

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

**«ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В
УКРАЇНІ»**

Дозахищений
Л.Б. Ларіна
07.12.2023

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

Науковий керівник
к.пед.н., доцент, доцент кафедри публічної політики Ларіна Наталія Борисівна

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

ГОРЯЧЕВ Андрій Геннадійович


(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

Горячев А.Г. Державне регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях 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 роботи: досліджено нормативно-правові засади надання медичної допомоги населенню при серцево-судинних захворюваннях; досліджено, здійснено аналіз організаційного забезпечення системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях, розкрито особливості надання кардіологічної і кардіохірургічної допомоги населенню. визначено шляхи удосконалення державного регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях.

Ключові слова: державне регулювання, охорона здоров'я, спеціалізована медична допомога, якість медичної допомоги, профілактика серцево-судинних захворювань, лікарське самоврядування.

Goryachev A.G. State regulation of the system of providing medical care for cardiovascular diseases in Ukraine - Qualifying master's thesis on manuscript rights.

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

Contents of the instructions: the regulatory and legal principles of providing medical assistance to the population with cardiovascular diseases were investigated; the organizational support of the system of providing medical care for cardiovascular diseases was investigated, the analysis was carried out, the peculiarities of providing cardiology and cardiosurgical care to the population were revealed. ways of improving the state regulation of the system of providing medical care for cardiovascular diseases are determined.

Key words: state regulation, health care, specialized medical care, quality of medical care, prevention of cardiovascular diseases, medical self-administration.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	6
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ.....	11
1.1. Серцево-судинні захворювання як медико-соціальна проблема суспільства	11
1.2. Понятійно-категоріальний апарат дослідження державного регулювання системи охорони здоров'я населення	16
Висновки до першого розділу	22
РОЗДІЛ 2 СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ.....	24
2.1. Нормативно-правові засади надання медичної допомоги населенню при серцево-судинних захворюваннях.....	24
2.2. Організаційне забезпечення системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях.....	29
2.3. Стандартизація як механізм державного регулювання надання медичної допомоги.....	42
Висновки до другого розділу	46
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ.....	48
3.1. Реалізація права на доступну якісну медичну допомогу: зарубіжний досвід для України	48

	5
3.2. Міжгалузевий підхід щодо розвитку системи профілактики серцево-судинних захворювань в Україні	55
3.3. Сприяння розвитку професійного лікарського самоврядування	61
Висновки до третього розділу	70
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВМД	–	вторинна (спеціалізована) медична допомога
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ	–	Верховна Рада України
ДПП	–	державно-приватне партнерство
ЄС	–	Європейський Союз
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
ПМД	–	первинна медична допомога
СОЗ	–	система охорони здоров'я
ССЗ	–	серцево-судинних захворювання
ТМД	–	третинна (високоспеціалізована) медична допомога

ВСТУП

Актуальність теми. Збереження і зміцнення здоров'я населення є пріоритетним завданням влади усіх країн, оскільки від стану здоров'я залежить якість життя і реалізація життєвої програми кожної людини та благополуччя і добробут суспільства в цілому [95]. Серед числених викликів та загроз для здоров'я населення особливе місце посідають хронічні неінфекційні захворювання, насамперед, серцево-судинні захворювання, які роблять значний внесок у глобальний тягар хвороб [26; 96].

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з найважливіших проблем здоров'я населення України. Широка розповсюдженість, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок ставлять їх профілактику та лікування в один ряд із найбільш актуальними медико-соціальними проблемами [13]. ССЗ становлять 31 % від всіх захворювань серед населення України, серед дорослого населення у віці від 18 років – 37 %, серед працездатного населення – 24 %, серед населення у віці старше працездатного – 51 %. ССЗ також є основною причиною смерті серед населення України і складають 67% в структурі загальної смертності [75, с. 92].

Тому одним із першочергових завдань органів влади в сфері охорони здоров'я є забезпечення ефективного надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях і формування науково обґрунтованої стратегії щодо зниження захворюваності та поширеності цих соціально значущих хвороб. Адже високі показники первинної інвалідизації, спричинені ССЗ, а також смертності хворих працездатного віку, зменшення тривалості життя негативно впливають на рівень національної безпеки держави [31].

Стан і ступінь розробки проблеми в спеціальній літературі. Про важливість наукових досліджень щодо різних аспектів проблеми становлення та розвитку державної політики у сфері охорони здоров'я свідчать праці українських фахівців: М. Білинської [15], З. Гладуна [11], З. Надюка [40], Я. Радиша [20] та ін. Різні аспекти механізмів державного регулювання

надання медичної допомоги досліджували У. Безкоровайна [3], Л. Бондарева [4], Б. Дарчин [14], В. Карлаш [29], О. Клименко [30].

Науковці О. Аліфер [2], В. Клименюк [31], З. Лашкул [35], Д. Мороз [39], Н. Теренда [85], М. Хорош [89] займалися проблемами організації кардіологічної і кардіохірургічної допомоги населенню, профілактики серцево-судинних захворювань, проте питання державного регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях в Україні потребують додаткових досліджень.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування шляхів удосконалення механізмів державного регулювання у сфері надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях в Україні.

Для досягнення зазначеної мети було поставлено такі завдання:

- проаналізувати наукові джерела за темою дослідження;
- дослідити нормативно-правові засади надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях;
- розглянути організаційне забезпечення системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях;
- розкрити особливості надання кардіологічної і кардіохірургічної допомоги;
- сформулювати напрями удосконалення державного регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що складаються у процесі надання медичної допомоги в Україні.

Предмет дослідження – державне регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях в Україні.

Методи дослідження. Для досягнення мети і реалізації завдань у процесі дослідження використано комплекс взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів, спрямованих на отримання об'єктивних і достовірних результатів: метод історичного і логічного аналізу літературних джерел для вивчення рівня розробленості

проблеми у науковій літературі; метод аналізу та синтезу – для оцінки сучасного стану надання медичної допомоги населенню; метод узагальнення застосували для формулювання висновків, рекомендацій та пропозицій щодо обґрунтування шляхів удосконалення державного регулювання у сфері надання медичної допомоги населенню України.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у теоретичному обґрунтуванні шляхів удосконалення механізмів державного регулювання у сфері надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях в Україні.

До найважливіших результатів досліджень, що містять наукові новинки, відносяться:

– *вперше* досліджені нормативно-правові засади надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях; розглянути організаційне забезпечення системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях;

– *удосконалено:* особливості надання кардіологічної і кардіохірургічної допомоги;

- знайшли подальший розвиток: аналіз джерельної бази дослідження за темою магістерської роботи; напрями удосконалення державного регулювання системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях.

Практичне значення одержаних результатів. Результати магістерської роботи можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, при розробці публічної політики у сфері охорони здоров'я, у процесі підготовки програмних документів щодо удосконалення публічного управління охороною здоров'я в Україні, а також в діяльності закладів вищої освіти, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування.

Публікації автора:

1. Горячев Андрій. Особливості державного управління здійсненням медичної реформи в країнах ЄС. Професіоналізація державної служби: вітчизняні виклики та європейські орієнтири : матеріали Міжнар. круглого столу до Дня державної служби (Київ, 20 черв. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи, Н. М. Корчак, Н. Б. Ларіної. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 36-40.
2. Володимир Вайда, Андрій Горячев, Марія Нагребельна. Особливості публічного управління охороною здоров'я населення України в умовах глобальних викликів та загроз людству. Шевченківська весна – 2023: публічне управління та державна служба : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених (Київ, 29 берез. 2023 р.) / за заг. ред. Л. Г. Комахи. Київ : ННІ ПУДС КНУ, 2023. С. 112-114.

Структура й обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи становить 85 сторінок, з них 70 сторінок основного тексту. Список використаних джерел налічує 98 найменувань, з них 48 опубліковані за останні п'ять років.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ

1.1. Серцево-судинні захворювання як медико-соціальна проблема суспільства

Серцево-судинні захворювання – клас захворювань, які пов’язані з патологією серця або кровоносних судин, загальна назва захворювань системи кровообігу. Науковці зазначають, що серцево-судинні захворювання є основними хворобами, які більшою мірою, ніж усі інші, трансформували тип патології населення світу [14].

З 2000 року European Heart Network разом з Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ), проектом MONICA (моніторинг основних тенденцій, що стосуються серцево-судинних захворювань, що проводиться під егідою ВООЗ), Європейським товариством кардіологів (ESC), Європейським Союзом (ЄС), ООН та іншими міжнародними спілками щорічно збирає статистичні дані щодо серцево-судинної захворюваності та смертності в європейських країнах [76]. Це найбільш повна підбірка інформації, що відображає тяжкість кардіоваскулярної патології в Європі.

У більшості країн Європи серцево-судинні захворювання (ССЗ) є головною причиною передчасної смерті. Ще в 60-х роках ХХ століття ССЗ визнали епідемією, “мовчазним вбивцею”, особливо це стосується ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії [85]. В Європі щорічно помирає 4 млн. осіб від ССЗ - більше 2,2 млн. (55 %) жінок та більше 1,8 млн. (45 %) чоловіків, хоча у віці до 60 років серцево-судинна смертність переважає у чоловіків [2]. В ієрархії причин смерті населення України в 2019 році, як і в попередні роки, на першому місці хвороби системи кровообігу (67 % від загалу померлих) [42].

Проблема ССЗ вийшла за межі медичної і весь світ визначає її як соціальну проблему, яка впливає на здоров’я суспільства і тривалість життя

громадян. Підтвердження глобальності проблематики впливу хвороб системи кровообігу на економічне становище є їх вплив на непрямі показники здоров'я населення: інвалідність та демографічні показники. За даними ВООЗ серцево-судинні захворювання спричиняють третину випадків інвалідності [31]. Показник скоригованих на інвалідність років життя (DALY) зріс від 85 мільйонів DALY в 1990 році до 150 мільйонів DALY у всьому світі в 2020 році, тим самим ССЗ залишаються провідною соматичною причиною втрати працездатності. [76].

У підсумковому документі наради Генеральної Асамблеї ООН про інвалідність (2013 р.) зазначається, що приблизно 80% інвалідів живуть у країнах із низьким рівнем доходів, підкреслено доцільність забезпечення їх необхідною медико-соціальною допомогою. Високі рівні інвалідизації, особливо серед працездатного населення, зумовлюють великі витрати на соціальне утримання інвалідів, їх працевлаштування, лікування та реабілітацію. Таким чином, ССЗ залишаються важливою причиною зростання витрат на охорону здоров'я.

В Україні впродовж 1991–2016 рр. захворюваність населення на серцево-судинні захворювання збільшилася в 1,7 раза і досягла 4287,1 випадку на 100 тис. населення. Поширеність хвороб системи кровообігу серед населення збільшилася у 2,7 раза і становила у 2016 р. 52970 випадків на 100 тис. Аналіз показників за період 2000–2016 рр. виявив тенденцію до стабілізації і деякого зниження первинної захворюваності (на 9,7%) [91, с. 494]. Водночас поширеність серцево-судинної патології за вказаний період збільшилася на 45,0%, у т.ч. поширеність гіпертонічної хвороби – на 58,3%, ішемічної хвороби серця – на 53,0%, цереброваскулярних хвороб – на 16,8%.

В Україні серцево-судинна патологія займає перше місце у структурі первинної інвалідності дорослого населення, частка якої перевищує 26 %. Щорічно стають інвалідами внаслідок хвороб системи кровообігу близько 14–15 осіб з кожних 10 тис. дорослих [92].

У структурі захворюваності дорослого населення на хвороби системи кровообігу провідні місця посідають гіпертонічна хвороба (46,7%), ішемічна хвороба серця (34,9%) та цереброваскулярні хвороби (11,3%) (рис. 1.1) [91, с. 494].

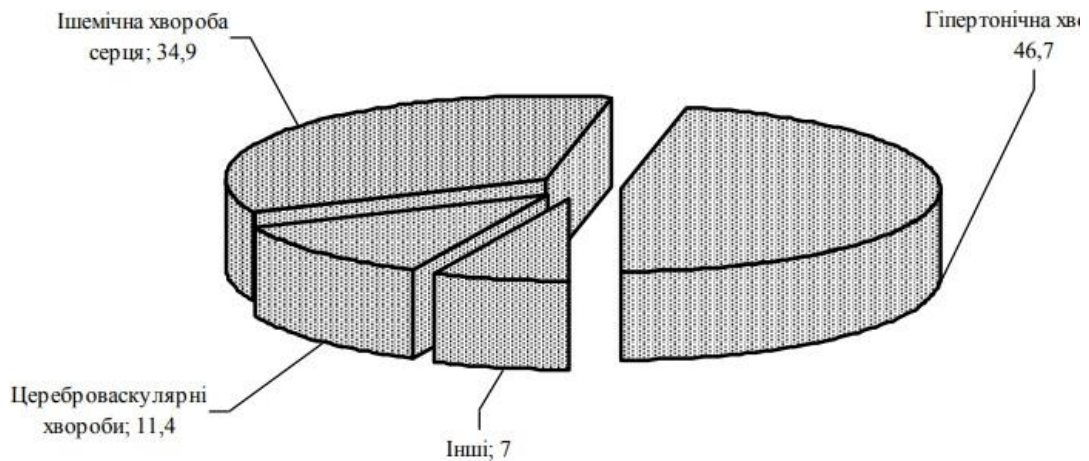


Рисунок 1.1. Структура захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу (%)

За даними Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України ССЗ, ішемічна хвороба серця реєструється у 8,7 млн. пацієнтів; гострий інфаркт міокарда – реєструється 57 тис. випадків на рік, при цьому смертність сягає 30%; гострий коронарний синдром – 150-190 тис. випадків на рік (розрахункові дані); вроджені вади серця – 4,5 тис. на рік [80]. За один день в Україні помирає від захворювань серця в середньому 1167 осіб, а щорічно 108 тис. осіб помирає внаслідок несвоєчасного надання допомоги при невідкладних станах [80].

Аналіз результатів довготривалого спостереження за учасниками Фремінгемського дослідження дозволив виявити захворювання та стани (ожиріння, цукровий діабет), наявність яких збільшувала вірогідність смерті від ССЗ, визначити роль поведінкових факторів ризику – таких, як рівень фізичної активності, характер харчування та вживання алкоголю та обґрунтувати [75, с. 12]. За даними ВООЗ більш ніж три чверті всіх випадків смерті від ССЗ можна уникнути за допомогою модифікації способу життя [96].

Розроблення та запровадження у розвинених країнах світу програм, спрямованих на профілактику та лікування артеріальної гіпертензії шляхом саме модифікації факторів ризику та контролю над артеріальною гіпертензією, дозволило знизити смертність від ішемічної хвороби серця на 30,7 %, інсульту на 29,2 %, неконтрольованого артеріального тиску на 29,4 % порівняно з вихідним рівнем [35].

У розвинених країнах світу кількість смертей від серцево-судинних захворювань зменшується, а в Україні – стрімко зростає. Той факт, що смертність від ССЗ знизилася в багатьох європейських країнах, означає, що все більше країн зараз належать до категорії країн низького ризику. Показником для визначення таких країн було взято рівень летальності від ССЗ осіб віком від 45 до 74 років станом на 2008 рік (220/100 000 серед чоловіків і 160/100 000 серед жінок) [76, с. 25].

Країни з ризиком кардіоваскулярної смертності >500 на 100 000 для чоловіків і >250 на 100 000 для жінок відносяться до країн з дуже високим ризиком. Україна належить саме до цієї групи [76, с. 26]. ССЗ становлять 67% у структурі смертності громадян, щорічно від зазначених захворювань помирає понад 392 тис. українців [17]. Цей показник є одним з найвищих у Європі.

Таким чином, основними особливостями хвороб системи кровообігу в Україні є [83, с. 168]:

- зростання смертності від ССЗ при зниженні цього показника в країнах Європейського регіону;
- північно-східний вектор розповсюдженості патології;
- вищий рівень і темпи зростання смертності серед сільського населення, «омолодження» контингентів хворих;
- провідна роль ССЗ в інвалідизації населення;
- значний рівень захворюваності, а також захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, особливо у чоловіків працездатного віку.

В Україні високий рівень смертності від серцево-судинних захворювань зумовлений [75, с. 92]:

- недостатністю виявлення хвороб на ранніх, доклінічних стадіях;
- низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я обладнанням, необхідним для своєчасної діагностики, лікування та надання інтенсивної допомоги, незадовільною організацією процесу діагностики та лікування;
- відсутністю системи активного запобігання інфарктам та інсультам на основі стандартизованої системи диспансеризації населення;
- невизначеністю єдиного організаційного підходу до надання медичної допомоги хворим з серцево-судинною та судинно-мозковою патологією;
- недостатністю бюджетного фінансування для закупівлі витратних матеріалів, обладнання та реагентів;
- обмеженою доступністю сучасних методів лікування основних серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань (інвазійна кардіологія, інвазійна радіологія, кардіохірургія);
- недостатньою інформованістю населення про чинники ризику та можливість запобігання серцево-судинним і судинно-мозковим захворюванням.

До основних причин відносять не лише відсутність ефективної системи профілактики та державних просвітницьких програм, але й слабка віра в можливості медицини, насамперед через незадовільне медичне та технічне оснащення лікарень [31]. А низький рівень прибутків населення не дозволяє отримати висококваліфіковану медичну допомогу. Тож реформа суспільства, і зокрема медичної допомоги, якщо вона направлена на справедливий розподіл медичних послуг, доступність екстреної медичної допомоги та високотехнологічних втручань, може змінити ситуацію на краще [50].

Таким чином, серцево-судинні захворювання є значущою соціальною проблемою, для розв'язання якої необхідна державна підтримка, координація зусиль усіх центральних та місцевих органів виконавчої влади.

1.2. Понятійно-категоріальний апарат дослідження державного регулювання системи охорони здоров'я населення

Охорона здоров'я – це один із пріоритетних напрямів державної діяльності. Як галузь, що є соціально орієнтованою, вона не може повністю спиратися тільки на ринкові відносини, вплив ринкових законів в охороні здоров'я має бути обмеженим.

Вітчизняні науковці визначають державне регулювання як комплекс заходів організаційно-економічного характеру у сфері суспільних відносин, які мають на меті вдосконалити правила поведінки господарюючих суб'єктів та не допустити появу негативних явищ у країні [18].

Розглядаючи механізм державного регулювання сфери охорони здоров'я зокрема, можна виділити сукупність цілей, принципів і методів адміністративного, економічного, правового та соціального характеру, які здійснюються державою за допомогою набору інструментів з метою забезпечення динамічного й ефективного розвитку сфери охорони здоров'я країни.

Сутність державного регулювання охорони здоров'я пов'язана з необхідністю втручання держави в регулювання медичної діяльності в ринкових умовах, для того, щоб усунути недоліки ринкових відносин в охороні здоров'я. Державне регулювання має забезпечувати розвиток сфери охорони здоров'я в Україні шляхом сприяння ефективному використанню наявних ресурсів охорони здоров'я для досягнення максимально можливого рівня задоволення суспільних потреб у сфері охорони здоров'я [28, с. 47].

Серед елементів механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я прийнято виділяти суб'єкт і об'єкт регулювання, методи, інструменти та засоби реалізації механізму, цілі та принципи регулювання, а

також його результати. Суб'єктами державного регулювання в сфері охорони здоров'я є Верховна Рада України, Президент України як глава держави, Рада національної безпеки і оборони України як координаційний орган, спрямований на вирішення питань національної безпеки та оборони при Президентові України, центральні органи виконавчої влади, зокрема – Міністерство охорони здоров'я України, та місцеві органи виконавчої влади разом з органами місцевого самоврядування.

Для досягнення поставлених завдань важливим моментом є те, що органи влади, здійснюючи державне регулювання сфери охорони здоров'я спираються на такі принципи як законність, прозорість, системність, оптимальність, прогнозованість, пріоритетність, ефективність і соціальна відповідальність [28, с. 49].

У сучасних умовах основними цілями механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є [45, с. 47]:

- забезпечення громадян якісними медичними послугами;
- забезпечення гарантованої державою безкоштовної допомоги;
- забезпечення фінансовими ресурсами;
- забезпечення новітніми технологіями;
- удосконалювання системи організації та керування охороною здоров'я;
- підвищення кваліфікації кадрів;
- профілактична діяльність;
- забезпечення удосконаленою правовою системою;
- створення конкуренції на медичному ринку;
- пристосування існуючої сфери охорони здоров'я до умов, що змінюються.

Методи державного регулювання сфери охорони здоров'я – це сукупність способів, прийомів, інструментів, за допомогою яких держава виконує свої регулюючі функції і досягає поставлених цілей (рис. 1) [28, с. 52].

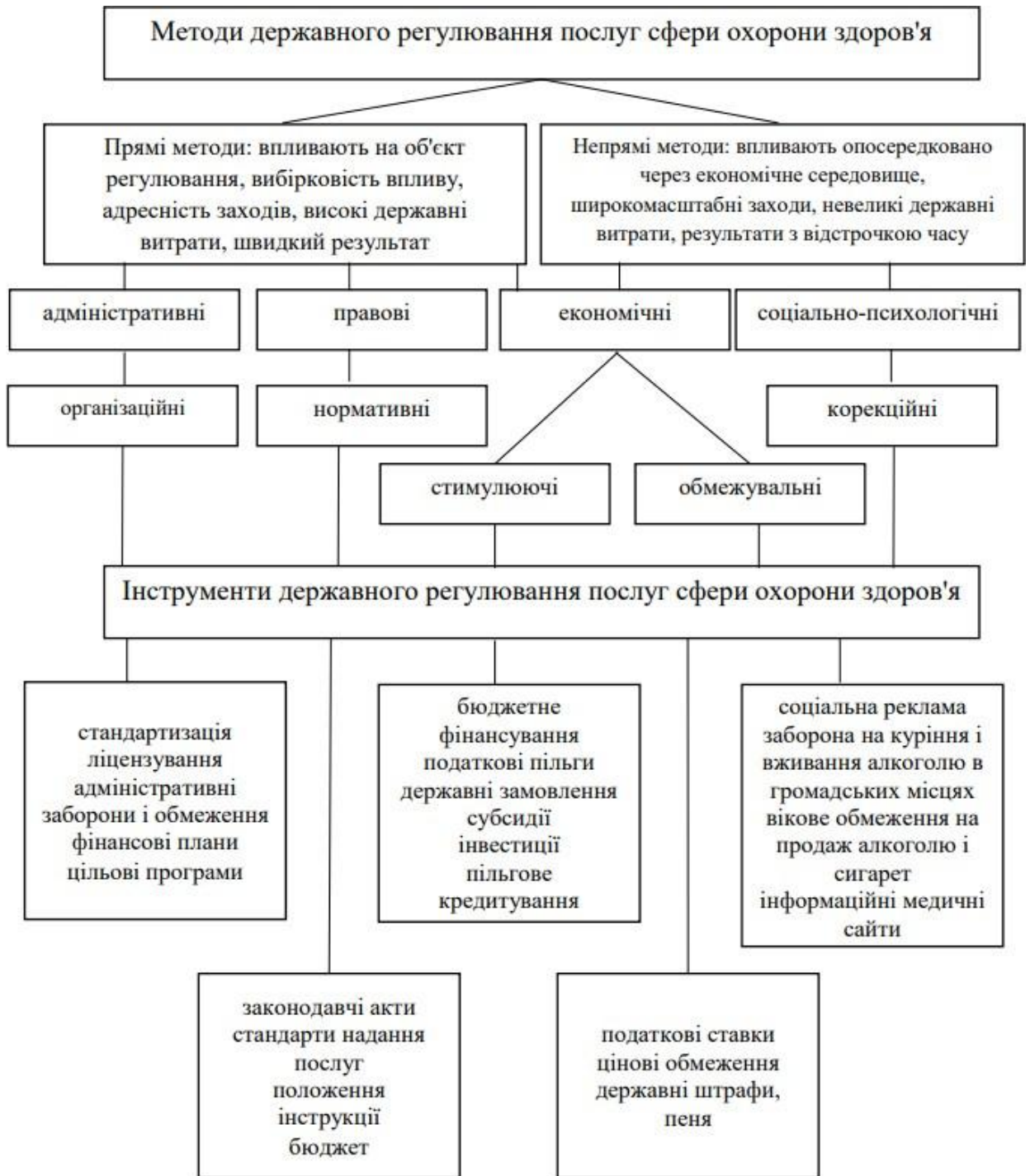


Рис 1.2. Методи державного регулювання послуг сфери охорони здоров'я

На думку Гладуна З.С., державне регулювання сфери охорони здоров'я передбачає встановлення правил та порядок здійснення медичної діяльності, відповідальності за дотримання цих правил, включає вплив держави на діяльність органів і закладів охорони здоров'я. Державне регулювання

здійснюється, в основному, через прийняття відповідних законодавчих актів, тому він розглядає його як державно-правове регулювання. Крім правових, активно використовуються й інші засоби регулювання – організаційні, фінансові, кадрові [10].

Систему охорони здоров'я розглядають як одну з підсистем соціальної політики суспільства яка знаходиться у тісному взаємозв'язку з багатьма іншими підсистемами та інститутами соціуму. Вона являє собою відносно самостійну цілісну багаторівневу структуровану сукупність взаємопов'язаних елементів, що знаходяться у відносинах координації, ієрархії, субординації, має свої внутрішні і зовнішні функції, спрямовані на розробку і реалізацію заходів щодо зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення. У процесуальному контексті це передбачає цілеспрямований, планомірний, безперервний суб'єктно-об'єктний вплив загальних і спеціалізованих інститутів влади на установи сфери охорони здоров'я заради забезпечення громадян гарантованим правом на отримання безкоштовної, якісної професійної медичної допомоги [43].

У сучасній науковій літературі є декілька підходів до пояснення поняття «медична допомога» [3, с. 31]:

а) «медична допомога» – це комплекс професійних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на своєчасне виявлення хвороб та відновлення втраченого здоров'я людини;

б) «медична допомога» – це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття;

в) «медична допомога» – це комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що проводяться за певною технологією з метою досягнення конкретних результатів.

Медична допомога на законодавчому рівні тлумачиться як вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та

лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю й працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства [47].

Термін «медична допомога» вживається у ст. 49 Конституції України, у преамбулі, ст.ст. 4, 16, 25, 33, 37, 52, 58, 60, 78 Основ законодавства України про охорону здоров'я. І вчені, і практики однастайні в думці, що ст.ст. 33, 35, 58, 67, 68, 77 Основ визначають вузлові складові медичної допомоги (швидка, невідкладна, первинна, спеціалізована, високоспеціалізована тощо) [33; 47].

Певна дефініція поняття «медична допомога» надається у спеціальних словниках понять і термінів ВООЗ, у Конвенції про мінімальні норми соціального забезпечення (1952), Європейській конвенції про соціальну та медичну допомогу (1953), Конвенції про медичну допомогу та допомогу у разі хвороби (1969) та інших міжнародних документах [6, с. 32; 32].

Кардіологічна допомога – система заходів для забезпечення вчасної та якісної медичної допомоги кожній особі завдяки застосуванню високоспеціалізованих методів обстеження та лікування з використанням новітніх стандартизованих медичних технологій, що застосовуються у мережі закладів охорони здоров'я незалежно від форм власності, які утворені на основі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів діагностики кардіологічних захворювань та їх лікування з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників з питань кардіологічної допомоги [68]. Система кардіологічної допомоги (далі - система) передбачає регламентацію механізму надання та взаємодії рівнів надання кардіологічної діагностичної та лікувальної допомоги населенню України

Учасники надання медичної допомоги – медичні заклади; лікарі, які працюють у медичних закладах або ведуть приватну медичну практику, та інший медичний персонал; аптеки; органи державної влади відповідно до їх компетенції; страхові медичні організації; фонди обов'язкового або добровільного медичного страхування; інші фізичні чи юридичні особи, що

мають ліцензію на право займатися певним видом діяльності, пов'язаним з доглядом за пацієнтом, а також особи та організації, що беруть участь у фінансуванні та використанні коштів, які направляються на ресурсне й організаційне забезпечення надання необхідної медичної допомоги [20, с. 25].

Державне втручання у функціонування системи охорони здоров'я включає наступні напрями: вдосконалення нормативного регулювання діяльності продуцентів послуг охорони здоров'я (наприклад, регулювання правил надання послуг), створення сприятливої інвестиційної політики та її інформаційного супроводу, вдосконалення системи державних замовлень, надання гарантій і субсидій, надання пільг по оподаткуванню, підготовку кваліфікованих медичних кадрів, регулювання цін і тарифів на послуги галузі, сприяння формуванню ринкових інститутів, індикативного планування та прогнозування, надання продуцентів послуг сфери охорони здоров'я певної економічної самостійності [28, с. 55].

На сьогоднішній день ми можемо виділяти ряд основних інструментів, які використовуються серед адміністративних методів [40, с. 101]:

- розробка та контроль виконання державних програм, які передбачають надання громадянам України комплексу безкоштовних медичних послуг;
- здійснення контролю за діяльністю муніципальної та приватної системи охорони здоров'я;
- проведення акредитації лікарняних установ;
- видача ліцензій на здійснення медичних послуг;
- регулювання цін на медичні послуги;
- застосування санкцій;
- підготовка і планування необхідної кількості кадрів;
- проведення атестації працівників медичних установ;
- встановлення стандартів;
- проведення системи статистичної звітності;
- здійснення сертифікації послуг;
- проведення видачі дозволів на використання нових технологій;

- організація та забезпечення державного санітарно–епідеміологічного нагляду за медичними установами;
- встановлення квот.

Таким чином, основна мета державного регулювання системи надання медичної допомоги при ССЗ може бути визначена як забезпечення ефективного інституційного середовища з метою здійснення успішної діяльності медичних установ державного та недержавного секторів охорони здоров'я. Поставлена мета передбачає вирішення першочергових завдань, серед яких – формування ефективного механізму державного регулювання та оцінку кінцевого результату діяльності, ґрунтуючись на ключові показники ефективності та результативності [28]. Одним з таких показників розглядаємо зменшення показників смертності населення від серцево-судинних захворювань. Адже смертність населення завжди була найбільш чутливим індикатором соціально-економічних умов життя і стану охорони здоров'я в країні [85].

Висновки до першого розділу

Охорона здоров'я населення виступає одним із важливих завдань державної діяльності, що передбачає забезпечення державного регулювання в цій сфері відносин. Під державним регулюванням слід розуміти здійснення державному комплексу заходів у сфері соціальних, економічних, політичних і суспільних процесів для впорядкування та встановлення норм суспільної поведінки.

У даній сфері державне регулювання передбачає наявність встановлених загальних правил і порядку здійснення медичної діяльності, в тому числі надання медичної допомоги, відповідальність за дотримання таких правил, спираючись на вплив держави та її органів на діяльність закладів охорони здоров'я. Державне регулювання ґрунтується на законодавчо визначеній стратегії суспільного розвитку, державних медичних програмах, медичних

стандартах і механізмах їх виконання, здійсненні державного контролю та правового примусу.

Основна мета державного регулювання системи надання медичної допомоги при ССЗ може бути визначена як забезпечення ефективного інституційного середовища з метою здійснення успішної діяльності медичних установ державного та недержавного секторів охорони здоров'я. Поставлена мета передбачає вирішення першочергових завдань, серед яких – формування ефективного механізму державного регулювання та оцінку кінцевого результату діяльності, ґрунтуючись на ключові показники ефективності та результативності. Одним з таких показників розглядаємо зменшення показників смертності населення від серцево-судинних захворювань. Адже смертність населення завжди була найбільш чутливим індикатором соціально-економічних умов життя і стану охорони здоров'я в країні.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ В УКРАЇНІ

2.1. Нормативно-правові засади надання медичної допомоги населенню при серцево-судинних захворюваннях

Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю (ст. 3 Конституції України) [33]. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування (ст. 49 Конституції) [33].

Кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що, зокрема, передбачає: кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я; достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи фактори ризику та їх ступінь (стаття 6 Основ № 2801) [47].

Головними повноваженнями МОЗ згідно з Положенням № 267 є забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; здійснення організації медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях, організація надання медичної допомоги за спеціальностями, у тому числі з використанням телемедицини; здійснення моніторингу стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я; забезпечення ефективного використання бюджетних коштів [62].

Бюджетним кодексом України (пункт 8 частини першої статті 872) встановлено, що до видатків, які здійснюються з державного бюджету, належать видатки на охорону здоров'я, зокрема, на спеціалізовану, високоспеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри,

лепрозорії, госпіталі для осіб з інвалідністю внаслідок війни, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України) [5].

Згідно зі статтею 8 Закону № 2801 кожний громадянин має право на безоплатне отримання у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медичної допомоги, до якої належать: екстрена медична допомога, первинна медична допомога, вторинна (спеціалізована) і третинна (високоспеціалізована) медичні допомоги, що надаються за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [47].

Як визначено у статті 35 Закону № 2801, вторинна (спеціалізована) медична допомога (ВМД) передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів. Також вторинна допомога передбачає направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання ВМД з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Таку допомогу надають багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри; консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри); лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи – підприємці [47].

У статті 35 Закону № 2801 встановлено, що третинна (високоспеціалізована) медична допомога (ТМД) включає надання консультації, проведення діагностики, лікування із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності. Третинна допомога також передбачає направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання ВМД або

ТМД з іншої спеціалізації. Таку допомогу надають високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я [47].

Підставами для надання закладами охорони здоров'я на безоплатній основі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є укладені головним розпорядником бюджетних коштів договори про медичне обслуговування населення, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – укладені з закладами охорони здоров'я договори про медичне обслуговування населення. ВМД надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної чи вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або закладу охорони здоров'я, який забезпечує надання ПМД, ВМД чи ТМД медичної допомоги, у тому числі й іншої спеціалізації.

Без направлення ВМД надається безоплатно пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у такому закладі охорони здоров'я, а також пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані. Без направлення ТМД надається пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку у відповідному високоспеціалізованому закладі охорони здоров'я, а також пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані [47]. Невідкладний стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин (стаття 1 Закону № 2801 у редакції Закону України від 05.07.2012 № 5081 “Про екстрену медичну допомогу”) [65].

Згідно з частиною десятою статті 35 і частиною дев'ятою 35 Закону № 2801 порядки направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання ВМД та ТМД, встановлюються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [47].

До повноважень МОЗ згідно з Положенням № 267 віднесено, зокрема, затвердження порядку надання медичної допомоги лікарями та іншими медичними працівниками і порядку направлення пацієнтів до закладу охорони здоров'я, що надає медичну допомогу відповідного виду [62].

Відповідно до статей 8, 33, 37, 42, 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я, на виконання пункту 6 протоколу наради КМУ від 23 листопада 2012 року «Про організацію надання кардіохірургічної допомоги населенню» та з метою розвитку, вдосконалення надання кардіохірургічної допомоги в Україні, створення мережі центрів кардіохірургічної допомоги як єдиної системи, що поєднана інформаційним, методичним, лікувально-діагностичним забезпеченням у наданні спеціалізованої медичної допомоги населенню при серцево-судинній патології, зниження рівня інвалідності та смертності від серцево-судинних захворювань було затверджено спільний наказ МОЗ і НАМНУ №193/20 від 11.03.2013 року, яким затверджено положення про систему кардіохірургічної допомоги [69].

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Щодо гарантії держави в отриманні медичної допомоги, то ця функція закріплена в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», який визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [58].

В більшості країн державні гарантії представлені не в одному документі, а описані в системі законів та підзаконних актів. На рівні законів

країни визначають загальний обсяг безкоштовної медичної допомоги, наприклад, за рівнем допомоги або типом послуг. Це допомагає забезпечити стабільний контекст надання медичних послуг. Документи нижчого рівня (наприклад, накази Міністерств) надають детальнішу інформацію про те, які види послуг та медикаментів включені до гарантованого пакету. Україна використовує такий дворівневий підхід для визначення програми медичних гарантій. Засади встановлення та реалізації програми визначено в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», тоді як конкретний перелік та обсяг медичних послуг та ліків буде визначено в законах про державний бюджет на конкретний рік з урахування соціально-економічної ситуації в країні. На рівні підзаконних актів визначені порядок формування програми та розрахунку тарифів, а також деталі щодо надання медичних послуг. Зазначимо, що Україна не мала необхідного досвіду та даних, щоб сформувавши чітку та детальну програму медичних гарантій на початку реформи [56].

Так, ч. 11 ст. 10 Закону України [58] передбачено, обсяг платних медичних послуг, які не входять до програми медичних гарантій, може складати не більше 20 відсотків від обсягу всіх наданих послуг. Хоча перелік та порядок надання платних медичних послуг вищезазначеним Законом не встановлено, однак можливий обсяг платних послуг передбачений. В цьому контексті серйозним є питання розмежування понять «медична допомога» та «медична послуга», адже хоча дефініція останнього поняття з'явилась у законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я», однак змістовну різницю даних двох понять на законодавчому рівні не визначено [84].

Крім того, Законом [58, стаття 9] встановлено джерело фінансування видатків (за рахунок громадян або Державного бюджету) на вторинну, третинну (високоспеціалізовану), паліативну медичну допомогу та медичну реабілітацію в залежності від способу звернення: за направленням лікаря, що надає ПМД або без такого направлення [58]. Тобто, якщо, наприклад, пацієнт звернувся до лікаря вторинної медичної допомоги без направлення лікаря

первинної медичної допомоги, пацієнт має оплатити медичну послугу. На нашу думку, це є суттєвим обмеженням прав пацієнта, не передбаченим Конституцією України.

Незважаючи на наявні зараз конституційні гарантії, система охорони здоров'я значно залежить від коштів пацієнтів: близько половини бюджету охорони здоров'я в Україні сплачують домогосподарства. Цей вид витрат не дозволяє розподіляти ризики та ресурси в сфері охорони здоров'я населення. В результаті, витрати на оплату лікування часто можуть бути занадто високими для людей із значними медичними потребами. Як наслідок, пацієнти або змушені відмовлятися від медичних послуг, коли вони їм потрібні, або вимушені продавати своє майно або позичати гроші, щоб покрити витрати на лікування. У 2015 році 29% домогосподарств не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, у більш ніж 90% випадків це було спричинено занадто високою вартістю [22].

Підсумовуючи, зазначимо, що вітчизняне законодавство щодо охорони здоров'я і, зокрема, надання медичної допомоги є доволі розвинене. Однак у законодавстві не повністю дотримано принцип рівності надавачів медичних послуг за програмою державних медичних гарантій, наприклад, не враховано специфіку університетських клінік та клінічних баз, що не можуть бути такими надавачами (мають статус підрозділів державних університетів – бюджетних установ). суттєвим обмеженням прав пацієнта, не передбаченим Конституцією України.

2.2. Організаційне забезпечення системи надання медичної допомоги при серцево-судинних захворюваннях

Захворюваність населення України на серцево-судинні хвороби та смертність від них випереджає інші країни світу. Тож потреба змін в кардіологічній службі України постає дуже гостро. Нормативні документи, що вступили в дію на початку листопада 2017 року, врегульовують питання функціонування кардіологічної служби та організацію взаємодії між її

структурними елементами [27]. Основний документ, відповідно до якого має функціонувати кардіологічна служба, є Наказ МОЗ «Про удосконалення системи кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України» від 29.08.2017 № 975 [73]. Цим документом затверджені шість Положень: про кардіологічний кабінет поліклінічного відділення; про обласний, міський кардіологічний центр; про спеціалізоване відділення інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю; про відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії; про спеціалізоване відділення аритмій серця з електрофізіологічною лабораторією; про відділення реабілітації кардіологічних хворих. В окремий розділ документа винесене питання співпраці з іншими медичними закладами та їхніми підрозділами, що спеціалізуються на наданні кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню.

Кардіологічний кабінет діє у складі поліклінічного відділення закладу охорони здоров'я державної або комунальної форми власності і надає спеціалізовану діагностично-лікувальну допомогу хворим із серцево-судинними захворюваннями на поліклінічному етапі. Кардіологічний кабінет здійснює координацію діяльності підрозділів поліклініки (долікарського кабінету), відділення профілактики, терапевтичних кабінетів, відділення (кабінету) функціональної діагностики та відділення статистики з виявлення і якісного обліку хворих із серцево-судинними захворюваннями та осіб високого та дуже високого ризику розвитку серцево-судинних захворювань; аналіз динаміки поширеності артеріальної гіпертензії та ІХС на території обслуговування поліклініки

Обласний, міський кардіологічний центр (далі – Центр) є закладом охорони здоров'я державної або комунальної форми власності III рівня з надання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги хворим із серцево-судинними захворюваннями в системі охорони здоров'я України та організаційно-методичним центром із керівництва системою кардіологічної допомоги населенню адміністративно-територіальної одиниці. Центр

забезпечує: доступну якісну спеціалізовану медичну допомогу хворим із серцево-судинними патологіями; розробку та впровадження сучасних методів профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних патологій; організацію і проведення санітарно-просвітньої роботи серед населення щодо профілактики серцево-судинних захворювань [52]. У Центрі обов'язкованаявність таких клінічних підрозділів: спеціалізоване відділення для хворих з інфарктом міокарда з блоком інтенсивної терапії, реанімації кардіологічного профілю; відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії.

Таким чином, в адміністративно-територіальній одиниці функціонує один кардіологічний центр, який взаємодіє зі службою екстреної медичної допомоги, закладами охорони здоров'я системи кардіологічної, кардіохірургічної допомоги, громадськими організаціями для вирішення питань охорони здоров'я населення.

Спеціалізоване відділення інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю діє у складі ЗОЗ державної або комунальної форми власності та забезпечує надання швидкої і невідкладної медичної допомоги ургентним хворим із гострими коронарними синдромами, реанімованим після зупинки кровообігу, з екстремими порушеннями ритму і провідності, гіпертонічними кризами.

Держава гарантує безоплатну допомогу пацієнтам з гострим інфарктом міокарда. Українці у критичному стані отримують безкоштовне невідкладне стентування в одному із центрів реперфузійної мережі. Реперфузійний центр – це відділення у закладі охорони здоров'я, де безоплатно проводять коронарне стентування (відновлення кровотоку по артерії серця) при гострому інфаркті міокарда. Іншими словами, це лікарня, де є апаратура для проведення ехокардіографії, відділення кардіології та інтенсивної терапії із відповідним оснащенням, лабораторія для визначення специфічних кардіологічних тестів крові та спеціалісти, які мають належний досвід – інтервенційні кардіологи.

Створення центрів відбувається в рамках виконання Постанови КМУ про створення «Регіональних реперфузійних мереж» (№418-р від 27.05.2016),

де така програма дій була названа пріоритетною в сфері розвитку і реформування медицини [61].

Станом на липень 2019 року в Україні працює 42 центри [48]. Регіональні реперфузійні мережі розташовуються на території України таким чином, щоб була можливість своєчасно доставити пацієнта до центру в автомобілі екстреної медичної допомоги протягом 2 годин. Для забезпечення повноцінного завантаження і своєчасного надання допомоги кожен центр повинен працювати на 0,3 – 1 млн населення в режимі 24/7/365.

Реперфузійні центри – це лише одна складова. Важливим є регулювання роботи екстреної медичної допомоги, яка повинна бути забезпечена електрокардіографами (ЕКГ) та дефібриляторами, мати постійний телефонний зв'язок з реперфузійними центрами та відділеннями кардіології, а також навчання лікарів згідно з сучасними протоколами надання допомоги.

Діяльність реперфузійних центрів, у тому числі, спрямована на зниження рівня смертності пацієнтів з гострим коронарним синдромом. На сьогодні госпітальна летальність від інфаркту міокарда у клініках, які вже працюють, як реперфузійні центри, становить 3–6%.

За даними Асоціації інтервенційних кардіологів України впродовж 2017 року в 11 областях України смертність від гострого інфаркту міокарду знизилася на 20% у порівнянні з 2015 роком.

Кардіохірургічна допомога – система заходів для забезпечення вчасної та якісної медичної допомоги кожній особі з використанням новітніх стандартизованих медичних технологій для лікування серцево-судинних захворювань, що застосовуються в мережі закладів охорони здоров'я всіх форм власності, які утворені на основі єдиних науково обґрунтованих організаційних принципів та міжнародних стандартів надання кардіохірургічної допомоги з відповідним матеріально-технічним забезпеченням, професійною підготовкою медичних працівників з питань надання кардіохірургічної допомоги [69].

Система кардіохірургічної допомоги передбачає механізм взаємодії рівнів надання кардіохірургічної допомоги населенню України. Для виконання функціональних завдань система складається з таких компонентів:

- на центральному рівні: науково-дослідні установи; кардіохірургічні центри;
- на регіональному рівні: регіональні кардіохірургічні центри; міжрегіональні кардіохірургічні центри; обласні кардіохірургічні центри;
- на місцевому рівні: відділення кардіохірургії в закладах охорони здоров'я.

Управління системою полягає в підпорядкуванні та підзвітності нижчого компонента системи вищому, а також створенні наскрізного контролю за виконанням відповідних клінічних протоколів, настанов та стандартів надання медичної допомоги, затверджених центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [69]. Контроль за діяльністю системи кардіохірургічної допомоги здійснює МОЗ.

Система кардіохірургічної допомоги діє з метою профілактики захворювань, зниження інвалідності та смертності населення внаслідок серцево-судинних захворювань, реалізації державної політики щодо забезпечення закладами охорони здоров'я всіх форм власності вчасної та якісної допомоги населенню, рівного доступу населення до високоспеціалізованої кардіохірургічної допомоги.

Завданнями системи кардіохірургічної допомоги є [69]:

- надання кардіохірургічної допомоги хворим на серцево-судинні захворювання з використанням сучасних методів кардіохірургічних втручань;
- розробка заходів з питань профілактики, діагностики та лікування хворих, що потребують кардіохірургічної допомоги;
- розробка пріоритетних напрямів розвитку системи, що передбачають проведення заходів з попередження і виявлення серцево-судинної патології, зменшення рівня ускладнень, інвалідності та смертності

населення внаслідок серцево-судинної патології, визначення проблемних питань надання допомоги та шляхів їх вирішення;

- участь у проведенні наукових досліджень з актуальних питань профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань;
- моніторинг, узагальнення та аналіз інформації щодо надання допомоги;
- участь у підготовці, перепідготовці та підвищенні кваліфікації лікарів-хірургів серцево-судинних, лікарів-кардіологів, лікарів-анестезіологів та лікарів суміжних спеціальностей з питань профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань;
- розробка та впровадження новітніх форм і методів профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань;
- організаційно-методичне керівництво та координація діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності та наукових установ з питань надання кардіохірургічної допомоги;
- розробка та контроль за реалізацією заходів, спрямованих на зниження захворюваності, інвалідності та смертності населення внаслідок серцево-судинних захворювань;
- забезпечення інформованості населення щодо заходів профілактики серцево-судинних захворювань.

Принципами системи кардіохірургічної допомоги є: доступність допомоги; безоплатність допомоги; своєчасність допомоги; надання допомоги у повсякденному житті; єдність методологічних підходів освіти та практики при наданні допомоги; динамічність розвитку системи і удосконалення надання допомоги [69].

Фахівці зазначають, що задоволення потреби в кардіохірургічній допомозі в Україні на рівні 13,5 % [80].

Для порівняння, співвідношення кардіохірургічних центрів до кількості населення: США – 1: 120 тис. осіб; Австралія – 1: 500 тис. осіб; Україна – 1: 2 млн. 400 тис. осіб; Азія – 1: 16 млн. осіб; Африка – 1: 33 млн. осіб [80]. У нашій

країні недостатня кількість кардіохірургічних центрів. Відповідно в Україні здійснюється набагато менше оперативних втручань (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Кардіохірургічні операції на мільйон населення (2014) [80]

Серед установ, які надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу населенню з питань кардіології, хірургії серця та магістральних судин, рентгенендоваскулярної діагностики та лікування, судинної хірургії та трансплантології, однією із провідних є Державна установа “Інститут серця Міністерства охорони здоров’я України”. Потужність інституту становить 178 ліжок [25]. На базі інституту, за умови наявності донорських органів, є можливість щороку проводити 15 трансплантацій серця, 10 – легень та 5 – органокomплексу “серце-легені”. Орієнтовна вартість цих операцій у 2-4 рази менша вартості операцій за кордоном. При цьому майже 24% громадян, яких МОЗ у 2016–2017 рр. було направлено на лікування за кордон, потребували саме такого лікування [25].

2020 – Вперше в Україні вдало виконано операцію Frozen Elephant Trunk – одночасна заміна висхідної, дуги й низхідної грудної аорти.

Розпочато дослідження впливу COVID-19 на міокард.

2021 – Розпочато виконання трансплантації серця.

Виконання кріобалонних абляцій – ізоляцій легневих вен з метою лікування фібриляції передсердь.

2022 – Вперше в Україні виконано ендovasкулярне протезування клапану легеневої артерії (TPVI).

Розпочато застосування технік CHEVAR and FEVAR при протезуванні черевної аорти.

Впроваджено в рутинну практику застосування магнітовмісних інструментів при ліквідації наслідків бойової травми грудної клітки та серцево-судинної системи.

2023 – Впроваджено в рутинну практику комплексний метод лікування ішемічної хвороби серця при кальцинозі коронарних артерій.

МОЗ не розроблено і не затверджено порядки направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також табель матеріально-технічного оснащення наукових установ, які надають спеціалізовану і високоспеціалізовану медичну допомогу населенню. Разом з тим аудитом Рахункової палати України встановлено, що Інститут серця МОЗ забезпечує виконання покладених на нього завдань у частині надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню з питань кардіології, хірургії серця та магістральних судин, судинної хірургії [25].

За оцінками, 36% пацієнтів, госпіталізованих до обласних лікарень для надання високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги, фактично потребували ВМД [91, с. 194]. Тому актуальним залишається ефективно використання кадрових, фінансових і матеріально-технічних ресурсів, оптимальний розподіл функцій та обсягів медичної допомоги між ЗОЗ різних рівнів. Третинний рівень надання медичної допомоги за роки проведення реформи системи охорони здоров'я є найменш реформованим. Важливим залишається забезпечення етапності надання медичної допомоги пацієнтам із

серцево-судинними захворюваннями в умовах реформування системи медичного обслуговування на всіх рівнях.

Як зазначають науковці, основні підходи зміни діючої в країні моделі системи охорони здоров'я не зазнали радикальних змін з 2000-х років і включали [36, с. 7]:

- забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;
- запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі; вжиття заходів щодо запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних економічних механізмів;
- запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг;
- запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного і ефективного надання медичних послуг;
- формування єдиного медичного простору під управлінням МОЗ, як один із шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення;

Усі спроби реформування системи охорони здоров'я, здійснювані до 2017 р., мали непослідовний фрагментарний характер, що не давало змоги змінити організаційно-фінансові механізми функціонування системи надання медичної допомоги та адаптувати її до ринкових відносин в національній економіці. У 2011 р. була схвалена урядом програма «Здоров'я – 2020: український вимір», передбачала здійснення практичних кроків з оптимізації системи надання медичної допомоги населенню з пріоритетним розвитком первинної та екстреної медичної допомоги, диференціації стаціонарної медичної допомоги, розвитку системи відновного лікування, паліативної

допомоги та медичної реабілітації, переходу від державного фінансування закладів охорони здоров'я до фінансування заходів із надання медичної допомоги населенню, виходячи з його потреб. Стан реалізації програми свідчить, що не досягнуто жодного очікуваного результату, зазначеного в Концепції щодо її виконання [1, с. 540].

Прийняття медичної реформи у 2017 р. стало невідкладним заходом державної соціальної політики через низку причин, одна з яких – зниження якості надання медичних послуг в умовах збільшення витрат домогосподарств на охорону здоров'я, що катастрофічно позначалося на доступності безоплатних медичних послуг, задекларованих державою [1]. Так, станом на початок 2017 р. за ознаками формування джерел покриття фінансових витрат на лікування для населення і відповідальності лікарів за результати своєї професійної діяльності вітчизняна СОЗ була подібною до притаманних найбіднішим країнам натуральних моделей організації охорони здоров'я, у яких доступ до медичної допомоги обмежується фінансовою спроможністю хворих [1]. Зважаючи на це, частка домогосподарств, у яких принаймні один із членів не зміг отримати протягом останнього року медичну допомогу становила понад 29 % [22]. Водночас частка ресурсів домогосподарств у фінансуванні системи охорони здоров'я щорічно зростає, і вже складає більше половини загального фонду фінансування галузі – 52,8 %.

Перетворення у сфері охорони здоров'я супроводжуються низкою негативних тенденцій, в тому числі:

- перший етап реформування не сприйнятий медичною спільнотою;
- первинній ланці катастрофічно не вистачає кадрів, деякі населені пункти не мають жодного працюючого пункту медичної допомоги, а поліклінічна і стаціонарна допомога віддаляються від сільського населення на 30–40 км і більше;
- доступність медичної допомоги знижується через непередумані дії окремих посадових осіб, які зводять оптимізацію мережі закладів охорони здоров'я до ліквідації частини з них;

Фахівці вказують на низку проблем надання медичної допомоги, що виникають внаслідок «не до кінця продуманих заходів медичної реформи» [1]:

– Каналізація потоків споживачів медичних послуг виключно через ланку сімейних лікарів неконституційно звужує право громадян на вільний вибір рівня необхідної медичної допомоги та конкретного спеціаліста. В умовах тотальної нестачі спеціалістів первинної лікарської ланки, відсутності сучасного діагностичного забезпечення їх діяльності громадяни України стають заручниками штучної зацікавленості сімейних лікарів зберігати лікування за собою, навіть у випадках, коли спеціалізована допомога необхідна. При цьому відсутні механізми контролю їхньої компетентності та невизначена відповідальність за неякісне обслуговування.

– Залишається невирішеною низка проблем територіальної доступності медичної допомоги. Багато населених пунктів не мають жодного працюючого пункту медичної допомоги, а дістатися до найближчого медичного закладу вкрай проблематично через відсутність транспортного сполучення. Утворення госпітальних округів стикається з проблемами реорганізації районів у межах реформи місцевого самоврядування та децентралізації влади. Є випадки, коли через непередумані заходи з реформування відстань як до поліклінічної, так і до стаціонарної допомоги в сільській місцевості зростала на 30–40 або й більше кілометрів.

– У галузі загострюється кадрова ситуація, особливо у первинній ланці. Сигналом занепокоєння для держави повинно бути виїзд за кордон медичних працівників: за 2018 рік з України виїхали на роботу за кордон більше ніж 66 тисяч медиків. У 2017 році по країні бракувало 40 472 лікарів [1, с. 540]. Серед проблем, які слід вирішити, - зростання частки медичних працівників пенсійного віку: у 2016 р. вона становила понад 26 % серед лікарів і понад 27 % – серед медсестер [1]. Це вимагає переорієнтації системи підготовки медичних кадрів на стимулювання молодих фахівців до роботи у малих містах та сільській місцевості.

З 1 квітня 2020 року реалізовується Програма медичних гарантій – перелік медичних послуг, які держава гарантує пацієнту безоплатно: послуги первинної, амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної медичної допомоги, а також екстреної, паліативної допомоги та медичної реабілітації [56]. В рамках програми медичних гарантій пацієнт з ССЗ отримує певні послуги. Першим кроком, який має зробити пацієнт з метою профілактики цих захворювань або лікування – звернутися за допомогою до свого лікаря, з яким він уклав декларацію. Серед послуг, які надають лікарі ПМД: вимірювання артеріального тиску, оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE, електрокардіограма, аналіз крові на загальний холестерин, швидкий тест на тропонін [49].

За потреби лікар ПМД випише направлення на консультацію до вузького спеціаліста, наприклад до кардіолога, або на проведення додаткових досліджень та аналізів, зокрема на ультразвукове дослідження серця. З електронним направленням лікаря отримання цих послуг для пацієнта є безоплатним. Також лікар може виписати рецепт на ліки від серцево-судинних захворювань, що входять до програми «Доступні ліки». На сьогодні в програмі 187 ліків від ССЗ, 90% користувачів програми «Доступні ліки» отримують за нею ліки саме від серцево-судинних захворювань, це понад 2 млн 150 тис. пацієнтів [43].

Лікування серцево-судинних захворювань за Програмою медичних гарантій можна отримати у 257 медзакладах, які уклали контракти з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). В лікарні за Програмою медичних гарантій, забезпечується надання безоплатно таких послуг для хворих з ССЗ [56]:

- діагностика (КТ, МРТ, ангіографія, екстрені лабораторні дослідження);
- проведення тромболітичної терапії, стентування;
- цілодобовий моніторинг стану пацієнта в реанімації;
- медична реабілітація в гострий період;

- лікарські засоби з Національного переліку;
- ліки та медичні засоби, які закупаються централізовано (наприклад стенти).

У Програмі медичних гарантій на 2021 рік НСЗУ пропонує запровадити низку змін, що дозволять покращити надання допомоги пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями [88]:

- включити до програми «Доступні ліки» ліки для пацієнтів, що мали інфаркт або інсульт;
- підвищити тарифи на надання послуг з лікування інфаркту та інсульту в медичних закладах;
- ввести підвищувальний коефіцієнт на рівні 5% доплат за дотримання бригадами екстреної медичної допомоги правильних маршрутів пацієнтів. Якщо бригада швидкої допомоги доставлятиме пацієнта, наприклад з підозрою на інфаркт, саме до того закладу, який має договір з НСЗУ на його лікування, Центр екстреної медичної допомоги отримає більше коштів.

У 2019 році в рамках реалізації спільного Проекту МОЗ України та Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей» отримані результати щодо діагностики та лікування артеріальної гіпертензії та гострого інфаркту міокарда у пілотних областях України (Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Закарпатській, Запорізькій, Полтавській та Рівненській) [48]. За даними звіту в пілотних областях Проекту показники ефективності лікування серцево-судинних захворювань поступово покращувались. Зокрема, упродовж 2015-2017 років збільшилась частка пацієнтів віком 40-60 років, які успішно контролювали підвищений артеріальний тиск. Ці показники зберігають позитивний тренд, в тому числі і за рахунок ранньої діагностики ССЗ [37].

З метою вдосконалення системи надання кардіологічної допомоги населенню та розвитку кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я МОЗ України у 2019 році затвердило зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників [60]. Відтепер з'явилися нові

спеціальності – «лікар-кардіолог інтервенційний», «лікар-кардіолог-електрофізіолог», «лікар-кардіолог дитячий» та «лікар-ревматолог дитячий». Також змінюються кваліфікаційні вимоги до лікаря-кардіолога. Впровадження нових спеціальностей дозволить простіше опанувати та застосовувати на практиці ефективні сучасні підходи в лікуванні найпоширеніших серцево-судинних захворювань.

2.3. Стандартизація як механізм державного регулювання надання медичної допомоги

Стандартизація у сфері охорони здоров'я населення як механізм державного управління встановлює правила, загальні принципи або характеристики стосовно ресурсів, діяльності галузі або її результатів, з метою досягнення оптимального ступеня впорядкування [Держ політ ч.1, с. 218].

Стандарт медичної допомоги – це сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики [47].

Систему стандартів у сфері охорони здоров'я складають державні соціальні нормативи та галузеві стандарти. Державні соціальні нормативи у сфері охорони здоров'я встановлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [57]. Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є: стандарт медичної допомоги; клінічний протокол; таблиць матеріально-технічного; лікарський формуляр (стаття 47 Основ законодавства про охорону здоров'я) [47].

Розвиток стандартизації медичної допомоги в Україні відбувається на виконання таких нормативно-правових актів: Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Закону України «Про Державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III; Указу Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. №

1694/2005; Постанови КМУ «Про затвердження заходів щодо виконання Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» від 9 серпня 2001 р. № 960; наказу МОЗ України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 1 серпня 2011 р. № 454; наказу МОЗ України від 11.09.2013 № 795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги»; наказу МОЗ України від 28.09.2012 №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги», наказу МОЗ України від 05.02.2016 № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування»; наказу МОЗ України від 16.09.2011 № 597 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» [15, с. 217; 21].

В теперішній час в системі охорони здоров'я України відбувається побудова якісно нової системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методик з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини [21]. Система стандартизації, що впроваджується нині, має наступні характеристики [77]:

- нова система представлена трьома новими типами документів: клінічні настанови, медичні стандарти та клінічні протоколи;
- клінічні протоколи медичної допомоги та медичні стандарти розробляються на принципах доказової медицини (в основу цих розробок покладені Клінічні рекомендації/ настанови (третинні джерела доказової медицини));
- медико-технологічні документи розроблені не за медичною спеціальністю, а за темою (Артеріальна гіпертензія, Ішемічний інсульт та ін.).

Методика розробки та впровадження стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини та Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги гармонізовані з відповідними документами ЄС [21].

Відповідно до Наказу МОЗ від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» в Державному експертному центрі МОЗ створено Реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги [70]. Зазначимо, що в ДЕЦ створено Базу стандартів медичної допомоги, в якій представлені документи, що розроблялися до 2012 року, в основному експертним методом, а не на засадах доказової медицини [21].

База стандартів медичної допомоги в Україні містить чинні документи, затверджені наказами МОЗ України, які регламентують клінічні аспекти надання медичної допомоги у вигляді: стандартів медичної допомоги; клінічних протоколів (а також протоколів надання медичної допомоги); нормативів надання медичної допомоги; методичних рекомендацій, та інших нормативних документів, які можуть бути використані для визначення лікування, яке має отримати хворий (зокрема, медикаментозного лікування – фармакотерапії).

Показники якості надання медичної допомоги віднесено до переліку державних соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я [57].

Приклади критеріїв якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для закладів охорони здоров'я [46, с. 9]:

1. спрямованість на пацієнта – дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством; дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності; проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта;
2. результативність – медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини;
3. безпека – дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами;

4. доступність – це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від соціальних, культурних, географічних, економічних, організаційних чи мовних бар'єрів;

5. економічна ефективність – обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів.

Індикатор якості медичної допомоги – кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно [38].

Індикатори якості, як інструмент для вимірювання досягнутого рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 [38]. Основним джерелом даних для отримання індикаторів якості медичної допомоги є первинні медичні документи, які містять інформацію про факти надання медичної допомоги, а також автоматизовані бази даних, створені на основі таких документів.

Механізм індикації ключових точок процесу медичної допомоги сприяє виявленню відхилень та проведенню подальших організаційних заходів (корекції умов, ресурсного забезпечення, дій медичного персоналу та інших компонентів системи), спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги [38]. Фактично індикатори відображують стан медичної допомоги, її матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

З метою удосконалення організації та якості надання медичної допомоги кардіологічним хворим МОЗ України затверджено зміни до наказу № 206 «Про заходи щодо поліпшення якості кардіологічної допомоги населенню України», насамперед, це зміни переліку орієнтовних показників поширеності (виявлення за даними профілактичних оглядів, відвідувань населенням поліклінік та медсанчастин) основних серцево-судинних захворювань згідно з

стандартизованими даними епідеміологічних досліджень НДІ кардіології ім. М. Д. Стражеска [64].

З урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я розробляється Програма медичних гарантій в порядку, встановленому МОЗ як центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з Міністерством фінансів України [58].

Вдосконалення систем стандартизації, сертифікації та акредитації в охороні здоров'я розглядається як один з напрямів наближення до світових еталонів якості надання медичної допомоги. Проблеми управління і оцінки якості та безпеки медичної допомоги населенню є одними з найважливіших для будь-якої системи охорони здоров'я. Важливо, що актуальність питань забезпечення якості особливо зростає в період реформування галузі охорони здоров'я.

Надання високоякісної медичної допомоги стає можливим за умови фінансової життєздатності систем охорони здоров'я, відповідності їх цільовому призначенню, орієнтації на потреби і інтереси населення та функціонування на науковій основі. Системи охорони здоров'я мають бути добре організованими з налагодженою координаційною взаємодією різних служб і співробітників, різних рівнів медичної допомоги, з високою культурою кількісних оцінок і зворотніх зв'язків [12].

Висновки до другого розділу

Законодавство України щодо охорони здоров'я і, зокрема, надання медичної допомоги є доволі розвинене. Однак у законодавстві не повністю дотримано принцип рівності надавачів медичних послуг за програмою державних медичних гарантій, наприклад, не враховано специфіку університетських клінік та клінічних баз, що не можуть бути такими

надавачами (мають статус підрозділів державних університетів – бюджетних установ).

В Україні функціонує кардіологічна служба, взаємодія між її структурними елементами покращена завдяки схваленню низки нормативних документів, і система кардіохірургічної допомоги, яка передбачає механізм взаємодії рівнів надання кардіохірургічної допомоги населенню. Система кардіохірургічної допомоги діє з метою профілактики захворювань, зниження інвалідності та смертності населення внаслідок серцево-судинних захворювань, реалізації державної політики щодо забезпечення закладами охорони здоров'я всіх форм власності вчасної та якісної допомоги населенню, рівного доступу населення до високоспеціалізованої кардіохірургічної допомоги.

Визначено проблеми надання медичної допомоги, що виникають внаслідок не до кінця продуманих заходів медичної реформи, серед яких порушення права громадян на вільний вибір рівня необхідної медичної допомоги та конкретного спеціаліста; низка проблем територіальної доступності медичної допомоги, погіршення кадрової ситуації.

Важливими механізмами підвищення ефективності надання кваліфікованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первина, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, забезпечення її інтеграції, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я.

Основні принципи, на яких базується якість медичної допомоги: своєчасність надання медичної допомоги (передбачає отримання у чітко визначений період медичних послуг, коли їх потребує хворий, що тим самим не погіршує його фізичний і психологічний стан); доступність медичних послуг (характеризує відповідність надання медичної допомоги очікуванням суспільства та можливостям їх отримання); безпека (надання допомоги без наявного ризику для хворих).

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

3.1. Реалізація права на доступну якісну медичну допомогу: зарубіжний досвід для України

Необхідність підвищення дієвості державних заходів щодо зниження смертності від серцево-судинних захворювань через їх визначальний вплив на демографічну ситуацію в державі передбачає більш чітке визначення сутності, мети, напрямів, цілей і завдань державного регулювання системи з надання населенню допомоги крізь призму конституційного права населення на медичну допомогу як такого, що гарантує йому фізичне існування та є умовою збереження і зміцнення здоров'я нації [14].

Діяльність системи охорони здоров'я будь-якої держави має на меті збереження життя та відновлення здоров'я населення, тому порівняльний аналіз розвитку систем охорони здоров'я та законодавче забезпечення деяких країн, надає можливість проводити зважену політику в напрямі реформування системи та удосконалення правового забезпечення права на медичну допомогу населення в Україні [81, с. 135].

Уряди багатьох країн європейського регіону ВООЗ здійснюють постійний аналіз своїх систем охорони здоров'я з оцінкою прийнятності сучасних підходів до організації та надання медичної допомоги [97]. Заходи щодо перетворення системи охорони здоров'я оцінюють не тільки за короткостроковою економією державних бюджетних коштів, але й за їх здатністю поліпшити здоров'я всього населення.

Процеси трансформаційних змін національних систем охорони здоров'я у європейських країнах, здебільшого стосуються організаційного, нормативного, економічного аспектів діяльності. Здійснювана переоцінка наявних механізмів управління національними системами охорони здоров'я стосується переважно питань фінансування, економічного регулювання,

нормативного ставлення до питань якості надаваних послуг та інших аспектів діяльності [7, с. 91]. Медичне обслуговування, як і інші системи обслуговування населення, відображає глибоко вкорінені соціально-культурні очікування суспільства в цілому [82].

Обґрунтування перетворень у сфері охорони здоров'я Республіки Польща, а також формулювання їх цілей на етапі планування реформи та першого етапу її здійснення, не було здійснено з необхідною чіткістю. Цей факт цілком обґрунтовано можна вважати однією з причин, яка призвела до невдач у ході реформ на етапі 1998–2002 рр [8].

Основні реформи й ініціативи політики польської влади, проведені у 2006–2011 роках, включали найважливіші аспекти управління охороною здоров'я (стандартизація послуг, фінансування установ охорони здоров'я, боротьба з корупцією) [20, с. 128]. Відповідно до Закону про інформаційну систему у 2011 р. створено реєстр медичних юридичних осіб, включаючи всіх юридичних осіб, залучених до терапевтичної діяльності. Закон також давав можливість для застосування багатьох інноваційних рішень, таких як контроль черг до лікарів. Пацієнти мають доступ до інформації про завершене і заплановане медичне обслуговування, а також можливість обмінюватися інформацією щодо діагностики. Прийнятий закон покращив доступ до охорони здоров'я, зобов'язання контролювати черги було введено для всіх лікарень та амбулаторій. Збережено попереднє диференціювання між двома категоріями пацієнтів – «терміновими» і «відстроченими».

У 2009 р. змінами до Закону про охорону здоров'я вперше введено поняття «гарантований кошик медичних послуг». Головна мета Закону полягала в тому, щоб скласти деталізований перелік медичних послуг, виділивши при цьому перелік гарантованого обсягу медичної допомоги. Однак Закон не вказував нових фінансових джерел, якими органи самоврядування могли б покривати грошові збитки, роблячи комерціалізацію реальною. Деякі експерти розглядали це як пряму приватизацію і пропонували залишити заклади, які були б у віданні місцевих органів самоврядування.

Іншими аспектами охорони здоров'я, що потребують удосконалення, є первинна допомога, де переваги, очікувані від запровадження сімейної медицини в 1990-х, значною мірою не могли бути здійсненими. Порівняно з основною медичною допомогою доступність послуг амбулаторного хворого була оцінена набагато гірше [20, с. 132].

Сильні сторони польської системи включали законодавство, що захищає права пацієнтів, залучення організацій до процесів прийняття рішень, доступність медичної документації.

Досвід Польщі свідчить, що рішення про включення нового фінансового інституту – лікарняних кас – в непідготовлену до перетворень структуру служби охорони здоров'я було помилкою [8]. Вчасно не було прийнято рішення з принципових питань, без яких неможливо реформувати систему медичного обслуговування та створити нову конструкцію системи охорони здоров'я.

Таким чином, досвід Польщі засвідчує, що в Україні реформи системи охорони здоров'я мають стосуватися таких питань [8, с. 11]:

- склад пакету послуг, сплачених за рахунок страхових внесків;
- обладнання, яке повинні мати у своєму розпорядженні медичні установи, що обслуговують пацієнтів за умовами загального медичного страхування, та набір послуг (процедур) які вони можуть надавати;
- критерії, з урахуванням яких має бути сформована мережа закладів охорони здоров'я;
- перелік публічних органів (міське самоврядування, державна адміністрація), які мають нести відповідальність за регіональну політику у сфері охорони здоров'я;
- шляхи приватизації установ охорони здоров'я;
- способи здійснення контролю за діяльністю системи охорони здоров'я;
- необхідність створення незалежного органу, завданням якого було б встановлення мінімальних тарифів, на які були б зобов'язані орієнтуватися під час укладання контрактів покупці і виробники медичних послуг.

Реформування системи охорони здоров'я у Словаччині, де владі вдалося запровадити систему спільних платежів і за візити до лікарів широкого профілю, і за відвідування закладів, що пропонують амбулаторне лікування, а також плати за день стаціонарного лікування в лікарні. Виявляється, це досить важливо для обмеження зайвих візитів, медичних оглядів і рецептів. Важливість ідеї відокремлення цих двох комплексів медичних послуг не можна недооцінювати. Широкий загал змушений прийняти той факт, що обсяг медичних послуг, фінансованих за рахунок держави, не безмежний, і універсальне право на отримання медичних послуг не означає невіддільного права громадян отримувати всі види медичних послуг без будь-якої компенсації вартості цих послуг [79, с. 38].

Згідно зі змінами словацького законодавства в охороні здоров'я, уряд уповноважений створити комісію, яка відповідальна за укладання каталогу (з описом всіх хвороб і можливим лікуванням в кожному окремому випадку) та класифікацію медичних послуг. Це необхідно для того, щоб СОЗ мала доступ до інформації про свої кінцеві фінансові зобов'язання, а також щоб лікарі могли підраховувати, яку суму страхового доходу вони мають право отримати в кожному окремому випадку обстеження та лікування. Класифікація медичних послуг, у свою чергу, конче необхідна для пацієнтів, вона визначатиме частку їхньої оплати (і через страхування, і завдяки спільним платежам) [79, с. 40].

У країнах Східної Європи проводиться децентралізація вторинної й третинної медицини, де більшість лікарень та амбулаторних клінік залишаються у власності місцевих або регіональних органів самоврядування. У країнах Вишеградської групи (Польщі, Чехії, Угорщини, Словаччини), зокрема в Польщі, уряд вирішив децентралізувати управління державними фондами страхування здоров'я. Лікарні та більші підрозділи амбулаторного лікування зараз підпорядковуються місцевій владі. У країнах, менших за розміром, наприклад у Словаччині, Угорщині й Чехії, немає такого очевидного рівня

прив'язки управління більшими медичними закладами в ієрархії державного управління, але децентралізація однак можлива й бажана [81].

Салтман Р. стверджує, що з точки зору демократичних суспільств, труднощі в системних змінах медичного обслуговування пов'язані з більш складними взаємовідносинами між цінностями суспільства, нормами реалізації цих цінностей та існуванням індивідуумів, які автономні і водночас залежні від них [82]. У цьому сенсі реформування системи охорони здоров'я не може зводитися до суто механічних дій, що полягає в реалізації раціонального плану щодо більш ефективного використання ресурсів. Мова йде більше про дослідження та використання механізмів державного управління, ніж просто про скорочення витрат [82].

Необхідно зазначити, що опанування зарубіжного досвіду сприятиме успішному реформуванню вітчизняного законодавства у сфері охорони здоров'я населення, який би узгоджувався з положеннями міжнародного законодавства, сприяв ефективності його застосування, захисту прав, свобод та інтересів громадян, зміцненню законності та правопорядку в Україні.

Погоджуємося з пропозицією А. Кланца, що з метою підвищення доступності медичної допомоги в Україні доцільно з урахуванням провідного міжнародного досвіду розробити та затвердити урядову програму «Доступна медична допомога» [29, с. 259]. Ця програма має передбачати стандартизацію медичних послуг стосовно кожного захворювання та обов'язкове державне страхування за умови, якщо стандарти медичні послуги надаватимуться людям, прибуток яких є нижчим фізичного мінімуму. При цьому варто враховувати і той факт, що медична допомога має чітко корелюватись із конкретним захворюванням конкретного пацієнта, забезпечуючи чітку її відповідність медичним даним. Виходячи з цього в Україні доцільно створити єдину систему надання медичних послуг та медичної допомоги.

Одним із заходів щодо виходу з кризової ситуації в системі охорони здоров'я України має стати розроблення «Концепції довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року», яка передусім має сприяти

вирішенню комплексу проблем вітчизняної системи охорони здоров'я в умовах кризи, серед яких [29, с. 260]:

- недостатнє фінансування державної системи охорони здоров'я, високий рівень декларативності відповідних державно-управлінських рішень, що зумовлюють відсутність гідної оплати праці медичному персоналу, належного забезпечення населення безкоштовними ліками, звужують можливість дотримання сучасних стандартів лікування та забезпечення медичних закладів сучасним інноваційним обладнанням;

- неефективність кадрової політики, яка є причиною тотального браку висококваліфікованих медичних кадрів, що детерміновано призводить до деінституціоналізації системи охорони здоров'я. Дефіцит медичних кадрів у межах вітчизняної системи охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний із демографічною кризою, яка веде до зниження кількості вступників до медичних інституцій, зростання чисельності лікарів пенсійного та передпенсійного віку, а також із достатньо вузьким соціальним пакетом та відсутністю дійових мотиваторів;

- діаметрально низька якість медичної допомоги, яка увиразнюється при порівнянні з розвиненими державами країнами. Наприклад, за даними ВООЗ, у 2017 р. в Україна посідала найнижчі показники серед країн Європейського Союзу за кількістю виживаності хворих на рак молочної залози, часткою пацієнтів, які отримали інфекційні ускладнення в стаціонарах, коефіцієнтом внутрішньолікарняної летальності) [29].

Виходячи з цих трьох позицій «Концепція довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року» повинна сприяти вирішенню низки функціональних завдань у сфері забезпечення якості медичних послуг, зокрема [29, с. 261] Серед них:

- приведення у відповідність нормативних обсягів медичної допомоги фактологічним потребам населення. Це має забезпечити доступність лікарських препаратів та спростити процедури обстеження й лікування за допомогою сучасних інноваційних медичних технологій.

– розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги. Для прикладу: у «нових» країнах ЄС чисельність операцій з відновлення прохідності судин серця (реваскуляризація) у 5 разів вища, ніж в Україні, гемодіалізу - в 4 рази, операцій ендопротезування колінного і тазостегнового суглоба - в 6,5 разів [94]. Така статистика свідчить про стратегічну доцільність розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги в Україні не менш ніж утричі. При цьому варто відзначити, що «світова система охорони здоров'я протягом останніх двох-трьох десятиліть пережила глибокий технологічний прорив, який суттєво підвищив клінічні результати медичної діяльності» [29, с. 262]. Однак ці процеси в Україні зазнали певною мірою одностороннього спрямування, оскільки й надалі зберігається висока зношеність основних фондів, що в середньому становить 58,5%, у т. ч. медичного обладнання - 64% [97]. У стратегічному контексті це ставить питання про соціально аргументовану доцільність оптимізації системи охорони здоров'я, виходячи із стимулювання та створення умов для високотехнологічної медичної допомоги в Україні.

– забезпечення ефективності управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях. Воно має здійснюватися за допомогою відповідних стратегічних показників, серед яких стратегічне планування та підвищення відповідальності керівників за досягнення результатів. З огляду на міжнародний досвід такими стратегічними показниками виступають: показники якості медичної допомоги та її безпеки, відповідно до яких і здійснюється раціональний розподіл державних коштів, утверджується конкуренція за критеріями якості при закупівлі обладнання для медичної допомоги у постачальників, на основі чого складаються рейтинги лікувально-профілактичних установ, здійснюється їх економічне стимулювання [29, с. 262]. Варто відзначити, що для вітчизняної системи охорони здоров'я проблемою є відсутність достатніх стимулів доля підвищення ефективності використання ресурсів та дефіцит відповідальності органів публічної влади за стан здоров'я населення [51, с. 243].

3.2. Міжгалузевий підхід щодо розвитку системи профілактики серцево-судинних захворювань в Україні

Профілактика ССЗ – це скоординовані дії, спрямовані на усунення або зменшення поширеності ССЗ і пов'язаної з ними інвалідності та передчасної смертності. Рекомендовані до застосування у клінічній практиці заходи профілактики ґрунтуються на результатах клініко-епідеміологічних досліджень щодо ССЗ та досліджень щодо впливу заходів профілактики на захворюваність та смертність, проведених на засадах доказової медицини.

В Україні сформована державна система профілактики ССЗ відповідно до наступних законодавчих актів: Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 була прийнята на державному рівні «Програма профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні»; пізніше була затверджена «Державна програма запобігання та лікування серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань на 2006–2010 роки», підставою для виконання якої була Постанова КМУ від 31 травня 2006 року № 761 [90]. Державним замовником цих програм виступало МОЗ України. Термін їх виконання закінчився в 2010 році. Перші результати виконання програм засвідчили дві найголовніші тези [89]:

- 1) виявлена і реально встановлена поширеність і щорічна захворюваність на артеріальну гіпертензію і асоційовані з нею стани;
- 2) контроль артеріальної гіпертензії і пов'язаний з нею ризик розвитку серцево-судинних хвороб і ускладнень на популяційному рівні поки що не відповідає результатам міжнародних наукових досліджень, які продемонстрували високу ефективність лікування і покращення прогнозу не тільки при артеріальній гіпертензії, але і при поєднаних з нею хворобах. Навіть у розвинених країнах цільовий контроль артеріального тиску становить 35,6 % у чоловіків і 33,5 % у жінок [89].

Досвід 27 розвинутих країн світу з впровадженням широкомасштабних кардіологічних профілактичних програм, спрямованих на зменшення впливу факторів ризику виникнення ССЗ, свідчить, що провідною серед них є зміна

способу життя: збалансоване харчування відповідно до енергетичних затрат організму з достатньою кількістю ненасичених ліпідів; усунення шкідливих звичок (тютюнопаління); підтримання нормального артеріального тиску [83, с. 169].

Профілактику поділяють на первинну та вторинну. Первинна профілактика включає комплекс медичних та немедичних заходів, спрямованих на попередження розвитку відхилень в стані здоров'я і захворювань, спільних для усього населення окремих регіональних, соціальних, вікових, професійних та інших груп. Вторинна профілактика включає комплекс медичних, соціальних, санітарно-гігієнічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на раннє виявлення і попередження загострень, ускладнень та хронізації захворювань, обмежень життєдіяльності, що викликають дезадаптацію хворих в суспільстві, зниження працездатності, в тому числі інвалідизацію та передчасну смерть [39].

Основними заходами профілактики ССЗ, які рекомендується проводити упродовж всього життя, є виявлення факторів ризику, проведення загальної оцінки ризику розвитку ССЗ та проведення втручань, направлених на зменшення загального ризику за допомогою впровадження засад здорового способу життя [76].

З позиції управління ризиками виникнення ССЗ експерти ВООЗ виділяють фактори, що модифікуються (деякі поведінкові та біологічні фактори ризику) та немодифікуються (вік, стать). Так, останнім часом ВООЗ виділила сім факторів ризику, що достовірно підвищують смертність населення в європейських країнах. До цих факторів у порядку їх пріоритетного розподілу відносять артеріальну гіпертензію, гіперхолестеринемію, тютюнокуріння, ожиріння, нездорове харчування (низьке споживання овочів та фруктів), гіподинамію (недостатню фізична активність) та надмірне споживання алкоголю. В різних країнах пріоритети цих факторів ризику змінюються, однак на першому місці все одно залишається артеріальна гіпертензія. У багаточисельних епідеміологічних дослідженнях, що були

проведені як у нашій країні, так і за кордоном, отримано докази того, що шляхом цілеспрямованого лікувального та профілактичного втручання, в першу чергу, по відношенню до перерахованих факторів ризику, можна знизити частоту виникнення ССЗ і попередити передчасну смертність населення [75]. Провідна роль у виявленні факторів ризику та проведенні профілактики ССЗ належить лікарям закладів первинної медичної допомоги.

Профілактика ССЗ – яка залишається важливим завданням для популяції в цілому, політичних структур та системи охорони здоров'я – це скоординовані на суспільному та індивідуальному рівні дії, що спрямовані на усунення або зменшення впливу ССЗ і пов'язаної з ними інвалідності. Основні засади профілактики ґрунтуються на результатах клініко-епідеміологічних досліджень щодо ССЗ та доказовій медицині [76].

Необхідно значно розширити систему первинної профілактики виникнення хвороб системи кровообігу. Стратегія боротьби зі смертністю від цих хвороб повинна відрізнятися для осіб різного віку. У молодих чоловіків високий рівень смертності від серцево-судинних захворювань дуже часто асоціюється з курінням, зловживанням алкоголем, іншими наркотичними речовинами і взагалі більш пов'язаний зі способом життя, ніж коли йдеться про людей похилого віку, в яких основний внесок у розвиток хвороби роблять природні вікові зміни [24].

Кілька десятиліть тому було визначено два підходи щодо профілактики ССЗ: популяційна стратегія та стратегія високого ризику [76, с.14]. Популяційна стратегія спрямована на зниження поширеності ССЗ на популяційному рівні шляхом нормалізації способу життя і спрямована на населення в цілому. Реалізація цієї стратегії досягається шляхом проведення заходів на рівні державних або громадських органів. Прикладом таких заходів є заборона куріння і зниження вмісту кухонної солі в їжі. Це привносить позитивні зміни на рівні популяції, але ефективність на рівні окремої особи складно оцінити. Вплив такого підходу на загальну кількість серцево-

судинних подій у населення може бути значним, тому що більшість подій виникає у великій групі людей з невисоким ризиком.

Стратегія високого ризику передбачає, що профілактичні заходи спрямовані на пацієнтів з дуже високим ризиком чоловіків і жінок з комбінацією таких факторів ризику, як куріння, підвищений артеріальний тиск, ожиріння, цукровий діабет. На даний час досягнуто консенсусу щодо того, що найбільший профілактичний ефект досягається у випадку поєднання обох стратегій [76].

У 2016 р. до Європейських клінічних рекомендаціях з профілактики ССЗ вперше внесено розділ щодо організаційних засад впровадження популяційної профілактики з метою надання зацікавленим сторонам обґрунтованих пропозицій щодо найбільш ефективних втручань для зменшення ризику ССЗ [93]. Такі пропозиції можуть бути впроваджені в групі, громаді, на регіональному, національному чи глобальному рівні. Це вимагає перегляду законодавства і розробки цілеспрямованої політики щодо продуктів харчування, фізичної активності та куріння [76, с. 60]:

- 1) стосовно продуктів харчування:
 - законодавчо врегулювати склад продуктів харчування так, щоб забезпечити зниження споживання калорій, кухонної солі, насичених жирів, цукру і обмежити розмір порцій;
 - виключити транс-жири промислового походження;
 - законодавчо обмежити продаж продуктів харчування з високим вмістом жирів, цукру і солі дітям;
 - обкласти податками продукти з високим вмістом цукру і насичених жирів, а також алкогольні напої;
 - забезпечити доступність води і здорових продуктів харчування в школах і на робочих місцях;
 - законодавчо врегулювати розташування ресторанів і кафе швидкого харчування і їх поширеність.
- 2) стосовно фізичної активності:

- необхідно враховувати можливості для фізичної активності при плануванні нових садово-паркових зон, будівель і населених пунктів;
- розміщувати знаки і оголошення, що закликають користуватися сходами;
- збільшити податки на паливо;
- надавати податкові пільги у випадках покупки спортивного інвентарю або абонементів в спортивні клуби;
- надавати матеріальне заохочення бажаючим зменшити масу тіла і збільшити рівень тренуваності.

3) стосовно тютюнокуріння:

- заборона куріння в громадських місцях рекомендується для попередження куріння та сприяє припиненню куріння;
- високі податки на всі тютюнові вироби є найбільш ефективною політикою щодо зменшення куріння молодими;
- обмежити рекламу, маркетинг та продаж бездимного тютюну через значні докази шкідливості;
- поширити дію всіх торгівельних обмежень, які застосовуються до звичайних сигарет, на електронні.

Для розробки адекватної стратегії профілактики існує необхідність отримання інформації щодо динаміки захворюваності та смертності від ССЗ. На даний час не існує загальноєвропейської стандартизованої бази даних щодо захворюваності на ССЗ.

Погоджуємося з вітчизняними науковцями про необхідність ухвалення національної програми профілактики, лікування та реабілітації хворих на серцево-судинні захворювання. Метою програми якої є зниження смертності та захворюваності, підвищення якості і тривалості життя. Тому вона включає абсолютно весь технологічний ланцюг заходів, які в цьому напрямку повинні проводитися: починаючи з профілактики і закінчуючи реабілітацією [86]. Програма, зокрема, передбачає виконання таких завдань:

- створення правової бази, розроблення соціальних та економічних нормативів з основних аспектів боротьби з серцево-судинними хворобами;
- підвищення рівня обізнаності населення з питань кардіології та кардіохірургії шляхом залучення засобів масової інформації;
- поліпшення своєчасної ранньої діагностики серцево-судинних і судинно-мозкових захворювань, підвищення кваліфікації медичних працівників з питань раннього виявлення захворювання та забезпечення лікування хворих у спеціалізованих закладах;
- постійний моніторинг рівня захворюваності населення на серцево-судинні хвороби і стану надання кардіологічної та кардіохірургічної допомоги населенню;
- визначення потреб і пріоритетів в організації надання кардіологічної і кардіохірургічної допомоги населенню з урахуванням рівня, динаміки та структури захворюваності.

Для досягнення вище означених завдань потрібно [80]:

- створити систему екстреної та невідкладної кардіохірургічної та інтервенційної допомоги;
- покращити доступ громадян до сучасних методів діагностики ССЗ;
- збільшити обсяги кардіохірургічної допомоги та різновиди операцій, в першу чергу, в регіональних кардіоцентрах;
- впровадити досягнення співпраці провідних науково-лікувальних закладів в медичну практику всієї країни
- створити систему реабілітації пацієнтів з ССЗ.

Очікувані результати державної програми боротьби з серцево-судинними захворюваннями: зниження щорічного рівня смертності від ССЗ на 7% (в т.ч. малюкової та материнської); уніфікація підходів до формування статистичної звітності, яка відповідає європейським стандартам; створення реєстру пацієнтів з життєзагрозливими ССЗ; збільшення обсягів кардіологічної та кардіохірургічної допомоги, які наближуються до

європейських стандартів: 52790 кардіохірургічних, інтервенційних лікувальних та діагностичних втручань з показником летальності, що не перевищує 2% (з них – 24.000 стентувань [80].

З метою розвитку розвитку потенціалу кардіохірургії на місцевому рівні в містах, де концентрується вторинна медична допомога, необхідно розробляти і впроваджувати регіональні програми боротьби з серцево-судинними захворюваннями. Завданнями регіональної програми є: забезпечення ангиографами: 1 на 50 тисяч населення; створення оснащених і належним чином фінансованих окружних лікарень; забезпечення висококваліфікованими кадрами.

Таким чином, потрібна державна програма, яка буде включати профілактику, лікування та реабілітацію. В першу чергу – профілактику серцево-судинних захворювань, яка значно дешевша, ніж лікування і реабілітація.

3.3. Сприяння розвитку професійного лікарського самоврядування

Розбудова системи професійного самоврядування (з поступовими передаванням регуляторних та управлінських функцій до самоврядних інституцій) повинна стати одним із вагомих чинників на шляху забезпечення прозорості та відкритості однієї з ключових систем суспільного життя. Зрозуміло, що нагальних змін потребують управлінські методи системи, які впливають на якість, безпеку і доступність медичної допомоги та забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

Професійне лікарське самоврядування розглядається як передбачена законом система управлінських взаємин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати зусилля представників певного фаху в стосунках з органами державної влади, із суспільством та між собою. Тобто законом надаються управлінські повноваження з метою успішного функціонування певної професії на користь усього суспільства. Таке

професійне самоврядування репрезентується власною, визначеною законом представницькою організацією, побудованою на засадах децентралізації, і перебуває вона під наглядом державної влади [40].

Відповідно до ст. 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я громадяни мають право об'єднуватись у громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я, брати участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесенні пропозицій щодо формування державної політики в галузі охорони здоров'я. Стаття 24 Основ передбачає участь громадськості в охороні здоров'я. Зокрема, закріплено обов'язок органів та закладів охорони здоров'я сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охорони здоров'я і проведенні громадської експертизи з цих питань [47]. Серед професійних прав медичних працівників закріплено право на створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій [47].

Самоврядними організаціями визнаються некомерційні організації, створені з метою саморегулювання та засновані на членстві, що об'єднують суб'єктів підприємницької діяльності, ґрунтуючись на поєднанні виробництва товарів (робіт, послуг) або ринку вироблених товарів (робіт, послуг), або об'єднують суб'єктів професійної діяльності певного виду [30, с. 185]. Розглядаючи зв'язок між охороною здоров'я та державою, можна сказати, що саморегулювання надає лікарям можливість взяти на себе виконання деяких функцій, які до цього виконувала держава. Саморегульовані організації можуть не тільки встановлювати правила та стандарти для своїх учасників, але й проводити їхнє навчання, розробляти траєкторію розвитку всієї сфери. Таким чином, лікарі отримують право впливати на охорону здоров'я, а держава знімає із себе частину відповідальності та витрат [30, с. 194].

Слід зазначити, що саморегулювання, крім своїх переваг (здатність реагувати на швидкі зміни в індустрії – швидкість і гнучкість, здатність ринку підшукувати надійний спосіб регулювання – ефективність), має й недоліки: професійні стандарти занадто часто стають маскою для самозахисту; примус слабкий, іноді виборчий; упередженість і подвійні стандарти [30, с. 181].

Репутація організації саморегулювання посідає важливе місце і являє собою результат позитивного функціонування самоврядної організації на ринку, а отримання даного результату ґрунтується на компетентності, що визначає її особливу роль у діяльності самоврядних організацій і створює передумови до її формування та оцінки.

У сучасних умовах створення дієвого інституту лікарського самоврядування потребує не лише ефективної структурованості власне лікарської організації, а й чіткої координації її діяльності з державними інститутами влади [40].

Практика державного будівництва розвинутих країн свідчить, що однією з ефективних форм взаємодії держави і суспільства є надання права саморегулювання визначених сфер суспільного життя самим суб'єктам цієї діяльності. В основу удосконалення системи регулювання, як відомо, має бути покладений принцип субсидіарності (додатковості, допоміжності) [4, с. 171]. Зазначений принцип не дозволяє державам сконцентрувати всі управлінські повноваження на верхніх щаблях державної влади і стимулює процеси децентралізації здійснення владних повноважень. Тому сьогодні в нашій країні потрібно створювати більш самостійні органи управління, діяльність яких має базуватись на принципі самоорганізації і самоврядування, а це вимагає створення юридичних осіб публічного права. Такі структури наділяють правом здійснювати частину державних функцій спільноти представників окремих професій та які називаються організаціями професійного самоврядування.

Запровадження лікарського самоврядування є важливою складовою побудови ефективної і стійкої системи охорони здоров'я населення, передусім складової – медичного обслуговування, і направлене на забезпечення професійних прав і професійної відповідальності лікарів, створення умов для належної лікарської практики та захисту прав пацієнтів на безпечну та високоякісну медичну допомогу.

Вимоги та рекомендації щодо запровадження лікарського самоврядування містяться у низці декларацій, прийнятих Всесвітньою медичною асоціацією та Світовим лікарським товариством. Одне із ключових положень у цьому аспекті визначено в Мадридській декларації про професійну автономію і самоуправління, прийнятій Всесвітньою медичною асоціацією (1987). У цьому міжнародному акті зазначено, що ВМА вимагає, аби національні медичні асоціації в своїх державах розробляли, підтримували і брали активну участь у системах самоуправління лікарів. Такий внесок в ефективне самоуправління буде вирішальним у забезпеченні професійної автономії при ухваленні рішень щодо надання медичної допомоги пацієнтам [55]. Згідно з резолюціями Всесвітньої Медичної Асамблеї (1973, 1983) умови роботи медичних працівників повинні визначатися позиціями лікарських товариств, лікарям має бути гарантовані моральна, економічна та професійна незалежність, а медичне товариство повинно бути адекватно представлене в усіх державних інститутах. У Мадридській декларації щодо професійної автономії і самоуправління сформульовано основні принципи лікарського самоврядування, серед яких: забезпечення якості надання медичної допомоги пацієнтам і професійної компетенції медичних працівників, які її надають [55].

На сьогодні у Мін'юсті зареєстровано понад 200 асоціацій медичного профілю (лікарських та фармацевтичних), багато з яких не працюють активно. Часто трапляється, що вони дублюють одна одну – існує по 3–4 асоціації одного профілю [4, с. 179].

Серед професійних лікарських організацій, діяльність яких спрямована на зниження поширеності ССЗ найбільш активними є: Асоціація кардіологів України, Асоціація серцево-судинних хірургів України, Асоціація аритмологів України, Асоціація інтервенційних кардіологів України. Всеукраїнська асоціація превентивної кардіології та реабілітації, Всеукраїнська асоціація з невідкладної кардіології, Українська антигіпертензивна асоціація, Українська асоціація фахівців із серцевої недостатності та Українське товариство з атеросклерозу [87]. Зазначені професійні асоціації взаємодіють над

встановленням ефективного діалогу між медичними спільнотами та представниками влади з питань, які пов'язані з забезпеченням населення з ССЗ ефективною та своєчасною спеціалізованою кардіологічною допомогою.

На XX національному конгресі кардіологів (2019 р.) виокремлено низку невирішених питань у сфері надання допомоги хворим з ССЗ [45]:

- проблема фінансування невідкладної та планової допомоги кардіологічним хворим і заробітної плати медичних працівників;
- відсутнє державне страхування хворих на серцево-судинні захворювання;
- відсутній державний статистичний реєстр хворих на гострий коронарний синдром, порушення ритму серця, легеневу артеріальну гіпертензію, гостру та хронічну серцеву недостатність;
- неузгоджені правові стосунки лікаря і пацієнта;
- недостатня пропаганда здорового способу життя та значення чинників ризику серцево-судинних захворювань на державному рівні у засобах масової інформації;
- недостатня оцінка серцево-судинного ризику та корекція чинників ризику у хворих на артеріальну гіпертензію;
- відсутня належна підтримка проведення популяційних досліджень, спрямованих на виявлення медико-соціальних чинників ризику серцево-судинних захворювань серед населення України.

Серед рекомендацій Національного конгресу: необхідність впровадження Державної програми профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2020–2025 роки; регулярний (кожні 4 роки) перегляд стандартів профілактики, діагностики та лікування серцево-судинних захворювань згідно з європейськими рекомендаціями; порушення клопотання перед МОЗ щодо необхідності продовження створення уніфікованих національних рекомендацій і стандартів щодо діагностики і лікування основних серцево-судинних захворювань [45].

У нашій країні знівельована роль фахових медичних об'єднань у професійній підготовці та підвищенні кваліфікації лікарів. На сьогодні роль цих організацій зводиться виключно до наукової діяльності, а будь-які їх намагання втрутитися у кадрову політику не знаходять підтримки серед управлінців охороною здоров'я. Цю проблему можна вирішити через законодавче утвердження інституції лікарського самоврядування, у якій всю відповідальність за стан справ щодо конкретних медичних спеціальностей – від підготовки кадрів, їх використання до відповідальності за результати роботи – передбачено делегувати саме вузькофаховим медичним об'єднанням.

Закріплення на законодавчому рівні переліку організаційно-господарських повноважень, які делегуються державою саморегулюючим організаціям, сприятиме забезпеченню оптимального балансу між здійсненням державного регулювання органами державної влади та/або органами місцевого самоврядування та ринковою саморегуляцією у сфері забезпечення медичної допомоги. До таких організаційно-господарських повноважень можна віднести: розроблення і впровадження правил поведінки, створення некомерційних медичних організацій – надавачів медичної допомоги; стандартів професійної поведінки на ринку медичних послуг; видача ліцензій суб'єктам, які надають медичні послуги; сертифікація фахівців, що здійснюють відповідний вид господарської діяльності; проведення перевірок провадження відповідного виду професійної діяльності, дотримання вимог законодавства, правил, стандартів професійної поведінки; припинення (зупинення) дії ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності [4, с. 172].

У 2009 році було запропоновано перший законопроект «Про фахові саморегулювні і самоврядні об'єднання» [71], який визначає загальні засади діяльності фахових саморегулюючих і самоврядних об'єднань, які створюються з метою збалансування інтересів учасників об'єднання (представників певної професії, виробників товарів, робіт та послуг), споживачів (громадян) і держави для створення ефективного економічного й

соціального клімату. Під фаховим об'єднанням розуміють громадське об'єднання, що створюється шляхом самоорганізації фізичних та/або юридичних осіб з метою реалізації спільних інтересів, впровадження засад саморегулювання та/або професійного самоврядування у визначеній професії, сфері діяльності чи галузі відповідно до статуту об'єднання.

Інститут саморегулювання та його форми – організації професійного самоврядування, може активно розвиватися лише за умов підтримки державою процесів їх функціонування в межах загального регулювання їх діяльності без втручання у внутрішню діяльність. Метою державного стимулювання інституціоналізації саморегулюючих організацій є необхідність розмежування функцій між державним і суспільним регулюванням. Сприяння організації професійного самоврядування передбачає активну участь саморегулюючих організацій в процедурах допуску до професії (ліцензування).

6 квітня 2018 року на розгляд до ВРУ подано законопроект «Про лікарське самоврядування». Метою прийняття Закону України є впровадження професійного самоврядування лікарів та наділення органів лікарського самоврядування відповідними повноваженнями в сфері регулювання лікарської діяльності і контролю їх професійної відповідальності [66]. Завданням, що поставив перед собою законодавець, – це адаптація законодавства України до світової та європейської практики з метою створення збалансованої системи захисту права пацієнта на безпечну і якісну медичну допомогу через врегулювання питань здійснення лікарської практики, професійної відповідальності лікарів за її належне провадження і дотримання етичних вимог, розв'язання протиріч і суперечок шляхом медичного арбітражу і медіації.

Самоврядування у сфері медичної діяльності – це самостійна та ініціативна діяльність, що здійснюється суб'єктами підприємницької або професійної діяльності. Її змістом є розробка та встановлення стандартів і правил зазначеної діяльності, а також контроль за дотриманням вимог

зазначених стандартів і правил. Підвищення якості регулювання медичної діяльності вимагає активної участі організованого професійного співтовариства у встановленні стандартів діяльності та забезпеченні їх виконання. Розвиток саморегулювання медичної діяльності дозволить створити інститут системного опонування державному регуляторіві та забезпечити механізм реальної, насамперед, майнової відповідальності [30, с. 220].

При взаємодії суспільства та охорони здоров'я саморегулювання повинне привести до підвищення якості надання медичних послуг, оскільки саморегульовані організації можуть установлювати більш високі стандарти надання медичної допомоги, впроваджувати нові стандарти та способи лікування, стежити за рівнем кваліфікації лікарів і проводити їхнє навчання. Тим самим підвищується рівень довіри суспільства до лікарів і СОЗ в цілому. Саморегулювання в охороні здоров'я побічно впливає й на взаємодію суспільства та держави. При підвищенні якості надання медичних послуг суспільство буде ставитися більш лояльно не тільки до СОЗ, але й до держави як постачальника даних послуг. Це дозволяє зменшити соціальну напруженість і підвищити довіру громадян до держави [30, с. 194].

Лікарське самоврядування несе відповідальність за результати діяльності кожного лікаря перед пацієнтами та державою. Для досягнення цих цілей професійне самоврядування виконує такі завдання:

- турбота про належне виконання кожним лікарем своїх професійних обов'язків і відповідний контроль у цій сфері;
- утвердження принципів професійної етики, які є обов'язковими для всіх лікарів, контроль за їх дотриманням;
- представлення та захист інтересів професії лікаря у відносинах із суспільством в цілому та державою зокрема.

У зв'язку з цим професійному лікарському самоврядуванню, окрім іншого, належить важлива роль і у вирішенні таких важливих питань, як:

- удосконалення системи медичної освіти;

- розробка індикаторів якості надання медичної допомоги та контроль за їх дотриманням;
- атестація та сертифікація медичних фахівців, а також акредитація медичних практик;
- участь у проведенні конкурсів на заміщення керівних та інших вакантних посад у сфері охорони здоров'я.

Отже, професійне лікарське самоврядування – це система, яка дозволяє в рівній мірі задовольнити потреби і захистити права як медичних працівників, так і пацієнтів.

Погоджуємося з Л. Бондаревою, що інтегрування самоврядних організацій в механізм державного регулювання – це, насамперед, економія бюджетних коштів на утримання апарату управління, професійний підхід до підготовки будь-якого регуляторного акта, професійна відповідальність, професійне розуміння й вирішення конкретних питань і завдань щодо забезпечення доступності й якості медичної допомоги, реалізація можливостей громадян України брати безпосередню участь в управлінні державними справами через процедуру делегування відповідних повноважень фаховим самоврядним і саморегулюючим об'єднанням, а також формування нової культури партнерства професіоналів, влади, бізнесу й суспільства [4, с. 178].

Існування саморегулюючої національної системи лікарського самоврядування забезпечить вагомий внесок у формування цивільної відповідальності лікарів за здоров'я населення, створить реальну можливість розвитку цивілізованого ринку медичних послуг і сприятиме створенню умов для надання якісної та доступної медичної допомоги. Запровадження системи лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий оборот фінансових коштів в охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій і забезпечить контроль за медичною рекламою, дозволить сформувати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, сприятиме

успішному вирішенню багатьох важливих медико-соціальних проблем [30, с. 209].

Отже, головним завданням професійного самоврядування лікарів є формування такої моделі правовідносин, при якій кожен лікар несе персональну відповідальність за належне виконання своїх обов'язків перед професійним самоврядуванням лікарів, яке, у свою чергу, є відповідальним за діяльність кожного лікаря перед пацієнтами та державою.

На сьогодні у Мін'юсті зареєстровано понад 200 асоціацій медичного профілю (лікарських та фармацевтичних), багато з яких не працюють активно [4, с. 179]. Часто трапляється, що вони дублюють одна одну – існує по 3–4 асоціації одного профілю. Тож варто визначитися з головними професійними об'єднаннями та встановити певні правила гри для саморегулюючих організацій через регламентування їх створення та функціонування. В основу такого регламенту мають бути покладені Рекомендації Ради Європи [78], які пропонують урядам створювати сприятливі умови в юридичній і податковій системі для фінансування і керування громадськими медичними організаціями, а бюджет охорони здоров'я, наскільки можливо, повинен включати статті для підтримки їхньої діяльності – виконання ними публічних (делегованих державою) повноважень.

Таким чином, значну роль на шляху реформування, а саме щодо регулювання розвитку галузі повинні відіграти професійні об'єднання лікарів та передача їм функцій: забезпечення незалежності лікаря, захист від втручання у здійснення лікарської діяльності; проведення процедури атестації і ліцензування практичної діяльності лікарів; участь у забезпеченні страхування професій.

Висновки до третього розділу

З метою підвищення доступності медичної допомоги в Україні доцільно з урахуванням провідного міжнародного досвіду розробити та затвердити

Концепцію довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року, мета якої – сприяти забезпеченню якості медичних послуг шляхом приведення у відповідність нормативних обсягів медичної допомоги фактологічним потребам населення; розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги; забезпечення ефективності управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях, що оцінюється з огляду на міжнародний досвід за такими стратегічними показниками як показники якості медичної допомоги та її безпеки.

У розвитку системи профілактики доцільно поєднувати два підходи: популяційну стратегію та стратегію високого ризику. Реалізація популяційної стратегії, яка спрямована на населення в цілому, досягається шляхом проведення заходів на рівні державних або громадських органів. Прикладом таких заходів є заборона куріння і зниження вмісту кухонної солі в їжі. Це привносить позитивні зміни на рівні популяції, але ефективність на рівні окремої особи складно оцінити. Вплив такого підходу на загальну кількість серцево-судинних подій у населення може бути значним, тому що більшість подій виникає у великій групі людей з невисоким ризиком. Стратегія високого ризику передбачає, що профілактичні заходи спрямовані на пацієнтів з комбінацією таких факторів ризику, як куріння, підвищений артеріальний тиск, ожиріння, цукровий діабет.

Професійне лікарське самоврядування розглядається як передбачена законом система управлінських взаємин між усіма представниками певної професії, покликана консолідувати зусилля представників певного фаху в стосунках з органами державної влади, із суспільством та між собою. Тобто законом надаються управлінські повноваження з метою успішного функціонування певної професії на користь усього суспільства. Таке професійне самоврядування репрезентується власною, визначеною законом представницькою організацією, побудованою на засадах децентралізації, і перебуває вона під наглядом державної влади.

Закріплення на законодавчому рівні переліку організаційно-господарських повноважень, які делегуються державою саморегулюючим організаціям, сприятиме забезпеченню оптимального балансу між здійсненням державного регулювання органами державної влади, органами місцевого самоврядування та ринковою саморегуляцією у сфері забезпечення медичної допомоги. До таких організаційно-господарських повноважень можна віднести: розроблення і впровадження правил поведінки, створення некомерційних медичних організацій – надавачів медичної допомоги; стандартів професійної поведінки на ринку медичних послуг; видача ліцензій суб'єктам, які надають медичні послуги; сертифікація фахівців, що здійснюють відповідний вид господарської діяльності; проведення перевірок провадження відповідного виду професійної діяльності, дотримання вимог законодавства, правил, стандартів професійної поведінки; припинення (зупинення) дії ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі наведено вирішення актуального наукового завдання, що полягає в дослідженні теоретичних засад та виробленні практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері надання медичної допомоги населенню при серцево-судинних захворюваннях. Отримані в процесі дослідження результати свідчать про досягнення мети, вирішення поставлених завдань. Узагальнення результатів дослідження дало підстави сформулювати наступні висновки і рекомендації:

1. На підставі аналізу наукових джерел за темою дослідження встановлено, що серцево-судинні захворювання є значущою соціальною проблемою, для розв'язання якої необхідна державна підтримка, координація зусиль усіх центральних та місцевих органів виконавчої влади.

Визначено, що державне регулювання передбачає наявність встановлених загальних правил і порядку здійснення медичної діяльності, в тому числі надання медичної допомоги, відповідальність за дотримання таких правил, спираючись на вплив держави та її органів на діяльність закладів охорони здоров'я. Державне регулювання ґрунтується на засадах законодавчо визначеної стратегії суспільного розвитку, державних медичних програмах, медичних стандартах і механізмах їх виконання, здійсненні державного контролю. Одним з показників ефективності та результативності державного регулювання системи надання медичної допомоги розглядаємо зменшення показників смертності населення від серцево-судинних захворювань, оскільки смертність населення завжди була найбільш чутливим індикатором соціально-економічних умов життя і стану охорони здоров'я в країні.

2. Встановлено, що законодавство України щодо охорони здоров'я і, зокрема, надання медичної допомоги є доволі розвинене. Однак у законодавстві не повністю дотримано принцип рівності надавачів медичних послуг за програмою державних медичних гарантій, наприклад, не враховано специфіку університетських клінік та клінічних баз, що не можуть бути

такими надавачами (мають статус підрозділів державних університетів – бюджетних установ).

Виокремлено проблеми надання медичної допомоги, що виникають внаслідок не прорахованих належним чином заходів медичної реформи, серед яких порушення права громадян на вільний вибір рівня необхідної медичної допомоги та конкретного спеціаліста; низка проблем територіальної доступності медичної допомоги, погіршення кадрової ситуації.

3. На основі аналізу організаційного забезпечення у сфері надання медичної допомоги виявлено, що в Україні функціонує кардіологічна служба, взаємодія між структурними елементами якої покращена завдяки схваленню низки нормативних документів 2014-2022 років, і налагоджена система кардіохірургічної допомоги, яка передбачає механізм взаємодії рівнів надання кардіохірургічної допомоги населенню. Створення регіональних реперфузійних мереж визначено пріоритетним завданням у сфері реформування медицини.

Встановлено, що важливими механізмами підвищення ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги населенню є раціональний розподіл обсягів медичних послуг між різними рівнями системи медичного обслуговування (первина, вторинна, третинна медична допомога), введення гарантованого обсягу медичної допомоги, подальший розвиток стандартизації в охороні здоров'я.

4. Виокремлено основні принципи, на яких базується якість медичної допомоги: своєчасність надання медичної допомоги (передбачає отримання у чітко визначений період медичних послуг, коли їх потребує хворий, що тим самим не погіршує його фізичний і психологічний стан); доступність медичних послуг (характеризує відповідність надання медичної допомоги очікуванням суспільства та можливостям їх отримання); безпека (надання допомоги без наявного ризику для хворих).

5. З метою підвищення доступності медичної допомоги в Україні запропоновано:

– розробити та затвердити Концепцію довгострокового розвитку охорони здоров'я до 2030 року, мета якої – сприяти забезпеченню якості медичних послуг шляхом приведення у відповідність нормативних обсягів медичної допомоги фактологічним потребам населення; розширення обсягів високотехнологічної медичної допомоги; забезпечення ефективності управління сферою охорони здоров'я на всіх рівнях, що оцінюється, насамперед, за показниками якості медичної допомоги та її безпеки;

– розробити та затвердити національну програму профілактики, лікування та реабілітації хворих на ССЗ. У розвитку системи профілактики доцільно поєднувати два підходи: популяційну стратегію та стратегію високого ризику. Це забезпечить ефективне використання ресурсів СОЗ, а також підвищить відповідальність населення за збереження здоров'я;

– сприяти посиленню ролі професійних об'єднань лікарів (кардіологів, судинних хірургів, кардіохірургів) в реформуванні галузі. Виокремлено перелік повноважень, які доцільно делегувати державою саморегулюючим організаціям: розроблення стандартів професійної поведінки на ринку медичних послуг; видача ліцензій суб'єктам, які надають медичні послуги; сертифікація фахівців, що здійснюють відповідний вид господарської діяльності; проведення перевірок провадження медичної практики, припинення (зупинення) дії ліцензії на провадження відповідного виду господарської діяльності.

На підставі отриманих наукових результатів дослідження, проведеного аналізу вітчизняного досвіду надання медичної допомоги при ССЗ, запропоновано вдосконалити нормативно-правову базу з регулювання надання медичної допомоги, особливо в частині: визначення основних механізмів діяльності самомоврядних організацій; механізму делегування повноважень державних органів стосовно ліцензування і сертифікації, та її узгодження з міжнародними нормативно-правовими актами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична доповідь до Щорічного Послання Президента України до Верховної Ради України “Про внутрішнє та зовнішнє становище України в 2018 році”. – Київ : НІСД, 2018. – 1316 с.
2. Аліфер О.О. Оцінка якості життя пацієнтів з артеріальною гіпертензією в практиці сімейного лікаря: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.38 / О. О. Аліфер : МОЗ України, Запоріз. держ. мед. акад. післядиплом. освіти МОЗ України. – Запоріжжя, 2018. – 23 с.
3. Безкоровайна У. Ю. Удосконалення механізмів державного регулювання надання медичної допомоги і послуг середнім медичним персоналом в Україні: дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Безкоровайна Уляна Юріївна: Класичний приват. ун-т. – Запоріжжя, 2018. – 208 с.
4. Бондарева Л.В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання : дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Бондарева Ліна Володимирівна ; Івано-Франків нац. техн. ун-т нафти і газу. – Івано-Франківськ, 2015. – 262 с.
5. Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 року № 2456-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 50-51. – Ст. 572
6. Віткова В. С. Конституційне право на медичну допомогу та його юридичне забезпечення в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.02 / Віткова Валентина Сергіївна; Ужгород. нац. ун-т М-ва освіти і науки України. – Ужгород, 2017. – 14 с.
7. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. – Кривий Ріг : ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. – 315 с.
8. Гайдаш Д. С. Державно-управлінські механізми реформи системи охорони здоров'я Польської республіки в умовах підготовки до вступу в ЄС: досвід для України : автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Гайдаш Дмитро Сергійович : Класичний приват. ун-т. – Запоріжжя, 2019.– 23 с.

9. Гандзюк В. А. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі: національний та регіональний аспекти / В. А. Гандзюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 74-78.
10. Гладун З.С. Концептуальні засади державно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я населення / З. С. Гладун // Медичне право України: проблеми становлення та розвитку: матеріали І Всеукр. наук.-практ. конф. 19-20 квітня. – Львів, 2007. – С. 73-79.
11. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія / З.С. Гладун. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 460 с.
12. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я: монографія / В. В. Горачук. – Вінниця: ТОВ «Меркьюрі - Поділля», 2012. – 213 с.
13. Горбась І. М. Епідеміологічна ситуація щодо серцево-судинних захворювань в Україні: 30-річне моніторування / І. М. Горбась // Практична ангіологія. – 2013. – № 9/10. – С. 6–9
14. Дарчин Б.С. Державне регулювання системи з надання населенню України кардіологічної допомоги на регіональному рівні : автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Богдан Степанович Дарчин : Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. – Київ, 2012. – 23 с.
15. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / за заг.ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
16. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр. : у 2 ч. / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.
17. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
18. Державне управління / А. Мельник, О. Оболенський, А. Васіна, Л. Гордієнко. – Київ : Знання-Прес, 2003. – 357 с.

19. Державне управління та державна служба: словник-довідник / уклад. О. Ю. Оболенський. — К.: КНЕУ, 2005. — 480 с.
20. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис і перспективи розвитку / заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. — К.: Вид-во НАДУ, 2013. — 424 с.
21. Державний експертний центр: Стандартизація медичної допомоги [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/materials/standartizacziya-medichno-dopomogi/>
22. Держстат: Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2017 р. Статистичний збірник.— [Електронний ресурс]. — Київ, 2018. — 148 с. — Режим доступу: www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/03/zb_snsz2017pdf.zip
23. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. — Київ : НАДУ, 2011. Т. 4 : Галузеве управління / наук.-ред. колегія : М. М. Іжа (співголова), В. Г. Бодров (співголова) та ін. — 2011. — 648 с.
24. Єрошкіна Т. В., Дерев'янюк Д. В. Основні показники стану здоров'я населення промислового регіону України за роки незалежності // Україна. Здоров'я нації. — 2019. — № 1 (54). — С. 7-14.
25. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених на надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги Державною установою «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. — Київ: Рахункова палата, 2018. — Режим доступу : https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2018/21-2_2018/zvit_21-2_2018.pdf
26. Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття [Електронний ресурс]. — Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. — Режим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/215432/

27. Кардіологічна допомога в Україні: нові заклади та відділення [Електронний ресурс]. – Режим доступу :: <https://www.medsprava.com.ua/article/1217-nov-zakladi-ta-vddlennya-z-kardologchno-dopomogi>
28. Карлаш В.В. Механізми державного регулювання охорони здоров'я населення України: дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Карлаш Вікторія Вікторівна; Нац. ун-т цивільного захисту України, – Харків, 2020. – 214 с.
29. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави: автореф. дис... докт. наук з держ. упр.: 25.00.02 / А. І. Кланца: Ін-т підготовки кадрів держ. служби зайнятості України. – Київ, 2019. – 40 с.
30. Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності у сучасному суспільстві : моногр. / О. В. Клименко. – Київ : Логос, 2013. – 368 с.
31. Клименюк В. П. Медико-соціальне обґрунтування системи покращення виживання та зниження інвалідизації дорослого населення внаслідок хвороб системи кровообігу : автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.02.03 / В. П. Клименюк; Вінницький нац. мед. ун-т ім. М.І. Пирогова, Харків. нац. мед. ун-т. – Харків, 2019. – 36 с.
32. Конвенція МОП “Про медичну допомогу і допомогу у зв’язку із захворюванням” № 130 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/993_184
33. Конституція України: прийнята на п’ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. № 254к/96-вр // Відомості ВРУ. – 1996. – №30. – Ст. 141.
34. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – №7. – С. 46-48.
35. Лашкул З. В. Концептуальні підходи до профілактики артеріальної гіпертензії в умовах реформування охорони здоров'я / З. В. Лашкул // Український медичний часопис. – 2014. – № 6. – С. 149-151.

36. Лехан В. М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навч. посібник / В. М. Лехан, Л.В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. - 53 с.
37. Лікування серцево-судинних захворювань – що змінилось в Україні за останні роки [Електронний ресурс]. – МОЗ, 2019. –Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/news/likuvannja-sercevo-sudinnih-zahvorjuvan---scho-zminilos-v-ukraini-za-ostanni-roki>
38. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-12#n4>
39. Мороз Д. М. Обґрунтування моделі оптимізації кардіологічної допомоги в сучасних умовах : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Д. М. Мороз; НМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – 23 с.
40. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія / З. О. Надюк; предмова проф. В.М. Огаренка. – Запоріжжя, 2008. – 296 с.
41. Надюк З. О. Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні / З. О. Надюк. // Державне будівництво. – 2008. – № 2. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVu_2008_2_25
42. Населення України за 2019 рік. Демографічний щорічник [Електронний ресурс]. – Держстат, 2020. – Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/10/zb_nas_2019.pdf
43. Національна служба здоров'я України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/>
44. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 роки / Міністерство охорони здоров'я України. Електронний ресурс]. — Режим доступу: moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf

45. Національний конгрес кардіологів України ХХ (Київ, 25–27 вересня 2019 року) // Журнал Національної Академії Медичних Наук України. 2019. – т. 25 – № 3. – С 358 – 361.
46. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації. – МОЗ, НМАПО, 2014. – 30 с.
47. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-ХІІ // Відом. ВРУ: офіц. вид. – 1993. – 26 січ. (№ 4). – Ст. 19.
48. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua>
49. Пакети медичних послуг: зміст та підхід до контрактування закладів охорони здоров'я. – НСЗУ, 2020. – 67 с.
50. Пірникоза А. В. Удосконалення системи медичного забезпечення сільського населення при екстрених станах : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / А. В. Пірникоза: НМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ, 2014. – 28 с.
51. Политика доходов и качество жизни населения / под. ред. Н.А. Горелова. – СПб.: Питер, 2016. – 653 с.
52. Положення про обласний, міський кардіологічний центр [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1210-17#n4>
53. Положення про спеціалізоване відділення інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1211-17#n4>
54. Поширеність факторів ризику серцево-судинних захворювань в Україні: сучасний погляд на проблему / Дячук Д.Д. та ін. // Український кардіологічний журнал. – 2018. – №1. – С. 91-101.
55. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про лікарське самоврядування» від 01.10.2014 № 5124 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/GG3YC00A?an=3>

56. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua/plan-reform>

57. Про Державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : закон України від 5 жовтня 2000 р. № 2017-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 48. – Ст. 409.

58. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 5. – Ст. 31.

59. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року 16.09.2011 №597: наказ МОЗ України від 27.11.2019 № 2347 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0597282-11#Text>

60. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 27.11.2019 № 2347 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2347282-19#Text>

61. Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2016 рік: розпорядження КМУ від травня 2016 р. № 418-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/418-2016-%D1%80#Text>

62. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : постанова КМУ від 25 березня 2015 р. № 267 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>

63. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.06.2016 р. № 564 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ26120>

64. Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості кардіологічної допомоги населенню України: наказ Міністерства охорони

здоров'я України від 30.12.92 №206 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0206282-92#Text>

65. Про екстрену медичну допомогу: Закон України від 05.07.2012 № 5081-VI // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 30, ст.340.

66. Про лікарське самоврядування: проект закону України від 13.01.2017 № 5617-1 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=60904

67. Про ліцензування медичної практики: Наказ МОЗ України від 31.08.2018 № 1581 [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://moz.gov.ua/nakazimoz?page=3>

68. Про систему кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України №621/60 від 24.07.2013 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1365-13#Text>

69. Про систему кардіохірургічної допомоги в Україні : наказ МОЗ і НАМНУ від 11.03.2013 року №193/20 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0481-13#Text>

70. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України наказ МОЗ від 28.09.2012 № 751 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

71. Про фахові саморегулівні і самоврядні об'єднання [Електронний ресурс] // проект Закону України від 10.09.2009 № 4841-1. - Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3QH01I.html.

72. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>

73. Про удосконалення системи кардіологічної допомоги у закладах охорони здоров'я України: Наказ МОЗ від 29.08.2017 № 975. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-17#Text>

74. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>
75. Профілактика серцево-судинних захворювань: теоретичні засади та практичне впровадження: монографія / Дячук Д.Д., Мороз Г.З., Гідзинська І.М. та ін. – ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, 2019. – 178 с.
76. Профілактика серцево-судинних захворювань. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах [Електронний ресурс]. – Державний експертний центр МОЗ, 2016. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_akn_pssz.pdf
77. Реєстр медико-технологічних документів [Електронний ресурс]. – Державний Експертний Центр МОЗ. – Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/>
78. Рекомендація Ради Європи CM/REC(2007)14 щодо правового статусу неурядових організацій в Європі [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.drso.gov.ua/show/1271>.
79. Реформування охорони здоров'я: досвід Словаччини, рекомендації Україні // Вісник центру. – 2006. – С. 38–40.
80. Розвиток української кардіохірургії та інтервенційної кардіології [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://auc.org.ua/sites/default/files/rudenko_170216_kropyvn.pdf
81. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.07 / Руснак Леся Михайлівна. – Київ, 2016. - 20 с.
82. Салтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М. : МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
83. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка.— Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. - 680 с.
84. Таранчук Д. «Медична допомога» vs «медична послуга»: що є що?. – Юридична газета. – 2018, №7 (609) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://jur-gazeta.com/dumka-eksperta/>

85. Теренда Н. О. Смертність від серцево-судинних захворювань як державна проблема. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 4. С.11-13.
86. Українська кардіологія: здобутки та проблеми, стратегії та перспективи [Електронний ресурс]. – Національна академія медичних наук України, 2019. – Режим доступу: <http://amnu.gov.ua/ukrayinska-kardiologiya-zdobutky-ta-problemy-strategiyi-ta-perspektyvy/>
87. Український Кардіологічний портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ukrcardio.org/>
88. Устінов О. В. Допомога при серцево-судинних захворюваннях у Програмі медичних гарантій // Український медичний часопис, 2019. [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/189406/dopomoga-pri-sertsevo-sudinnih-zahvoryuvannyah-u-programi-medichnih-garantij>
89. Хорош М. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі раннього виявлення та первинної профілактики хвороб системи кровообігу як складової надання медичної допомоги на первинному рівні : автореф. дис. канд. мед. наук (д-ра філософії) : 14.02.03 / Хорош Максим Вікторович ; Харків. нац. мед. ун-т. – Харків, 2017. – 24 с.
90. Хорош М. В. Серцево-судинна захворюваність, як складова неінфекційних захворювань та фактори ризику кардіологічної патології місто Полтава. *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. – 2015, Т. 15, Випуск 2(50). – С. 160-168.
91. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, УІСД МОЗ України. – Київ, 2017. – 516 с.
92. Яценко Ю.Б. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні у регіональному аспекті / Ю. Б. Яценко, Н. Ю. Кондратюк // *Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. – 2012. – № 3. – С. 25–29.

93. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2016) [Электронный ресурс]. – European Heart Journal. May 23, 2016 – Режим доступа: www.ehnheart.org

94. Eurostat Statistics database [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

95. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en//

96. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control [Электронный ресурс]. – WHO, World Heart Federation, World Stroke Organization. – Geneva, 2011. 156 p.– Режим доступа : <http://www.who.int/iris/handle/10665/44701>

97. WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies [Электронный ресурс]. – Режим доступа : www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/108968/E91193R.

98. World Health Organization [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int