – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/KP180391?an=1>.

46. Постанова Кабінету Міністрів України (mydisser.com) від (www.iepd.kiev.ua) 19 березня 2014 р. № 121 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають або тимчасово перебувають на території України, (add.coolreferat.com) 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 (idrnan.org.ua) лікарських засобів, наданих іноземцям та особам без громадянства, (virtuni.education.zp.ua) які тимчасово проживають або перебувають (ir.stu.cn.ua) на території України» (add.coolreferat.com).

(add.coolreferat.com) – Режим доступу: (mydisser.com)  
<https://ips.ligazakon.net/document/view/KP140121?an=1>.

47. Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 503 «Про затвердження Порядку (virtuni.education.zp.ua) вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та (idpnan.org.ua) форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». – Режим доступу: (mydisser.com)  
[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).

48. Наказ МОЗ від 19.03.2018 р. № 504 (repository.tdmu.edu.ua) «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». (decentralization.gov.ua) – Режим доступу: (mydisser.com)  
<https://ips.ligazakon.net/document/view/RE31800?an=1>.

49. <https://www.umj.com.ua/article/130089/finansuvannya-za-novim-printsipom-ta-medichne-obslugovuvannya-naselennya-roz-yasnennya-fahivtsiv>.

50. [http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_vprovadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf).

51. Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Mid-term review report: Manas Taalimi Health Sector Strategy. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. (www.euro.who.int) 2008.

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

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

54. Evetovits T. The experience with DRGs in Hungary. In: World Bank Workshop on Health Financing and Purchasing, Ljubljana, 21 May 2007. WHO (www.euro.who.int) Regional Office for Europe and Semmelweis University. (www.euro.who.int)

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

56. 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*, (www.iepd.kiev.ua) (www.euro.who.int) 2004. 5(3):259–262.

57. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. (openknowledge.worldbank.org) – Режим доступу: (mydisser.com) [https://www.who.int/choice/documents/making\\_fair\\_choices/en/](https://www.who.int/choice/documents/making_fair_choices/en/).

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

59. Загальнонаціональне дослідження «Індекс Здоров'я. Україна». – Режим доступу: <http://health-index.com.ua/>.

60. Державний комітет статистики України. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

61. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (nuph.edu.ua). (nuph.edu.ua) – Режим доступу: <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main>.

62. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. – Режим доступу: (www.iepd.kiev.ua) [http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa\\_medicnih\\_garantij\\_v\\_provadzenna\\_v\\_ukraini.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_v_provadzenna_v_ukraini.pdf).

63. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я (2015–2020 рр.). – Режим доступу: (mydisser.com) <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.

64. Bauer, J. C. (2015). As Health Care Changes, Don't Predict – Forecast. *Hospitals & Health Networks Magazine*. Retrieved from <https://www.hhnmag.com/articles/3720-as-health-care-changes-dont-predict-forecast>. (www.beckershospitalreview.com)

65. Armstrong, J. S. (2001). Standards and Practices for Forecasting. *Principles of Forecasting: A Handbook for Researchers and Practitioners*, 1-46. Retrieved from <http://forecastingprinciples.com/files/standardshort.pdf>.

66. Soyiri, I. N., & Reidpath, D. D. (2013). An Overview of Health Forecasting. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 18(1): 1-9. doi: 10.1007/s1299-012-0294-6.

67. Kasapoglu, O.A. (2016). Selection of the Forecasting Model in Health Care. Retrieved from <http://hospital-medical-management.imedpub.com/selection-of-the-forecasting-model-in-health-care.php?aid=17612>.

68. Gilliland, M. (2011). Value Added Analysis: Business forecasting effectiveness. Should accuracy be an organization's biggest concern? *Analytics-Magazine*. Retrieved from <http://analytics-magazine.org/value-added-analysis-business-forecasting-effectiveness/>.

69. Conway, M., & Voros, J. (2002). Implementing Organizational Foresight: A Case Study in Learning from the Future, pp. (doi.org) 1-15. Retrieved from <https://static1.squarespace.com/static/580c492820099e7e75b9c3b4/t/59b12e709f8dce2f6a64d76c>.

70. Stark, D., Mould, D., & Schweikert, A. (2008). 5 steps to creating a forecast. *Healthcare Financial Management*; Apr 2008; 62, 4; ProQuest Central. pp. 100-105.

71. Sekhri, N., Chisholm, R., Longhi, A., Evans, P., Rilling, M., Wilson, E. & Madrid, Y. (2006). Principles for Forecasting Demand for Global Health

(ekmair.ukma.edu.ua) Products. Retrieved from [https://www.cgdev.org/doc/ghprn/Demand\\_Forecasting\\_Principles%2CSept-06.pdf](https://www.cgdev.org/doc/ghprn/Demand_Forecasting_Principles%2CSept-06.pdf).

72. Tetlock, P. and Gardner, D. (2015). Ten Commandments for Aspiring Superforecasters, an excerpt from their book, Superforecasting: The art and science of predicting. New York, NY: Crown Publishers.

73. Masum, H., Ranck, J., & Singer, P.A. (2010). Five promising methods for health foresight. Foresight. VOL. 12, NO. 1, pp. 54-66. Emerald Group.

74. Makridakis, S. (1987). Metaforecasting: Ways of Improving Forecasting Accuracy and Usefulness. (ekmair.ukma.edu.ua)

**ДОДАТОК А**  
**СХЕМА ПОКРОКОВОГО РОЗПОДІЛУ ВИТРАТ «ЗВЕРХУ ДОНИЗУ»**

